



**CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS SUPERIORES
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**SABERES RELACIONADOS CON EL PAPANICOLAOU Y EL CÁNCER
CERVICOUTERINO: ESTUDIO CON DERECHOHABIENTES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN HERMOSILLO, SONORA**

Tesis

**Que para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en
Antropología Social
PRESENTA**

PATRICIA ARANDA GALLEGOS

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ROSA MARÍA OSORIO CARRANZA**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DE ESTUDIO	3
I. ENTRAMADO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ESTUDIO DE LOS SABERES LEGOS	17
Concepto de representaciones sociales	21
Estudio de prácticas.....	31
Género y cuidado a la salud	37
Estudios sobre representaciones y prácticas de detección oportuna de cáncer cervical.....	39
Investigaciones de las prácticas del Papanicolaou.....	40
Relaciones médico-paciente	41
Prevención primaria y secundaria de cáncer cervical.....	50
Estudios en Sonora sobre el cáncer cervicouterino y el Papanicolaou.....	51
Metodología de la investigación.....	55
Diseño de investigación	56
Descripción del trabajo de campo	59
Reflexiones en torno al consentimiento informado durante la investigación.....	68
La información proveniente de fuentes diversas.....	74
II. LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y POBLACIONAL	77
La construcción biomédica del cáncer cervical	78
El proceso de enfermedad del cáncer cervicouterino en los manuales del IMSS ...	87
Factores de riesgo	89
Factores de riesgo en población mexicana	95

Cáncer cervical en América Latina y México: abordaje epidemiológico	97
Dinámica poblacional en Sonora	104
Concentración urbana	105
Economía y marginación.....	107
Educación formal.....	110
Fecundidad.....	112
Mortalidad.....	114
Mortalidad por cáncer cervical en Sonora	115
Servicios de salud en Sonora	123
Cobertura nominal en Sonora	126
Cobertura del Programa de DOCC	132
Regionalización del IMSS y distribución administrativa en Sonora	139
 III LA INTIMIDAD DEL PAPANICOLAOU: ENTRE RUTINAS Y METAS	
.....	143
El personal del Programa de DOC: “...aquí, el resultado no se ve”	144
La delimitación de los espacios del Papanicolaou en las UMF.....	159
El espacio en la UMF A.....	159
El espacio en la UMF B.....	166
La rutina del Papanicolaou.....	174
a) La espera	177
b) Formatos	178
c) La toma del Papanicolaou.....	183
d) Las indicaciones finales.....	192
Capacitación sobre el Papanicolaou del personal de enfermería	195
Actividades de promoción en la UMF y relación con los centros de trabajo	197
Sala de espera	198

Consultorio de Medicina Preventiva	199
Relación con las maquiladoras	200
IV LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA PRUEBA EN LAS UMF	209
Las mujeres con prácticas esporádicas o nulas	210
Mujeres que acudieron a realizarse la prueba del Papanicolaou a MP: Datos de la encuesta	212
Datos generales de las mujeres.....	213
Descripción de las mujeres en torno a su vida reproductiva.....	217
Situación laboral.....	221
Derechohabiencia	221
Nociones sobre el Papanicolaou.....	225
Práctica de Detección Oportuna del Cáncer.....	234
Frecuencia de la práctica del Papanicolaou.....	241
Problemas detectados en Papanicolaous previos	244
Tipo de Problema	244
Tarjeta de la mujer.....	249
Atención.....	251
Nociones sobre el cáncer	254
Comparaciones entre las dos UMF	259
V PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS ..	269
Presentación por grupo de edad	271
Grupo 1 (16-25) mujeres más jóvenes	271
Grupo 2 (26-45) mujeres de mediana edad	275
Grupo 3 (46 y más) mujeres de mayor edad	279
Descripción de las Prácticas de Detección Oportuna	288
Práctica nula	288

Práctica nula-primera vez.....	290
Primera vez.....	294
Esporádica.....	295
Regular.....	301
VI. LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER Y SU DETECCIÓN OPORTUNA ...	309
Prácticas de cuidado y atención de la enfermedad	310
Conocer y escuchar a alguien enfermo	311
Cuidar a un enfermo de cáncer	313
Muerte por cáncer en sus redes sociales cercanas	318
Prácticas de atención al cáncer	320
Nociones sobre el cáncer	324
Causas del cáncer.....	324
Prácticas de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción	329
Imágenes y metáforas del cáncer.....	339
Nociones sobre la prevención de la enfermedad y los tratamientos.....	341
Saberes del cáncer y su relación con la detección oportuna	346
VII LA PRUEBA DEL CÁNCER: ENTRE DIFICULTADES Y APOYOS	352
“Como si fueras a parir”: descripción de la prueba del Papanicolaou	353
Fuentes de información.....	353
La prueba del Papanicolaou: prevención secundaria del cáncer de la matriz..	356
Imágenes sobre el lugar del cuerpo en que se realiza la prueba	361
Toma del Papanicolaou al interior del útero	363
Confusión entre útero y matriz	366
El cuello y la matriz	368
Acerca de las dificultades y los apoyos para una detección oportuna	370

a) Evaluaciones del servicio médico del IMSS	370
b) Trámites y procedimientos burocráticos	377
c) Operatividad del programa: de preferencia mujer “mientras lo sepa hacer”	380
El embarazo como impedimento	388
Experiencias negativas previas.....	390
Resultados	393
Sugerencias de las mujeres a los servicios médicos del IMSS sobre la prueba	395
Las condiciones materiales de vida como dificultades para las prácticas	398
Los sentimientos relacionados con “la prueba del cáncer” y los procesos de socialización de género	404
Procesos de socialización sobre sexualidad y cuerpo: el género y la dimensión social del pudor	408
Los temores relacionados con la prueba: una relación ambivalente con la práctica de detección.....	425
Ambivalencia	425
El temor a perder la pareja y la maternidad	427
Temor a lo desconocido y al dolor.....	428
La desidia de acudir al Papanicolaou	429
La necesidad de acudir a la prueba.....	433
VIII SABERES LEGOS: SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES	439
Saberes legos de las mujeres sobre la DOC cervical.....	442
Relaciones entre la prueba y el cáncer	444
El procedimiento del Papanicolaou.....	447
Entre apoyos y dificultades para la práctica del DOC cervical.....	450
La relación enfermera/mujer y los saberes sobre la DOC de las usuarias	452
Las rutinas	455
La organización del programa	459
Las principales dificultades durante la toma	460
Reflexiones finales	463

LISTADO DE SIGLAS	467
BIBLIOGRAFÍA	469

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diseño de investigación	57
Tabla 2. Métodos y técnicas utilizadas durante la investigación	58
Tabla 3. Tipos de práctica de acuerdo con la frecuencia	63
Tabla 4. Mujeres seleccionadas para entrevistas en el hogar	67
Tabla 5 Cambios nosológicos de la patología cervical	84
Tabla 6. Tipos de diagnósticos	88
Tabla 7. Población de 6 años y más que asiste a la escuela por grupo de edad y sexo. Sonora, 2000.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 años y más en los estados de la frontera norte, 2000	113
Tabla 9. Programas prioritarios	125
Tabla 10. Cobertura nominal según institución de salud 1995-2002, Sonora.....	127
Tabla 11. Número de pruebas de Papanicolaou observadas y audiograbadas en las dos UMF	143
Tabla 12. Distribución porcentual por grupos de edad	210
Tabla 13. Espaciamiento de la prueba con relación al grupo de edad de las mujeres	211
Tabla 14. Grupos de SM de las colonias en donde habitan.....	214
Tabla 15. Número de hijos, distribución por grupos de edad	217
Tabla 16. Concentrado de la edad del hijo mayor %	220
Tabla 17. Edad de los hijos menores de la familia (%)......	220
Tabla 18. Mujeres que laboran de acuerdo a grupo de edad	221
Tabla 19. Derechohabiencia	222
Tabla 20. Vigencia por grupos de edad	224
Tabla 21. Lo que le dicen sus amigas sobre la prueba	227
Tabla 22. Explicaciones sobre las dificultades de sus amigas para acudir a la prueba	228
Tabla 23. Inicio de la detección oportuna de cáncer cervical	230
Tabla 24. Explicación sobre el procedimiento	231

Tabla 25. Fuente de información del procedimiento de quienes respondieron afirmativamente sobre haberla recibido.....	232
Tabla 26. Lugar del cuerpo donde se toma la muestra	233
Tabla 27. Número de acompañantes a la UMF	234
Tabla 28. Preferencia de acompañamiento durante la prueba	235
Tabla 29. Acompañante	235
Tabla 30. Explicación de su práctica de atención en la UMF ese día	236
Tabla 31. Práctica de primera vez o subsecuente	237
Tabla 32. Institución en donde se tomó la prueba la primera vez.....	238
Tabla 33. Lugar donde se tomó la prueba la última vez.....	238
Tabla 34. ¿Quién le solicitó que se hiciera la prueba del cáncer en esta ocasión?	239
Tabla 35. Años que deja transcurrir entre cada prueba	240
Tabla 36. Tiempo que ha transcurrido desde el último papanicolaou.....	241
Tabla 37. Clasificación de acuerdo a la distancia de su último papanicolaou.....	242
Tabla 38. Comportamiento por grupo de edad por tipo de espaciamiento de su práctica (%).....	242
Tabla 39. Espaciamiento de práctica (%)	243
Tabla 40. Años transcurridos desde el último Papanicolaou de las mujeres con práctica regular	243
Tabla 41. Tipo de problema detectado (de 37 mujeres)	244
Tabla 42. Sentimientos descritos sobre la prueba a la salida del Papanicolaou.....	247
Tabla 43. Descripción de la experiencia en relación a su expectativa	248
Tabla 44. Frecuencia de práctica de DOC vs. descripción experiencia	248
Tabla 45. Mujeres que contaban con la cartilla de la mujer antes de esa ocasión.....	249
Tabla 46. Utilización de la cartilla en esa ocasión.....	250
Tabla 47. Lugar en el que le dieron la cartilla	250
Tabla 48. Forma de calificar la atención recibida durante la prueba	251
Tabla 49. Preferencia del sexo del tomador de la muestra	251
Tabla 50. Profesión que escogerían si pudieran para la DOC	252
Tabla 51. Preferencia de profesión del tomador de la muestra.....	252
Tabla 52 Descripción de cómo imagina el cáncer cervicouterino	257

Tabla 53. Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas	270
Tabla 54. Escolaridad de las mujeres entrevistadas en el hogar	284
Tabla 55. Salarios mínimos y frecuencia de Papanicolaou.....	285
Tabla 56: Tiempo de derechohabienecia en el IMSS.....	286
Tabla 57: Edad del hijo mayor y menor de las informantes.....	287
Tabla 58. Experiencia de las entrevistadas con el cáncer	310
Tabla 59. Causas del cáncer	326
Tabla 60 Espaciamiento desde el último Papanicolaou.....	352
Tabla 61. Fuentes de información sobre la Detección Oportuna del Cáncer	355
Tabla 62 Situaciones adversas y puntos de apoyo en las prácticas de DOC de las mujeres entrevistadas	392
Tabla 63.Práctica de las mujeres de acudir por los resultados a la UMF.....	394
Tabla 64. Sentimientos relacionados con la prueba del cáncer	406
Tabla 65 Socialización sobre la menstruación durante la pubertad	417
Tabla 66 Socialización en el entorno familiar sobre sexualidad de las informantes.	421

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Dibujos alegóricos presentados por Arthur T. Hertig en 1952.....	83
Ilustración 2. Regiones del IMSS, 2002	140
Ilustración 3. IMSS, Estructura de AMGD Delegación Sonora	141
Ilustración 4. UMF A.....	160
Ilustración 5. Interior del consultorio de Medicina Preventiva UMF A.....	161
Ilustración 6. Representación del Papanicolaou en la UMF A.....	163
Ilustración 7. UMF B planta baja como quedó de manera definitiva	166
Ilustración 8. Cambios de ubicación del mobiliario e instrumental para la toma del Papanicolaou al interior del Área de Medicina Preventiva	168
Ilustración 9. Tercer lugar de la toma de la muestra en la UMF B.....	170
Ilustración 10. Cuarto y último lugar de la toma de la muestra en UMF B.....	172
Ilustración 11. Ventanilla de Medicina Preventiva UMF B.....	173
Ilustración 12 Letrero DOC en UMF B.....	199
Ilustración 13. Entrevistadas que acudieron al Papanicolaou.....	282
Ilustración 14. Entrevistadas con práctica que acudieron a la UMF al servicio de Medicina Familiar.....	283
Ilustración 15. Causalidad del cáncer	338
Ilustración 16. Lugar de la toma, Hortensia	363
Ilustración 17. Lugar de la toma, Trinidad	365
Ilustración 18. Lugar de la toma, Beatriz	366
Ilustración 19 Remedios	367
Ilustración 20, Emilia.....	367
Ilustración 21, Penélope.....	368
Ilustración 22, Ma. Eugenia	369
Ilustración 23, Aurora.....	369

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama a nivel nacional de mujeres de 25 años y más.....	102
Gráfica 2 Proyección de la población de Sonora en el año 2030.....	105
Gráfica 3 Cambio proporcional en las principales causas de defunción, Sonora 1970-1999.....	114
Gráfica 4. Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años por 100,000 en México y Sonora.....	115
Gráfica 5 Tasa de mortalidad por cáncer cervical y de mama en Sonora 1990-2001.....	116
Gráfica 6. Distribución de las defunciones por cáncer cervicouterino según derechohabiencia. Sonora, 1990-1999.....	117
Gráfica 7. Distribución porcentual de muertes por cáncer cervicouterino en Sonora en el año 1999, según derechohabiencia.....	118
Gráfica 8. Tasa de mortalidad de mujeres mayores de 25 años de edad por 100,000 por cáncer cervicouterino en estados de la frontera norte de México, 1990-1999.....	120
Gráfica 9. Defunciones por cáncer cervicouterino de acuerdo a municipio de ocurrencia en el estado de Sonora, 2001.....	121
Gráfica 10. Cambio relativo en la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en los municipios donde se presentan las mayores tasas de mortalidad entre 1995 y 1999.....	122
Gráfica 11 Tendencia epidemiológica por cáncer cervicouterino en Sonora, 1990-1999.....	123
Gráfica 12. Población adscrita a la Seguridad Social global y por tipo en Sonora...	128
Gráfica 13. Distribución de población por servicios médicos en Hermosillo y Sonora.....	129
Gráfica 14. Unidades según institución en Sonora 2002.....	131
Gráfica 15 Cobertura de detección anual del cáncer cervicouterino, IMSS Anual 1976-1999 y trianual global 2000-2003.....	134
Gráfica 16 Sexo del personal médico turno matutino en la UMF A y B.....	147

Gráfica 17 Forma de contratación de los médicos familiares de las UMF A y B.....	148
Gráfica 18 Forma de contratación de las Asistentes Médicas en las dos UMF.....	149
Gráfica 19 Escolaridad de las asistentes médicas UMF A y B.....	150
Gráfica 20 Comparación del personal de enfermería en las UMF A y B.....	154
Gráfica 21. Escolaridad de la mujer	216
Gráfica 22. Escolaridad de la pareja	216
Gráfica 23. Edad al primer parto	218
Gráfica 24. Número de hijos.....	219
Gráfica 25. Años de vigencia en el IMSS (%).....	223
Gráfica 26. Tiempo de traslado hacia la UMF (minutos).....	225
Gráfica 27. Primer contacto sobre la Detección Oportuna de Cáncer.....	226
Gráfica 28. Utilidad de la prueba del cáncer	231
Gráfica 29. Utilización del servicio de Medicina Preventiva en la UMF para DOC por primera ocasión.....	237
Gráfica 30. Descripción de sentimientos antes de entrar a la prueba	246
Gráfica 31. Alguna experiencia con el cáncer	254
Gráfica 32. Tipo de cáncer con el que tiene experiencia	255
Gráfica 33. Características de mujeres con mayor riesgo	256
Gráfica 34. Posibilidad de curación.....	258
Gráfica 35. Tiempos de traslado UMF A y B.....	260

A Enrique, AnaMar, Daniel y Elisa por su apoyo y paciencia

A mis padres

Para Cristina Chávez...nos queda pendiente el baile.

AGRADECIMIENTOS

En el transcurso de los cuatro años del Programa del Doctorado en Ciencias Sociales de CIESAS Occidente encontré a muchas personas a las que quisiera agradecer su apoyo, críticas y sugerencias para la redacción de este trabajo. En primer lugar, quiero reconocer a quienes dirigieron y acompañaron el proceso de la investigación, especialmente a mi tutora, la Dra. Rosa María Osorio, la Dra. María Eugenia de la O y la Dra. Catalina Denman, las tres conformaron un comité de tesis exigente, crítico y constructivo al que agradezco su tiempo, dedicación y sugerencias, aun cuando asumo plenamente la responsabilidad del resultado final.

En especial agradezco a las mujeres que participaron en el estudio, gracias a su confianza, tiempo y disposición para permitirme dialogar con ellas sobre temas que se consideran de intimidad, fue posible realizar este trabajo. Tengo una deuda mayor con quienes me permitieron estar presente durante la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino. También la tengo con el personal de enfermería y los médicos que trabajaban en las dos unidades en las que realicé el trabajo de campo. Sin la paciencia y aceptación de todos ellos no hubiera sido posible llevar a cabo la investigación.

La columna vertebral del proceso de formación del doctorado fueron las sesiones de seminarios y coloquios, en ellos encontramos un espacio de críticas y sugerencias constructivas que nos obligó a ejercitar la apertura a diferentes miradas de un trabajo de investigación en proceso de construcción, desde el inicio mismo del plan de estudios. En este sentido, quiero agradecer a mis compañeros del doctorado y a quienes participaron en ellos, su apoyo y comentarios en estos espacios colectivos.

A la vez, quiero reconocer y agradecer el acompañamiento cercano de los integrantes del Programa Salud y Sociedad del Colegio de Sonora, en especial el de Carmen Castro y de Myriam García, quienes enriquecieron el contenido y la presentación del documento final. En este mismo equipo, durante el trabajo de campo

me acompañaron Martha Cañizares y Patricia Quiroz quienes apoyaron en el diseño de folletos, el levantamiento del cuestionario y el arduo trabajo de las transcripciones de algunos textos que compartieron con Graciela García y María Dolores Fonseca. Creo que es necesario a la vez agradecer el aporte silencioso del personal de biblioteca y administrativo de El Colegio de Sonora.

En cuanto a la asesoría de temas biomédicos y epidemiológicos, quiero reconocer el apoyo de los médicos Elena Méndez Brown y Alberto Rascón Pacheco cuyos comentarios y sugerencias fueron de gran utilidad para comprender los avances médicos sobre la llamada historia natural de la enfermedad, la dinámica epidemiológica y los vínculos con la atención de los servicios médicos y las prioridades institucionales.

Tarde me enteré de que el cáncer cervical le cobró una cuenta a “Doña Cristi”, una que no debía, y que en lo personal me dejó dos deudas, una que cubro con este trabajo, del que no hablamos, la otra, nuestra cita para bailar, la dejaremos pendiente. Su partida me dejó un sentimiento de profunda tristeza y el aprendizaje de que el problema que aquí tratamos, no es ajeno a quienes queremos.

Finalmente, he de agradecer el apoyo de la Fundación Ford a través del Proyecto “Género y Salud: Construyendo nuevos espacios para Género y salud en el Noroeste de México”, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) por las becas otorgadas para realizar este trabajo de formación e investigación.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DE ESTUDIO

Los antecedentes del problema de esta investigación se remiten a los señalamientos nacionales e internacionales (IMSS, 1998a: 67) sobre las altas tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en el país a partir de los 25 años de edad en la población femenina (INEGI, 2000). A mediados de los noventa se generó una discusión amplia sobre el tema y sobre los factores de riesgo que se asocian a la enfermedad (Elu, 1998) en la cual participaron académicos, funcionarios de las instituciones de salud, e integrantes de organizaciones no gubernamentales y se modificó la normatividad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOCC) en 1998 en varios aspectos, sobre todo en términos del período recomendado entre cada prueba y el seguimiento de los casos.

En nuestro país, el programa de detección oportuna se implementó por primera vez en la década de los años sesenta (IMSS, 1976:820) y se volvió una práctica generalizada en las instituciones médicas del país hasta mediados de los años setenta¹. Cuando iniciamos la investigación, a principios del año 2000, la mortalidad nacional de mujeres mayores de 25 años de edad se debía en primer lugar a los tumores malignos y entre los diversos tipos de neoplasias (INEGI, 2000), el cervicouterino ocupaba el primer lugar en la lista de causas de mortalidad nacional y transitaba recientemente a un segundo lugar en el estado de Sonora.

Entre los puntos importantes que se señalaron en las evaluaciones realizadas por Lazcano y otros investigadores en 1996 fue la baja eficiencia del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOCC) en términos de la baja cobertura y calidad de las muestras obtenidas, así como de la baja y no oportuna práctica de las mujeres respecto del Papanicolaou.

La Red de Salud de las Mujeres del DF documentó la falta de confianza de las mujeres en los centros de detección oficiales y señalaron que en ellos no se suele tomar en cuenta su condición de mujeres con derecho a un trato digno (Elu, Ma. del

¹ El PDOCC en Sonora, para el año 2000 tenía aproximadamente 26 años de implementarse en las instituciones médicas.

Carmen, 1997:126) y expresaron la necesidad de establecer jornadas anuales para informar a las mujeres sobre el cáncer cervical en los medios de comunicación masiva con mensajes de tipo positivo, y campañas permanentes de prevención y detección oportuna. Para ello se solicitó incrementar el presupuesto asignado, equipar unidades móviles y aprovechar mejor el tiempo de las usuarias de los servicios médicos para promover la toma de la prueba.

Los datos proporcionados por las evaluaciones del INSP sobre la baja cobertura del Programa (20% de la población) y los problemas detectados en la calidad y lectura de las muestras indicaban la necesidad de capacitar al personal responsable de la toma y lectura de la muestra, así como al uso insuficiente y tardío de la detección oportuna por parte de las mujeres (Lazcano, *et al.*, 1996).

Las organizaciones de mujeres coincidieron en señalar las deficiencias de la calidad y calidez de la atención en los servicios de primer nivel e insistieron en la necesidad de realizar investigaciones y evaluaciones acerca de la implementación de las modificaciones acordadas a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino, publicadas el 6 de marzo en el Diario Oficial de la Federación (Hiriart y Del Puerto, 1997).

En el contexto de estos cambios recientes en la normatividad y en las prácticas institucionales, a finales de los años noventa participamos en un equipo académico binacional² que se enfocó a propiciar la investigación en la región fronteriza norte, de

² El Consorcio Transfronterizo para la Investigación y Acción en Género y Salud en la Frontera México-Estados Unidos comprende una coordinación entre investigadores, educadores, y promotores de salud, basada principalmente entre Sonora y Arizona pero con alcance hasta El Paso/Cd. Juárez y San Diego/Tijuana. Entre sus objetivos se encuentra: incrementar y difundir el conocimiento acerca de los temas de salud de la mujer en la región; fortalecer la cooperación entre investigadores y organizaciones comunitarias para reconocer y eliminar los obstáculos que dificultan mejorar la salud de la mujer; contribuir a la comprensión de las implicaciones de las inequidades de género en la elaboración y práctica de las políticas públicas; e incrementar la capacidad de los trabajadores / activistas de salud para promover políticas que sean más sensibles a las necesidades de las mujeres en la región fronteriza. Establecido en 1995, el Consorcio Transfronterizo es un proyecto de la Fundación Ford administrada por las dos co-directoras, Dra. Catalina Denman de El

Sonora, Baja California y Arizona acerca de los cuidados y la prevención del cáncer cervical. El grupo de trabajo tenía como antecedente los resultados de una investigación binacional de cáncer cervicouterino (Denman, Giuliano, et al.2001, 2001b) realizada en la zona fronteriza norte, la cual arrojaba información sobre una mayor morbi-mortalidad en mujeres mexicanas que residen en su país de origen, a las encontradas en población migrante.

Por lo anterior, a principios del año 2000, cuando iniciamos el programa del Doctorado, planteamos la necesidad de realizar un estudio sobre los saberes de las mujeres respecto de la prueba del Papanicolaou, y documentar las dificultades para acudir a la prueba cuando el acceso a los servicios médicos no es un impedimento debido a que los estudios reportaban que la cobertura no era adecuada aún cuando se tuviera acceso al servicio médico. Nuestro interés se centra en los aspectos sociales y culturales que se conjugan en términos de representaciones sociales y que son parte de las explicaciones sobre las prácticas de atención y detección, principalmente nos enfocamos al estudio de la perspectiva de quienes acuden a los servicios médicos.

Por lo anterior, el objetivo principal de la investigación fue describir y analizar los saberes legos considerando para ello a) la relación entre las representaciones sociales y las prácticas de detección oportuna de las mujeres entrevistadas, así como b) la relación entre sus saberes y la práctica institucional de detección oportuna en el IMSS.

Nuestro eje de investigación se centró en el estudio de lo que saben las mujeres sobre esta prueba, desde lo que la antropología médica denomina como perspectiva lega, porque nos interesa reconstruir el punto de vista de sujetos de investigación quienes no tienen estudios formales del gremio médico o paramédico, pero sí tienen un conocimiento de sentido común en el que se resignifican o redimensionan las nociones biomédicas a las que tienen acceso a través de diferentes fuentes.

La pregunta general de la investigación se enfoca al estudio de la perspectiva de las usuarias de los servicios médicos sobre la práctica de detección oportuna, es

Colegio de Sonora, y Dra. Janice Monk de la Universidad de Arizona. Para más información consultar la página <http://www.borderhealth.arizona.edu/>

decir, nos interesa estudiar la conformación de los saberes legos sobre el cáncer cervical y la prueba del Papanicolaou de mujeres que solicitaron servicios médicos en dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS entre octubre del 2001 y agosto del 2002 en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

La investigación de los saberes sobre el Papanicolaou y el cáncer cervical tiene por objetivo a) lograr una descripción amplia de la conformación de las representaciones sociales desde una perspectiva lega, acerca del Papanicolau y el cáncer cervicouterino; b) identificar los elementos que apoyan o dificultan las prácticas de detección oportuna desde la perspectiva de las informantes; c) analizar las relaciones entre personal de enfermería y mujeres durante las prácticas de detección oportuna, así como analizar la relación con la construcción del saber lego de las informantes.

En este trabajo damos seguimiento a la bibliografía médica y epidemiológica sobre el Programa y el proceso de la enfermedad porque consideramos que es importante reconstruir los saberes legos (Comelles, 2000) teniendo como referencia el saber biomédico, dado que el Papanicolaou se trata de una práctica médica que nace desde la biomedicina como alternativa de detección oportuna y hasta el momento en que se realiza esta investigación es la alternativa principal que se ofrece a las mujeres en los servicios médicos para evitar la mortalidad asociada a esta enfermedad.

Los estudios sobre el saber médico o curativo en antropología médica (Menéndez y Di Pardo 1996:57) estudian exhaustivamente el “saber médico hegemónico” en las instituciones de salud sobre el alcoholismo. En la investigación retomamos esta forma de construir los saberes legos y la utilizamos como una categoría de un nivel de abstracción superior que comprende la relación entre representaciones sociales y las prácticas respecto del proceso específico de salud/enfermedad/atención del cáncer cervical y principalmente sobre las prácticas de detección oportuna.

En el estudio, utilizaremos el concepto de saber médico y saber lego para distinguir los procesos y contenidos de formación de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), de aquel saber que si bien cuenta con insumos que provienen del saber científico, se construye a partir de nociones del

sentido común en el cual es posible que se resignifiquen los contenidos que se difunden desde espacios académicos, técnicos y científicos, como es el saber de la mayor parte de las mujeres que utilizan el servicio médico de detección oportuna en el IMSS. Las experiencias constituyen una parte importante de las prácticas y en este trabajo las consideramos como parte de las representaciones y las prácticas pero les asignamos una influencia más directa con las prácticas de detección de las informantes.

Algunas condiciones a considerar

En el IMSS la atención del servicio de detección oportuna se delega principalmente al personal de enfermería, gran parte del cual tiene una capacitación de auxiliar de enfermería y son ellos quienes entablan relaciones durante la toma de la muestra y en ocasiones, en la entrega de resultados, es por ello que nuestro trabajo se centra en las vivencias cotidianas del consultorio de Medicina Preventiva (MP).

Los estudios sobre el tema (OPS 2004b, Lazcano et al. 1996, Lazcano 2003, Castro y Salazar 2001, Cartwright et al. 2004) nos señalaron que una gran cantidad de mujeres mexicanas, acuden al Papanicolaou, hasta el momento en que se les presentan síntomas que valoran como de gravedad y en las edades en las que la enfermedad se detecta en etapas más avanzadas. Con este tipo de práctica las mujeres tienen mayor riesgo de no detectar la enfermedad a tiempo y de morir por cáncer cervicouterino.

En América Latina y en México, las mujeres más activas en la prueba del Papanicolaou, pertenecen al grupo de edad que tiene un mayor contacto con las instituciones de salud durante su etapa reproductiva, principalmente entre los 20 y 35 años de edad (OPS, 2004:17). Al parecer, su papel de cuidadoras de la salud de los integrantes del hogar las acerca a los servicios médicos y con ello a la posibilidad de tener algún tipo de contacto con las actividades del Programa de Detección de Cáncer Cervical (PDCC).

En cambio, quienes no acuden con frecuencia a los servicios médicos, tienen menor susceptibilidad a tener relación con las actividades preventivas y de detección oportuna. Lo anterior se combina con las representaciones negativas del

procedimiento, del cual tienen información limitada. Como parte de los saberes, en la investigación reconstruimos los sentimientos que se vinculan con la enfermedad y con la prueba de detección, estos sentimientos son parte importante de las representaciones sobre la prueba y los servicios de las instituciones de salud

Las prácticas de detección oportuna de las derechohabientes del IMSS no siempre se llevan a cabo en una misma institución ni con un mismo médico, en ocasiones porque se pierde el acceso al servicio médico por el desempleo, o bien porque las personas hacen uso selectivo de los mismos, y el seguimiento interinstitucional es deficiente. A partir de 1999 se implementó el uso de la cartilla de la mujer con el objetivo de que ellas y las instituciones pudieran realizar un mejor seguimiento de algunas prácticas preventivas de vacunación y de detección oportuna como en el caso del cáncer cervical.

Los estudios epidemiológicos (Lazcano, et al. 1996) hace tiempo que señalaron que para algunas de las mujeres el Papanicolaou es una práctica que van retrasando con diferentes argumentos, hasta el momento en que se presentan síntomas que el médico o ellas señalan como de gravedad y/o urgencia.

A continuación presentamos una narración de un caso que nos permite introducir la práctica de detección oportuna de cáncer de las mujeres inmersa en sus vidas cotidianas, con sus responsabilidades y relaciones domésticas a las que hicieron referencia las informantes para explicar su acceso a los servicios médicos del IMSS y al referirse a sus experiencias más recientes de la práctica que por lo general ellas nombran “la prueba del cáncer”. Esta vida cotidiana resulta invisible a la mirada de quienes laboran en la institución pero en ella se articulan factores que abren la posibilidad de que se lleve a cabo.

Una mañana acompañando a Alicia

Alicia cuida a su nieto de ocho meses de edad porque Rosario, su hija menor, trabaja en una maquiladora de la ciudad de Hermosillo. Ella regresó al hogar paterno dos años atrás, cuando su esposo se fue “al otro lado” a buscar trabajo. A partir de entonces, él va y viene a la frontera y permanece en Estados Unidos por períodos de seis o cuatro meses.

A finales de octubre, Alicia despertó a Rosario a las cinco y media de la mañana para ir juntas a la clínica del Seguro Social. Era temprano todavía y podrían salir a tiempo si su hija mayor llegaba para cuidar al pequeño.

Mientras se preparaban para salir, Alicia pensaba que hubiera sido mejor continuar en el servicio médico del Chávez³, en donde se atendió durante más de diez años, gracias a que uno de sus hijos la afilió a esta institución. Desgraciadamente, él perdió su empleo y con ello el acceso a los servicios médicos. Por lo anterior, sus hijos se reunieron en su casa y entre todos decidieron que Rosario afiliara a sus padres al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que acababa de abrir una Unidad de Medicina Familiar (UMF) no muy lejos de su casa. La atención en este lugar no fue del agrado de

Alicia porque refiere que el médico que la atiende en el consultorio al que la asignaron no la revisa, casi ni la ve durante la consulta y además se enoja con facilidad cuando ella le pregunta algo o le describe lo que cree padecer. Además, el tiempo de la consulta es breve, casi no puede hablar más que de una sola cosa y Alicia acostumbra decir que a su edad los achaques vienen juntos.

Días atrás, Alicia había empezado a sentirse mal, pero el cuidado del bebé le absorbía el tiempo y una gripa no era algo que pudiera impedirle continuar con las labores domésticas. A pesar de que tomó té de gordolobo, la garganta no dejaba de

3 El Centro Médico Dr. Ignacio Chávez es el nombre de uno de los tres hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON) que proporciona servicios de primero y segundo nivel de atención y cuenta con algunas especialidades de tercer nivel.

molestarle de manera que aprovechó el día de descanso de su hija para pedirle que le sacara ficha y la acompañara a la consulta, porque trataría de hacerse la prueba del cáncer de nuevo.

La casa se ubica muy cerca de la clínica, caminando a paso rápido se hacen unos veinte minutos, aunque esa mañana decidieron tomar el camión porque Alicia no se sentía muy bien. Llegaron a la clínica a las 7:45 a.m., había una larga fila para sacar fichas para la consulta de la tarde, pero su hija ya había pasado por este proceso el día anterior a medio día. Alicia y su hija Rosario se acercaron a la asistente médica quien estaba ocupada con la organización de las fichas vespertinas y les indicó que se sentaran y esperaran su turno, ya que su cita no sería hasta las ocho de la mañana. Los carros empezaron a circular frente a la clínica y la fila de quienes esperaban ficha se hacía cada vez más larga. Enfrente ya habían abierto los puestos de comida y los olores llegaban hasta la puerta de la UMF. Alicia y Rosario se sentaron en la sala de espera común de los 5 consultorios de medicina familiar. El edificio es relativamente nuevo, las paredes blancas y los ventanales ubicados frente a la sala de espera dejan entrar el sol y la luz de manera agradable durante el otoño.

Mientras Alicia y su hija escuchaban el rumor de los que acompañaban su espera. La trabajadora social ocupó su lugar en una barra común que separa a los pacientes de quienes laboran en la institución. Desde el lugar en donde se sentaron, ambas podían escuchar la conversación que entablaban al otro lado de la barra los compañeros de trabajo, así como sus diálogos con los pacientes que se acercaban a preguntarles diferentes cosas. También podía ver la puerta de la entrada y observar la llegada de los médicos. De pronto, su mirada tropezó con la de una estudiante de enfermería de unos 19 años que iba saliendo del consultorio de Medicina Preventiva y quien empujaba un carrito con medicamentos y se dirigía hacia la sala de espera.

La enfermera se acercó a la mujer que se sentaba a su lado, le preguntó algunas cosas como la edad y ahí mismo sugirió e hicieron la prueba de la diabetes. Alicia escuchó cómo le preguntaban si se había hecho la prueba del cáncer y sintió un brinquito en el estómago. Apenas hacía un año que se había hecho esa prueba por primera vez, ya le habían dicho que debería hacérsela varias veces pero temía que la lastimaran y sobre todo tenía miedo de saberse enferma de cáncer y morir de esa

enfermedad. Eso en lugar de animarla a hacerse la prueba le hacía retardar su decisión.

No fue al médico sino hasta que se sintió mal y fue entonces que éste la envió a que se hiciera “la prueba del cáncer”. Cuando le entregaron los resultados supo que algo había salido mal, las enfermeras le dijeron que tendría que ir con su médico, quien le dijo que no se trataba de cáncer sino de una displasia y que tendrían que hacerle otros estudios. Le hicieron una biopsia y le quitaron algo en “sus partes”, ese día se sintió muy mal y se le subió la presión cuando esperaba en la camilla de recuperación. El médico le dio un medicamento y le pidió que regresara a consulta seis meses después, pero cuando estaba por cumplirse este tiempo fue cuando se vio forzada a cambiar de servicio médico.

Alicia y su hija pasaron a consulta a las 8:10 y al salir se asomaron al consultorio de Medicina Preventiva, la puerta estaba entreabierta por lo que la enfermera las vio asomarse y les preguntó qué necesitaban, Alicia le dijo que quería hacerse la prueba del cáncer y la enfermera preguntó: “¿Viene en condiciones?” Alicia contestó con otra pregunta: “¿Qué es eso?” La enfermera le dijo: “Se necesita que venga preparada m’hija, es decir, no haber tenido relaciones sexuales ayer en la noche, no estar usando medicinas por abajo y no estar menstruando, es decir, una semana después de la regla y su baño. “¿Todavía menstrúa?” Alicia contestó que no y repasó las otras condiciones: siempre había sido muy cuidadosa con su higiene, sobre todo antes, cuando menstruaba, sabía que debía tener cuidado de no “estar sucia”. Algunas mujeres no tienen esos cuidados, especialmente con su menstruación y su madre le había dicho que por eso se pueden contraer infecciones. Lo bueno era que su esposo ya no andaba buscando otras mujeres, además, lo conocía bien, era un hombre muy limpio. Para cuidarse más, antes se hacía lavados con frecuencia pero el ginecólogo le había dicho que su matriz estaba limpiecita y que le causarían otros problemas, de manera que muy de vez en cuando los hacía para sentirse mejor.

Se dirigió a la enfermera y le dijo que sí venía lista. La enfermera le pidió que esperara un momento afuera del consultorio porque pasarían primero a los que venían a vacunación. Luego preguntó a Rosario si también ella se haría la prueba, a

lo que respondió que no podía después de hacer mentalmente sus cuentas: no tenía la semana después de la regla, lástima porque para volver tendría que pedir permiso en el trabajo y el año anterior con el embarazo y los cuidados de la cuarentena no había ido tampoco, ya tenía dos años sin hacerse la prueba lo que desde su punto de vista era dejar pasar mucho tiempo, ya vería cuándo regresar otro día para que no le pasara como a Lucila, su compañera de trabajo, a quien le quitaron la matriz apenas hacía dos meses. Rosario y Alicia salieron del consultorio e hicieron fila detrás de una de las mujeres que llevaban a sus hijos a vacunar.

Una vez que le tocó su turno, Alicia entró al consultorio y se sentó en la silla que está frente al escritorio, la enfermera procedió a pedirle información: un teléfono para comunicarse con ella en caso de ser necesario, el número de partos, las vacunas que tenía, el número de afiliación y mientras tanto, la auxiliar de enfermería sacaba un porta objetos y escribía en él su número de afiliación con un lápiz de punta de diamante.

Después la enfermera preguntó: “¿Trae su cartilla de la mujer?” Alicia contestó que no, de manera que la enfermera sacó una y empezó a llenarla con sus datos mientras le decía: “Es importante que la traiga cuando venga, porque aquí vemos qué le toca. ¿Ya se puso la vacuna de la neumonía?” Alicia dijo que no y entonces la enfermera le preguntó si quería que se la aplicaran en el brazo. Alicia le dijo que sí y mientras la estudiante terminaba de llenar sus datos en el porta objetos, la enfermera la vacunó.

El consultorio de Medicina Preventiva es muy reducido, en un breve espacio hay que poner vacunas, tomar la presión y hacer pruebas de diabetes; una pared falsa separa la mesa de exploración con una puerta para tratar de tener un poco más de privacidad. Le dijeron a Alicia que pasara al “otro cuarto” y que empezara a desvestirse. Rosario se quedó del otro lado en donde la estudiante de enfermería le aplicaría algunas vacunas que no tenía y le entregaría su cartilla.

Mientras Alicia se quitaba la ropa, escuchó que otra mujer llamó a la puerta, venía por sueros para su hijo que tenía diarrea, y al mismo tiempo otra preguntó si le podían hacer la prueba del Papanicolaou. Las enfermeras les pidieron que esperaran afuera. Alicia se acostó sobre el papel de estraza que la enfermera había puesto

arriba de la sábana, no había bata, de manera que acomodó su vestido lo mejor que pudo.

Tenía mucho miedo de que el resultado le reportara cáncer. En ese momento entró la enfermera quien acercó la mesa con los materiales. La sensación de Alicia fue de una gran vergüenza y confusión, junto con el miedo a que le doliera el procedimiento de la toma de muestra. Vergüenza de ese cuerpo que ya no era joven, ¿cómo sería ahí abajo? Vergüenza de que su vejez hiciera más desagradable su cuerpo, aunque suponía que la enfermera no se fijaría en ello, no podía dejar de pensar que no era bella. La vergüenza también venía de la posición en la que estaba. Siempre le habían dicho que se sentara bien, que tenía que ocultar “sus partes”, no tocarlas y no dejar que otros “lo vieran”. “Le voy a tomar la muestra ya m’hija”, le dijo la enfermera, “relajadita”.

La enfermera le pidió que se acercara más a la orilla de la mesa: “Flojita m’hija, flojita”, Alicia cerró los ojos y puso sus manos en la orilla de su blusa y la jaló hacia abajo, hubo entonces un silencio de unos tres minutos, la enfermera había podido tomar la muestra sin problema y le dijo: “Eso fue todo, ya terminamos, los resultados los recogerás en un mes, si vienes después o llegan antes los vamos a poner en el expediente de tu consultorio”.

La enfermera señaló además que se tendría que volver a tomar la muestra hasta dentro de dos años si todo salía bien, porque ya había cambiado la Norma y ya no era cada año como antes. A los 65 años de edad ya no tendría que hacerla más si estaba bien porque “ya no la necesita”.

Alicia salió del consultorio; todo había durado apenas ocho minutos. Su hija la esperaba en la sala de espera bien refrigerada. Ya en la calle, el calor las devolvió a Hermosillo e iniciaron rápidamente el regreso a casa pensando en los pendientes del día.

La investigación que presentamos a continuación, se refiere entonces a los saberes sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino de mujeres como Alicia y

Rosario, que son usuarias de dos Unidades de Medicina Familiar⁴ (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El estudio se realizó en la ciudad de Hermosillo, Sonora. de octubre del 2001 a julio del 2002.

El estudio etnográfico de la práctica de detección oportuna, se llevó a cabo en dos Unidades Médicas Familiares con una duración de cuatro meses, durante los cuales recopilamos información sobre las prácticas cotidianas de quienes laboran en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer, sus rutinas y la relación que establece el personal de enfermería con las usuarias del servicio médico y, previo consentimiento informado, acompañamos a las mujeres en diferentes momentos de la prueba.

Se aplicó además una encuesta en una muestra de mujeres que acudieron al servicio de Medicina Preventiva (MP) y posteriormente se dio seguimiento a once informantes claves por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas en sus hogares, al menos tres ocasiones en sus hogares.

Clasificamos a las mujeres en tres grupos de acuerdo a su edad con el objetivo de incluir a quienes conviven en hogares cuyos integrantes tienen mayor o menor dependencia en términos de cuidados relacionados con las representaciones y las prácticas del género femenino. Durante la investigación encontramos referencias de las mujeres a este tipo de dependencias vinculadas a las dificultades para acudir al Papanicolaou., sobre todo de cuidados domésticos de los niños y los enfermos por lo que consideramos oportuno localizar a mujeres con diferencias importantes en términos de las condiciones domésticas y los vínculos de dependencia con los integrantes de sus grupos domésticos.

Además, buscamos que entre las entrevistadas en los hogares hubiera mujeres cuya frecuencia en la práctica de detección reflejara las distintas formas de acudir al

⁴ Las Unidades de Medicina Familiar (UMF) corresponden al primer nivel de atención del IMSS, es decir, proporcionan servicios de prevención, detección oportuna de enfermedades y atienden enfermedades que no requieren de tecnología y especialización, o bien dan seguimiento a enfermedades crónicas y regulan la necesidad de utilización de los servicios que requieren de mayor especialización y tecnología. Algunas de ellas cuentan con quirófanos para atender operaciones ambulatorias, que no requieren que el paciente sea internado en un hospital después de la cirugía.

Papanicolaou que observamos y clasificamos durante el estudio etnográfico en las UMF y con la información recopilada en la encuesta aplicada.

En el estudio partimos del supuesto de que las representaciones sociales de las mujeres sobre el Papanicolaou no se conforman únicamente de nociones biomédicas, sino que involucran nociones culturales sobre la intimidad del cuerpo femenino, la sexualidad y la reproducción.

Respecto de la relación entre enfermeras y mujeres, los estudios sobre la relación médico paciente (Freidson, 1978) señalan la desigualdad y la reproducción de la verticalidad de la práctica médica en las relaciones de personal de enfermería con los usuarios de los servicios médicos y consideramos que en general la práctica médica contribuye a reproducir y fortalecer una prevención secundaria, más que una de prevención primaria integral y relacionada con los factores que contribuyen a que se generen los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1994).

En la investigación nos interesó en especial analizar los supuestos de a) que las instituciones de salud y los apoyos de las redes familiares o de amistad juegan un papel muy importante en la reproducción y construcción de los saberes sobre detección oportuna de cáncer cervicouterino de las mujeres derechohabientes y, b) que la construcción social de los saberes sobre la prueba del Papanicolaou incluye elementos socioculturales y normativos relacionados con el cuerpo, la sexualidad, el miedo a la muerte y al dolor que no pueden minimizarse para la comprensión y mejora de la calidad de la atención institucional a las prácticas de detección.

El primer capítulo de la tesis comprende tanto el punto de partida teórico conceptual de la investigación, como el diseño metodológico seguido en el estudio. En el segundo capítulo describimos los cambios que se han dado durante los últimos años en torno al saber biomédico del cáncer cervical; presentamos la revisión sobre el perfil sociodemográfico de la población en Sonora y un breve panorama del acceso a los servicios de salud, para finalizar con información sobre la cobertura y los indicadores principales que se consideran en el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervical y en el IMSS; en este capítulo se describe brevemente la estructura del IMSS ubicando en ella a las dos UMF donde realizamos el estudio.

En el tercer capítulo desarrollamos propiamente el análisis de las prácticas y rutinas del Papanicolaou en las UMF. Describimos al personal que se relaciona con el Programa de DOC, los espacios físicos en donde se lleva a cabo la prueba y finalmente reconstruimos la rutina del Papanicolaou, comparando las estrategias que sigue el personal de enfermería en las dos UMF.

El capítulo cuarto incluye los resultados de la encuesta aplicada en las dos UMF para proporcionar al lector un perfil de la población con la trabajamos y a partir de la cual seleccionamos a las mujeres entrevistadas. A continuación, en el capítulo quinto se describe y analiza el perfil de las entrevistadas y se presenta una breve reconstrucción de sus prácticas de detección oportuna y en los capítulos sexto y séptimo reconstruimos los principales componentes de los saberes sobre el cáncer cervical. Finalmente, en el capítulo octavo presentamos una síntesis del trabajo de investigación y las conclusiones derivadas de nuestra investigación.

I. ENTRAMADO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ESTUDIO DE LOS SABERES LEGOS

La primera parte de este apartado refiere el marco teórico conceptual de la investigación, en donde describiremos los abordajes y conceptos principales que utilizaremos en esta investigación, tales como el concepto de saberes, el de representaciones y el de prácticas sociales. Un segundo apartado se refiere al estado del arte sobre el tema de la investigación y en una tercera parte de este capítulo describiremos el camino metodológico que seguimos en la investigación.

En América Latina, los grandes marcos teóricos y metodológicos de algunas disciplinas sociales podían agruparse a finales de los años ochenta y principios de los noventa en tres grandes posturas: los abordajes positivistas, los histórico-comparativos y los marxistas (Luengo, 1991:32). Como señala el autor, esta clasificación simplifica y no agota la complejidad de cada uno de los marcos teóricos pero nos da una idea de las grandes corrientes en la investigación social de entonces y nos permite ubicar, dentro del marxismo, a finales de los años ochenta la importancia que cobró en nuestro país, el abordaje teórico de Antonio Gramsci. Sus planteamientos generaron estudios sobre los procesos de construcción de hegemonía a partir de sujetos activos que incluían el análisis de la coerción, pero sobre todo de la importancia de la construcción de hegemonía con base en el consenso y la subalternidad.

Este abordaje amplió los marcos de discusión crítica con algunas corrientes estructuralistas y con las escuelas interpretativas que estudiaban las interacciones sociales y las transacciones en las mismas, pero que dejaban de lado los contextos económicos y de poder que delimitan las relaciones analizadas. La corriente teórica en la que nos ubicamos en este trabajo, abrevó en las discusiones teóricas de Croce, Gramsci y Ernesto de Martino a partir de cuyos planteamientos asume la importancia de noción de hegemonía en los estudios de los procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1998: 394).

La perspectiva de nuestro trabajo se ubica principalmente bajo el marco teórico construido desde la Antropología Médica de Eduardo L. Menéndez,

principalmente desde su abordaje en su estudio de los saberes médicos (1996:47-74) porque consideramos que desde esta perspectiva, los saberes se analizan bajo supuestos y consideraciones de un contexto económico, político e histórico amplio en el que es necesario ubicarlos. El enfoque relacional de Menéndez en su propuesta analítica del estudio de los modelos de atención, a través de relaciones de hegemonía y subalternidad, permite ubicar el Papanicolaou como parte de las prácticas de atención que ofrecen las instituciones biomédicas y proporciona un marco teórico crítico frente a la definición y la práctica cotidiana de lo que se define como atención primaria a la salud por las instituciones de salud. La cual se reduce de manera selectiva a una serie de programas prioritarios que se ofrecen en el primer nivel de atención de las estructuras médicas. Incluso en el programa que no ocupa, a una visión que reduce el problema a la detección oportuna y no prioriza las actividades preventivas, entendidas estas como aquellas actividades, principalmente educativas, que se dirijan a evitar la enfermedad y que no se reduzcan a detectarla a tiempo.

Desde la antropología médica desarrollada en México, se considera que las enfermedades y su diagnóstico no son únicamente un evento biológico y médico, sino que son también fenómenos sociales que afectan las relaciones y la vida cotidiana de las personas, de tal manera que las prácticas en torno a la utilización de los servicios médicos para la prueba de detección oportuna de cáncer, no es únicamente un evento puramente químico, médico o biológico, sino una práctica social que involucra el acceso a la información sobre la enfermedad y su detección, y a los servicios médicos.

La misma medicina institucional se convierte así en un objeto de estudio desde una perspectiva social, como respuesta social ante los procesos de enfermedad y como organización de instituciones y espacios de atención. .

En esta disciplina, los procesos de enfermar, atenderse y morir, no son pensados y analizados como procesos que se definen únicamente a partir de instituciones o profesiones especializadas como la médica, sino como hechos sociales.

De acuerdo con Menéndez, el proceso s/e/a ha sido y sigue siendo un área de la vida colectiva donde se estructura una gran cantidad de símbolos y

representaciones colectivas y se desarrolla dentro de procesos históricos caracterizados por relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994:71-72).

El saber profesional sobre la enfermedad y su atención, sea éste biomédico o de curadores tradicionales, se aplica a personas y grupos por lo que se lleva a cabo en relación con representaciones y prácticas sociales entre especialistas y legos. Estas relaciones implican desigualdades de diverso tipo, por la profesionalización misma, por estatus diferencial al interior de las instituciones o reconocimiento social de una profesión, nivel socioeconómico, edad, escolaridad y género. Las desigualdades en las relaciones implican una serie de transacciones entre quienes participan en ellas. En este trabajo, entendemos el proceso salud/enfermedad/atención como un fenómeno de tipo social, que es susceptible de ser estudiado desde la perspectiva de los sujetos que participan en la relación médico paciente. Menéndez (1994:73) señala que es necesario recordar un hecho obvio: el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.

Entre los estudios que analizan la categoría de saberes, destaca el de Luis Villoro (2002) desde un abordaje filosófico del tema. En su trabajo, distingue los conceptos de creer, saber y conocer. La obra es el antecedente de un trabajo sobre las relaciones entre el pensamiento y las formas de dominación, para lo cual el autor señala que se vio en la necesidad de precisar algunos conceptos entre los que destacaremos el de creencia, saber, conocimiento y práctica. El sentido que toma la discusión se dirige a otra problemática más abstracta y distinta que la que nos convoca en este trabajo.

Sin embargo, las precisiones rigurosas a las que somete a las categorías y el posicionamiento de la filosofía como una disciplina que analiza, clarifica y sistematiza las diferencias entre conceptos, nos permitió clarificar el abordaje y decidirnos por la utilización de la noción de saberes ubicándonos desde la perspectiva de la antropología social.

Uno de los elementos que rescatamos de la obra de Villoro en este trabajo es la consideración de la existencia de una diversidad de saberes, entre los cuales se

identifica el saber científico y el saber de la vida cotidiana. Si bien podríamos ubicar nuestro trabajo en el estudio del saber de la vida cotidiana, preferimos utilizar la noción de saber lego porque nos interesa conocer el punto de vista de las mujeres entrevistadas. En sus narrativas pueden utilizar nociones del conocimiento científico y al retomarlo pueden variar su significado de manera que tenga sentido desde su perspectiva. No nos interesa calificar o valorar sus narrativas tomando como punto de referencia el saber científico, sino comprender cómo se elabora y cómo se comparte socialmente el sentido y significado de la prueba del Papanicolaou.

El autor sustenta que para que los saberes se constituyan como tales requieren de razones concluyentes, completas y coherentes para quien las sustenta, que expresen garantía de certeza con independencia de quien las sustente y que sean suficientes para que tengan sentido para una comunidad determinada, finalmente, su definición sobre el saber del sentido común deja fuera precisiones acerca de las relaciones entre lo científico y lo cotidiano en el mismo.

La noción del saber de la vida cotidiana es un saber construido de manera colectiva desde la perspectiva de Menéndez y Di Pardo y también de la de Villoro, sin embargo los abordajes son distintos, éste último se interesa por diferenciar y definir el conocer y creer del saber, mientras que la noción de saberes de la que partimos, aborda los conocimientos y creencias sin preocuparse por diferenciarlas debido a que el objetivo no es conocer las razones concluyentes acerca del tema entre la población estudiada, sino estudiar la articulación de representaciones y prácticas.

Desde la perspectiva de Menéndez el saber es una construcción analítica a partir de la descripción y el análisis de relaciones entre prácticas y representaciones sociales a partir del análisis de narrativas y descripciones etnográficas. El saber lego se construye desde el punto de vista del actor, en nuestro caso, de mujeres usuarias del servicio médico de MP, pero la estructuración del mismo es una construcción metodológica que proponemos nosotros.

En este trabajo, definimos el saber lego como aquel que tienen las personas sobre el cáncer cervical y sobre el Papanicolaou. Se caracterizan por ser personas sin formación escolarizada de medicina o carreras afines tales como enfermería y biología.

El concepto de saber lego se refiere entonces a un nivel de abstracción que comprende la complejidad de la relación entre las prácticas de detección oportuna de las mujeres y la racionalidad discursiva con la que se expresan sobre el cáncer cervical y sobre la detección oportuna. Se trata de un nivel de construcción que parte del saber de personas sin formación biomédica y que se refiere a lo que hacen y a lo que les significa en un contexto específico.

Consideramos que el saber lego no es estático, al contrario, ni tampoco ha de estar falto de incongruencias aparentes o reales entre representaciones y práctica o bien entre los mismos contenidos de las representaciones sobre la enfermedad y de la detección oportuna. Una de las características que le han atribuido a este saber es

Concepto de representaciones sociales

El acto de representarse algo, ya sea esto un objeto material o imaginario, es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con ese objeto, es un acto de relación. Un ejemplo clásico es el de la representación teatral, durante la cual algún tipo de narrativa sobre algún hecho real o imaginario se sustituye por una actuación. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia, representar es hacer presente algo con palabras o figuras que la imaginación retiene, se utiliza también para describir la ejecución ante un público de una obra dramática y para sustituir algo con alguna imagen o símbolo, o bien se entiende también como informar, declarar o referir algo.

Para definir la utilización del concepto de representaciones sociales en términos académicos, Juan Carlos Ruiz (2003:19), desde las ciencias sociales, nos señala la necesidad de realizar un recorrido en la historia acerca del proceso de transformación del concepto de representación, el cual se ubica inicialmente en términos de la discusión filosófica. El mismo autor señala que hacia finales del siglo XVII y comienzos del XIX, Schelling, Fichte y Kant dieron pauta para involucrar al concepto de como una categoría cognoscitiva que, sin renunciar a la representación del ser de las cosas, es decir, su parte ontológica, hacía posible el profundizar sobre las representaciones y los sistemas de representaciones que se generan en los procesos de explicación de la existencia del mundo.

A finales del siglo XVIII, el idealismo alemán pasó a la reflexión en torno a la representación como problema de conocimiento ligado al uso de la razón. En los estudios históricos, el tema de la representación se hizo presente en la historiografía europea del siglo XIX como una preocupación sobre las diferentes formas de representación del pasado. Lo que entró en polémica al interior de la historia y en las nacientes ciencias sociales, fue la forma que debería adoptar una “representación realista” de la “realidad histórica”. Por lo que la discusión se centró en la manera de construir una representación textual. Los estudios sobre las representaciones sociales desde la filosofía, la historia, la sociología, la antropología y la psicología social, plantean acercamientos y debates diversos en torno al término o bien discusiones similares que se refieren a problemas epistemológicos relacionados sin utilizar el concepto.

Mientras que desde la historia cultural, Roger Chartier (1995) hace una crítica a la historia de las mentalidades y propone el estudio crítico de textos, descifrados en sus disposiciones y estrategias, y el análisis de las prácticas de lectura y del mundo editorial, considerando los procesos de apropiación de los bienes simbólicos y los usos y significaciones diferenciadas. No se propone un análisis propiamente semántico, sino el análisis del conjunto de los textos y el dispositivo en que se presenta al lector, “las formas producen sentido” porque se inscribe en una historia de prácticas, social e históricamente diferenciadas, y una historia de representaciones inscritas en los textos o producidas por sujetos (Chartier: 1995:52). De manera que estudia las formas de lectura considerando para ello las disposiciones específicas que distinguen las comunidades de lectores y las tradiciones sobre la lectura, así, una misma novela es adaptada por los editores para diferente público, porque las obras se modelan sobre las expectativas y competencias que se atribuyen al público al que van dirigidas y además porque las mismas obras y los objetos producen su campo social de recepción. El autor analiza cómo los dispositivos tradicionales de representación del drama shakesperiano en otros países, apuntan a inscribir un texto en una matriz cultural diferente a la de sus destinatarios originales, por lo que considera que las diferenciaciones culturales son procesos dinámicos en los que se transforman las formas y los dispositivos.

De acuerdo al autor, la historia de la lectura dibuja un territorio común donde cada persona o grupo, a partir de sus herencias y tradiciones, construye el mismo objeto que no sólo le representa a las sociedades del Antiguo Régimen, sino que le representa elementos que tienen que ver con sus propias prácticas (Chartier, 1995:120). El autor también propone abordar la historia social desde la cultura tal y como lo propone Geertz, es decir, el objeto debe estudiarse a partir de las prácticas y representaciones para entender cómo se construye la diferenciación social, de esta manera propone volver al concepto de Durkheim y Gauss de representación colectiva pero con tres modalidades: a) el trabajo de producir configuraciones intelectuales múltiples y contradictorias lo hacen distintos grupos que componen una sociedad, b) las prácticas que tienden a hacer reconocer alguna identidad social significan en forma simbólica un estatus, c) las formas institucionalizadas y objetivadas pueden ser analizadas por una doble vía: una que estudia la construcción de las identidades sociales, como resultado de una relación forzada entre las representaciones impuestas por aquellos que tienen el poder de clasificar, de designar y por otro lado, por la definición sumisa o resistente que cada comunidad produce de sí misma. O bien, la otra que considera la división social objetivada como la traducción del crédito acordado a la representación que cada grupo hace de sí mismo y con ello, de su capacidad de hacer reconocer su existencia. Al trabajar en las luchas de representación, la historia cultural fija su atención sobre las estrategias simbólicas que determinan posiciones y relaciones y que construyen para cada clase, grupo o medio, un ser-percibido, constitutivo de su identidad (Chartier, 1995:57).

El concepto de representación colectiva que retoma y reformula Chartier es el que propone a principios del siglo XX Emilio Durkheim (1995:195), quien utilizó el concepto de “representaciones colectivas” para referirse al papel de la norma social y a su influencia determinante sobre las prácticas de las personas. Para este autor, las representaciones colectivas son hechos sociales que se imponen con fuerza coercitiva a los individuos. En la segunda mitad del mismo siglo, desde la psicología social, Moscovisci retomó la noción de representación como representación social e impulsó el desarrollo de un abordaje teórico que ampliaba su contenido al concebirlo como proceso activo. Para Moscovici, las representaciones son el resultado de un

permanente e incesante diálogo entre dos individuos, un diálogo que es interno y externo; es un proceso en el que los seres humanos como pensadores activos repiten o complementan representaciones individuales. Lo social de las representaciones se refiere a la creación que los individuos hacen sobre un universo mental y tangible (Moscovici, 1968, citado en Rocha, 1995:55).

En la misma corriente teórica y disciplinaria, Denise Jodelet (1999) señala que las representaciones sociales son fenómenos que se presentan en formas variadas, más o menos complejas; son imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social ya que el acto de representar es sustituir a, estar en lugar de, es decir, es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea, etc., por lo que la representación está relacionada con el símbolo, el signo, el significado. De acuerdo con la autora, representar es hacer presente en la mente, en la conciencia, es decir, reproducir en la mente otra cosa, una persona, un objeto, un acontecimiento (material o psíquico) que por lo general restituye simbólicamente algo que está ausente, por lo que fusiona al objeto tal como lo percibe el sujeto y al concepto que tiene del mismo y a su carácter de imagen. La representación mental, social, conlleva siempre este carácter significante para los sujetos, no sólo restituye un símbolo de algo ausente, sino que puede sustituir lo presente o lo pasado, de manera que hace que aparezca la interpretación de quien la formula, no se trata de una reproducción sino de una nueva construcción que conlleva en la comunicación cierta autonomía y creación individual o colectiva (Jodelet, 1999:475-476). En la discusión interna de la disciplina de psicología social, la autora señala que esto niega el carácter de la representación como un mero reflejo del mundo exterior o como una huella que se imprime e integra de manera mecánica en los individuos. “No es la reproducción pasiva de un exterior en un interior, concebidos como radicalmente distintos”, refiriéndose a la utilización del término imagen en un sentido de figura a tal grado que la psicología cognitiva ha llegado a

considerar a la imagen como una de las especies del género de representación, a la par de las representaciones de lenguaje y de relaciones (Denis, 1979, citado en Jodelet, 1999:477). Esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción del acto de representar, de manera que el individuo, en tanto sujeto social, tiene un papel activo en la construcción de la realidad, pero siempre parte de las representaciones que circulan en la sociedad y están en continuo diálogo y relación.

A más de treinta años de trabajo de esta corriente, principalmente desde la psicología social, los estudios que ha producido presentan múltiples abordajes que pueden clasificarse en dos grandes grupos de acuerdo a lo que señala Denise Jodelet (2003:122-123): un primer tipo de estudios se dedica principalmente a analizar el contenido de las representaciones, en términos de elementos que permiten reconstruir una visión del sujeto social acerca de un cierto objeto o tema de interés. Este tipo de abordaje estudia el “campo de la representación” y el tipo de estudio al que se refiere lo denomina “análisis dimensional de la representación”, ya que comprende un conjunto de elementos que tienen que ver con lo que el sujeto conoce a través de distintos medios, tales como la información científica, la formación escolar, las creencias que transmiten sus redes sociales, etc., pero también con los diferentes discursos técnicos y científicos de donde las personas (los legos) pueden retomar elementos de conocimiento, informaciones y creencias. En este sentido, hay una serie de imágenes que el individuo utiliza para expresar su relación con el entorno social, material, que incluye a la expresión de valoraciones en sus argumentos para sostener puntos de vista, así como elementos ideológicos de su discurso. Dentro del análisis dimensional se encuentra también la noción de actitud, en el sentido de toma de posición acerca de problemas con los cuales se confronta. El segundo tipo de estudios comprende el análisis de la organización de la representación, en donde se pretende encontrar los elementos que parecen más estables, más compartidos dentro de un grupo social, y elementos que estén menos estables, más ligados a una coyuntura o posición de individuos específicos. En este tipo de estudios, conocidos al interior de la psicología social como “análisis estructural”, se pretende ver el conjunto estable como un “núcleo central” que da sentido a los demás elementos del campo de

representación, donde entran elementos menos estables o particulares que se denominan “elementos periféricos”.

En la sociología mexicana, el concepto de representaciones sociales ha sido retomado por Gilberto Giménez en su trabajo sobre identidades sociales (2000:54-55) para señalar que la pertenencia no sólo se da por afiliación a algún grupo sino que implica compartir el complejo simbólico-cultural del mismo: “pertenecer a un grupo o a una comunidad implica compartir –al menos parcialmente- el núcleo de representaciones sociales que los caracteriza y define”. El autor reconoce los trabajos de la escuela europea de psicología social para recuperar y operacionalizar el término de Durkheim, olvidado tiempo atrás, como construcciones socio cognitivas propias del pensamiento ingenuo o del “sentido común” y que pueden definirse de acuerdo con Abric (1994, citado en Giménez, 2000:54) como un “conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado”.

La representación social se entiende entonces como “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, y orientada a la práctica, que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet, 1989, citada en Giménez, 2000:54). Un elemento que Giménez resalta con respecto a las representaciones sociales es que son siempre parte de un contexto social y tienen una estructura interna. Como tales, sirven como grandes marcos de interpretación de la realidad e incluso de percepción de la misma y son guías para los comportamientos y prácticas de los agentes sociales en el sentido de que las personas piensan, sienten y ven las cosas desde el punto de vista de un grupo de pertenencia o referencia. Para el autor, las representaciones sociales definen la identidad y especificidad de los grupos, tienen por función el situar a los individuos y grupos en el campo social en tanto permiten la elaboración de identidades compatibles con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados (Mugny y Carugaty, 1985:83, citado en Giménez, 2000:55). A través de la pertenencia social, los individuos internalizan en forma idiosincrásica e individualizada las representaciones sociales propias de ciertos grupos de pertenencia o referencia. El autor habla de identidades individuales o biográficas y de identidades colectivas, las cuales no tienen necesariamente el efecto

de uniformar y despersonalizar los comportamientos individuales, a excepción de las “instituciones totales”.

Desde la sociología, otro trabajo que retoma la noción de representaciones sociales es el de Guillermo Núñez (1994), quien desde los estudios de género, señala que los sistemas de representación pueden entenderse como "convenciones sobre los significados de las cosas, de ciertas cualidades, de ciertas relaciones: estas convenciones sociales sobre los significados pueden ser más o menos fuertes o más o menos débiles y son objeto de luchas, revisiones y transformaciones" (Núñez, 1994). Es decir, para el autor, son marcos sociales de referencia a partir de los cuales los individuos interactúan, resaltando la importancia de las representaciones y la variación con que se viven a nivel individual y social.

Un esfuerzo más que organiza la literatura sobre representaciones sociales es el de Isabel Rocha (1995) quien define las representaciones sociales de la enfermedad como “...la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos con relación a las enfermedades, tanto en su sentido genérico como específico. Es decir, se entienden como sistemas de ideas, creencias e imágenes en cuanto a las enfermedades, su origen, clasificación, la caracterización de una situación de enfermedad y las implicaciones de la misma” (Rocha, 1995: 59). Estos sistemas son dinámicos y cambian en la medida en que el sujeto interactúa con su medio social. Aun cuando son dinámicos, por lo general permanecen ciertos núcleos compartidos entre individuos, otros elementos cambian y presentan matices diversos. Es importante señalar que los tiempos de permanencia de los elementos que conforman las representaciones son diversos, mientras que algunos elementos son más estables, otros cambian de una generación a otra. En el mismo trabajo de Isabel Rocha (1995), encontramos la definición de Herzlich sobre las representaciones sociales como "las explicaciones psicológicas complejas por las cuales la experiencia de cada persona y los valores e información que son comunes y aceptados en su sociedad son integrados dentro de una imagen significativa". Para Herzlich las representaciones “no son simplemente opiniones, imágenes o actitudes, sino que son teorías, ramas de conocimiento con las cuales el sujeto descubre y organiza su realidad” (citada en Rocha, 1995:38). En el estudio de Rocha, el objetivo principal es utilizar la categoría

de representaciones sociales para estudiar el proceso de construcción de las representaciones sociales en torno a la enfermedad, específicamente el SIDA, el cáncer cervicouterino y las infecciones respiratorias agudas.

Finalmente, a sabiendas de que presentamos una selección limitada de los trabajos sobre representaciones sociales, y sin pretender agotar los diferentes abordajes al respecto, retomaremos las críticas que Roberto Castro (2000) realiza a los estudios de este concepto, principalmente a los que se han realizado desde la psicología social, especialmente los trabajos de Herzlich y Pierret (1973). El autor señala que la principal virtud de estos estudios es mostrar que la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad no puede ser estudiada sin tomar en cuenta el papel que juegan la historia y las estructuras sociales en la conformación de la subjetividad de los individuos, ya que el concepto pretende servir de puente entre ambos niveles de la realidad. Sin embargo, el autor señala dos problemas importantes en los trabajos de investigación que analiza, ya que las condiciones objetivas de vida de los individuos entrevistados no se describen de manera adecuada. En tanto a la experiencia subjetiva de los individuos, se logra un abordaje más bien colectivista que deja poco margen para dar cuenta de la libertad individual como punto de partida en la producción de los fenómenos sociales que intenta explicar (Castro, 2000:84-85).

Una de las disciplinas que con frecuencia ha utilizado la noción de representaciones sociales, es la antropología social. En América Latina y México en particular, los aportes de Menéndez y Di Pardo (1996) al respecto han resultado centrales para la reconstrucción del saber médico y lego, ya que los autores plantean un vínculo entre representaciones y prácticas sociales y ponen énfasis en la necesidad de articularlas para comprender los saberes como sistemas de sentido para pensar y actuar frente a la enfermedad.

Las representaciones sociales son previas al sujeto y al grupo que se estudia, aun cuando éstos puedan generar modificaciones, las mismas parten y se refieren a un esquema dominante del grupo, profesión o institución del que se forma parte. El grupo médico no está exento del vínculo entre representaciones técnicas, las cuales se entienden como representaciones sociales en las que los autores encuentran articulaciones entre el conocimiento científico-técnico aprendido durante el proceso

formativo universitario, el aprendizaje durante su trabajo profesional, el que se refiere a costumbres ocupacionales de cada institución médica, y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales, de manera que el profesional produce y reproduce con sus prácticas un sistema de representaciones. Los autores plantean como eje de análisis la relación entre representaciones y prácticas de grupos específicos respecto del saber que emerge del análisis del conjunto de los dos elementos dinámicos. En su estudio sobre el saber médico con respecto del proceso de alcoholización y la atención primaria, en servicios médicos de primer nivel, señalan que los conceptos de representación y práctica técnica de los sujetos son útiles para describir e interpretar los diferentes pasos mediante de los que profesionales piensan e intervienen en la problemática del alcoholismo, y ubica el concepto de saber como un nivel de abstracción mayor que el de representación y práctica técnica al que se refiere, y a los que en cierta forma, como plantean los autores, la noción de saber sintetiza. Desde esta perspectiva, es la articulación que opera el personal médico entre el conocimiento científico técnico y la apropiación y resignificación en las prácticas cotidianas la que se convierte en el principal eje de análisis. El saber médico se construye a partir de cada uno de los subgrupos que analizan los autores (Menéndez y Di Pardo, 1996:47-59).

Continuando con esta perspectiva, el estudio de Osorio (2001) sobre la cultura médica materna y la salud infantil, se refiere a las representaciones sociales como sistema de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores elaborados y compartidos socialmente, que constituyen una determinada manera de designar la realidad, aprehenderla e interpretarla, de manera que orientan sus modos de acción y moldean sus experiencias desde los significados compartidos. La misma autora define en consecuencia las prácticas sociales como conductas y acciones cotidianas o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social (Osorio, 1994:8), y señala que el sistema de representaciones se encuentra en permanente retroalimentación con el sistema de prácticas, las cuales pueden ser producidas y transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje (Osorio, 2001:15).

La definición de representaciones sociales incorpora distintos elementos que son resultado de un diálogo permanente entre seres humanos, como pensadores activos que están inmersos en contextos sociales, culturales, políticos, económicos, dentro de los cuales toman decisiones. En las representaciones existen núcleos que permanecen y se comparten, así como elementos que se transforman y presentan matices diversos. Con relación a la salud y la enfermedad, los núcleos más estables tienen una permanencia mayor entre las generaciones mientras que otros elementos se transforman con mayor rapidez. Son convenciones sobre el significado y sistema de referencia con base en la cual los individuos organizan su realidad y sintetizan elementos ideológico culturales que son históricos y que se desarrollan en marcos estructurales cambiantes. Los diversos acercamientos y utilización del concepto nos delinean diferentes temáticas respecto de las cuales el vínculo entre lo macro y lo micro se expresa en la vida cotidiana y se intenta recuperar y analizar por parte de las disciplinas sociales. En este trabajo, retomaremos el concepto de representaciones sociales porque implica reconocer al mismo tiempo que los fenómenos macrosociológicos influyen decisivamente en el abanico de posibilidades que incluye la formación del significado compartido y la reproducción de relaciones de poder, pero al mismo tiempo porque permite estudiar cómo es el vínculo con las explicaciones individuales sobre las prácticas, en el caso de la investigación, de las prácticas de detección oportuna de cáncer.

Las representaciones de la práctica y la observación de la misma, permiten por otro lado, reconstruir el proceso de negociación desde la mirada de las mujeres y de la investigadora, resultando un concepto útil para el análisis de las transacciones entre saberes hegemónicos y subordinados sobre la detección oportuna de cáncer cervical. Cuando en este trabajo se hable de representaciones sociales, nos referiremos a nociones, conceptos, imágenes, creencias, percepciones y actitudes que pertenecen al sentido común de las mujeres derechohabientes, que reconstruiremos como convenciones de significados de cosas, valoraciones y relaciones que retoman elementos del saber científico y lo resignifican desde una perspectiva leiga. En este caso se trata de convenciones sobre la necesidad de realizarse la prueba, considerando la racionalidad que está detrás de la decisión de tener esta práctica, misma que

suponemos tendrá significados y valoraciones diferentes en la relación médico/paciente para las mujeres y para el personal médico y paramédico.

Las representaciones no son estáticas sino que son objeto de cambios, confrontación, revisión y transformación constante en las relaciones con otras personas. Dependen de un conjunto de significados compartidos que son producto de la interacción social (Belmartino, 1992:28) y en este sentido, las representaciones que buscamos reconstruir y analizar no son de carácter exclusivo, ni estáticas. Las primeras impresiones después del Papanicolaou en la UMF no tienen por qué ser exactamente las mismas cuando se realicen las entrevistas tiempo después en sus hogares. Lo que interesa rescatar son las reconstrucciones de la experiencia incluyendo la descripción de prácticas que se relacionen con experiencias propias, o vividas por sujetos cercanos a sus redes sociales. Las experiencias forman parte importante del proceso de construcción de las representaciones respecto de la enfermedad, los tratamientos y su detección oportuna.

Estudio de prácticas

En la teoría sociológica, el concepto de prácticas sociales se encuentra vinculado a la definición misma de la disciplina. La definición que se hace de este concepto define puntos de partida ontológicos, metodológicos y delimita la ubicación en corrientes teóricas. No pretendemos en este apartado desarrollar la bibliografía que aborda las diferencias entre el abordaje de la misma como praxis, acción social, gestión, conducta y agencia. Solamente señalaremos que en este trabajo, abordamos la práctica de detección oportuna del cáncer cervical como un conjunto organizado de acciones rutinarias o eventuales que llevan a cabo los conjuntos sociales que se aplican a la detección oportuna del cáncer cervical.

El estudio se ubica desde una perspectiva comprensiva, que parte del supuesto de que las prácticas son productos sociales que se reproducen y transforman por los actores sociales, pero dentro de contextos estructurales e históricos que delimitan el margen de su acción. En este sentido, nos interesa abordar el estudio de la práctica del Papanicolaou como parte de una respuesta social organizada que involucra a diversos actores que pretenden un fin aparentemente común que es el de evitar la muerte por cáncer cervical.

Consideramos que la comprensión de las prácticas desde un punto de vista social no niega la dimensión individual de las mismas, pero ubicamos nuestro interés en la dimensión social de la misma, es decir, en el estudio de los significados y sentidos que tiene esta práctica en un contexto social específico y las formas en que los mismos se reproducen y se transforman.

La práctica de la detección oportuna de cáncer cervical es una acción organizada socialmente que se implementa bajo la responsabilidad del Programa de DOCC en los diversos tipos de servicios de salud del país. Es una acción organizada socialmente porque los gobiernos destinan recursos y sus procedimientos se encuentran vigilados y normados por instituciones médicas y legales.

Las prácticas sociales que son objeto de estudio en este trabajo son las que llevan a cabo las mujeres y el personal de salud en el espacio de las UMF para detectar a tiempo la enfermedad del cáncer cervical, en ellas se involucran distintas esferas de lo social, tales como el acceso a los servicios de salud a través del empleo, la organización de los hogares, la calidad de los servicios médicos y bioquímicos en el proceso de lectura de las muestras que permitan la detección oportuna de cáncer cervical.

Con la noción de prácticas nos referimos entonces a acciones organizadas socialmente para la detección oportuna de esta enfermedad, las cuales incluyen las formas de acceso a la citología, las rutinas institucionales, las relaciones con el personal médico y paramédico que influyen en su decisión de acudir a la prueba. Analizaremos también las representaciones de las prácticas de detección oportuna y las de la enfermedad de las mujeres usuarias del servicio de primer nivel de atención.

Una primera aclaración sobre la noción de prácticas es que no reproducen a las representaciones sociales ni de forma mecánica ni idéntica. Si bien la representación social establece ciertos lineamientos para la acción, la práctica puede modificarse frente a una serie de variaciones que habremos de identificar.

En los estudios de Anthony Giddens (1998), el problema que se plantea a partir de la teoría de la estructuración para el estudio de la vida cotidiana, señalan la importancia del análisis de la acción social y las rutinas. En este trabajo consideramos a los actores, a los individuos, como sujetos con capacidad de agencia pero a la vez

dentro de un marco estructural que limita las posibilidades de la misma. En este sentido, rescataremos de Giddens la idea de que todos los seres humanos son agentes entendidos, esto es, son actores sociales que saben mucho sobre las condiciones y consecuencias de lo que hacen en su vida cotidiana (Giddens, 1995:307).

La doble hermenéutica a la que hace referencia Giddens (1998:396) nos alerta acerca de que en el análisis deben diferenciarse las reconstrucciones que hace el investigador de las representaciones y prácticas de las mujeres. Ya que esta reconstrucción que hace el investigador parte del análisis de las narrativas de las mujeres y no es igual a ellas. Más complejo aun, las narrativas con las que trabaja son también una reconstrucción del pasado a partir de una mirada presente que no es estática. En las narrativas los sujetos de la investigación reconstruyen escenarios, prácticas, nociones, explicaciones y conforman representaciones de lo que sucedió y este es parte del material con el que trabaja a su vez el investigador social,

En este trabajo, retomaremos su noción de rutina, la cual define como un tipo de práctica socialmente delimitada, que desde un punto de vista psicológico, reduce al mínimo la angustia de iniciar cada día cualquier tipo de actividad sin punto de inicio delimitado, pero que socialmente es una expresión de la continuidad de la vida social puesta en escena por agentes que tienen diversas posibilidades de modificarlas. Esta última característica es la que nos interesa resaltar en este trabajo acerca de la reconstrucción de las rutinas institucionales con la finalidad de comprender el escenario y las relaciones en las que se involucran derechohabientes y personal de enfermería para la detección oportuna de cáncer cervical.

Por otra parte, nos interesa analizar la práctica de detección oportuna considerando las relaciones que establecen las mujeres con el personal de enfermería, incluyendo los límites espacio-temporales en los que se da la relación, la co-presencia de actores que se involucran en y para la práctica de detección oportuna y el análisis de los estatus jerárquicos y las relaciones de poder que se ponen en juego durante el Papanicolaou.

El concepto de rutina en este trabajo, lo definimos como las prácticas institucionales cotidianas repetitivas que se llevan a cabo para la detección oportuna

de cáncer, las cuales son llevadas a cabo por personal de enfermería del IMSS en el espacio de Medicina Preventiva.

El análisis de las prácticas no se agota con la noción de rutinas. La literatura sobre el análisis de la relación médico/paciente es muy amplia y ha sido abordado desde diferentes perspectivas teórico metodológicas y enfocando a los sujetos con mayor o menor posibilidad de agencia.

Los trabajos del funcionalismo estructural de Parsons (1951) describieron el rol del paciente en relación con el rol del médico, destacando los atributos que se esperan del paciente en cuanto tal y los del médico como evaluador de la enfermedad y responsable de devolverlo a su vida laboral funcional y activa. En esta corriente teórica un buen paciente es aquel que se pone en manos del médico y cumple con los tratamientos necesarios para curarse lo más pronto posible, sin cuestionar la autoridad médica y se justifica una relación de subordinación total de los pacientes a los que se les asigna esta condición, de espera y cooperación durante los procesos de enfermedad.

Desde un abordaje interaccionista-simbólico, sobre la relación médico paciente cuestionaron a su predecesor por la forma de abordar como universal algunas prácticas médicas que corresponden, desde su perspectiva a algunos tipos de enfermedades, pero no a las crónicas, en las cuales no se trata de pacientes que se reintegrarán y regresarán a su condición de sanos. Desde esta perspectiva, el estudio de West (1984) analizó las diferencias durante los encuentros médico-paciente cuando el médico es mujer o es hombre, frente a pacientes de ambos sexos, y encontró que el género del curador y del paciente determinan una serie de diferencias en la relación, tales como el número de interrupciones o el cuestionamiento del diagnóstico clínico.

Sin embargo, en general, los trabajos anteriores no consideran los contextos sociales más amplios y con ello dejan fuera los elementos socioculturales, e institucionales en los que profundizamos.

El análisis de las relaciones entre enfermeras y mujeres se ubica en los estudios que abordan esta temática, pero hemos de señalar algunas diferencias que desde hace tiempo, los estudiosos de la profesión médica (Freidson, 1970) han

señalado con respecto de la práctica de enfermería en las instituciones de salud. En este sentido, en primer lugar su práctica se haya en una posición de subordinación en su relación con los profesionistas de la medicina, a pesar de sus esfuerzos por ampliar su formación académica no es en este espacio en donde ubica el autor la diferencia entre profesiones, sino en términos de la dimensión social y política de estas relaciones. La expresión de la misma se encuentra en la falta de autonomía y de autorregulación de las prácticas del personal de enfermería en general y en particular en las instituciones hospitalarias.

Sin embargo, este autor también hace referencia a que su posición en las instituciones de salud, de mayor cercanía en el cuidado de los pacientes le hace jugar un papel clave en la relación que se establece entre pacientes y médicos. La reproducción de características similares de la relación entre el personal médico y los pacientes y el de enfermería con los mismos, se señala que básicamente reproducen y sostienen la jerarquía del personal médico de la institución en la que laboran.

El trabajo de Sue Fischer (1995) sobre la relación enfermera-paciente matiza estas similitudes aun cuando reconoce la subordinación y semejanzas con el encuentro médico-paciente. En términos generales las enfermeras reproducen el ejercicio de autoridad vertical de los encuentros médicos pero en condiciones de jerarquía que implican menor reconocimiento de los pacientes y de acuerdo con sus hallazgos, con menor énfasis de su parte para reforzar su autoridad institucional en las condiciones en que realizó su estudio.

La autora observó encuentros entre médicos y pacientes y entre enfermeras y pacientes en una misma institución y comparó sus constantes y diferencias, al respecto señala que la distancia que hay entre médicos y pacientes es más clara y mayor en relaciones en las que el médico acaba por imponer silencio o interrumpe selectivamente las intervenciones de los pacientes, mientras que los encuentros del personal de enfermería eran más fluidos con los pacientes, y aun cuando la relación reinscribe las asimetrías asociadas con la relación proveedor y paciente, encuentra algunas diferencias tales como el que en las consultas médicas se tiende a dejar fuera el aspecto biográfico de los pacientes, mientras que en las consultas de enfermería este aspecto se encuentra más presente.

Las pocas ocasiones en las que los pacientes presentaron algún tipo de resistencia frente a la autoridad médica durante la consulta con médicos, todas las resistencias se toparon con un mayor ejercicio de autoridad de parte del médico que las hizo infructuosas, mientras que en sus observaciones de la relación entre enfermeras y mujeres, si bien también fueron pocas las ocasiones en que los pacientes presentaron algún tipo de resistencia, la diferencia fundamental en estos encuentros fue que las resistencias de los pacientes resultaron exitosas (Fisher, 1995:193-200).

Estos trabajos nos hablan de relaciones del personal de enfermería en instituciones específicas estadounidenses. Las relaciones entre enfermeras y pacientes han sido menos estudiados en el contexto latinoamericano y suponemos que los niveles de subordinación del personal de enfermería, en particular el que labora en áreas de Medicina Preventiva (MP), al tener los niveles educativos y laborales más bajos en la formación de la profesión de enfermería, serán mayores a los observados por esta autora y que la dificultad para establecer su autoridad frente a los pacientes dará lugar a distintas estrategias para delimitar su autoridad frente a las mujeres que acudan a los servicios de MP. Las que no acuden necesariamente en una situación de urgencia ni desde una posición de debilidad y dependencia como pudiera ser cuando son hospitalizadas.

Finalmente, en el estudio sobre la práctica médica, nos parece importante retomar los trabajos de Scheper- Hughes y Margaret M. Lock (1998) quienes desde una perspectiva crítica y de género en la antropología médica norteamericana, señalan cómo la división cartesiana del cuerpo y la mente constituyen un problema para el análisis y la comprensión de los fenómenos que nos ocupan. Las autoras señalan que la división de estudios y abordajes con respecto del cuerpo humano, en términos individual, social y político, representan no solo esfuerzos que dividen el cuerpo en términos de lo mental y lo físico, sino que han sido realizados desde abordajes teóricos distintos.

Las autoras plantean que la antropología médica tiene el reto de construir abordajes inclusivos que tomen en cuenta las emociones en el estudio del cuerpo, la enfermedad y el dolor y proponen el análisis de las emociones y sentimientos para

comprender el cuerpo-mente, el *self*, el cuerpo social y el político siguiendo una serie de trabajos que comparten esta característica inclusiva (Rosaldo, 1980, 1984; Kleinman 1982, 1986 así como Good y Kleinman, 1985, citados en Hughes y Lock, 1998:219). En este trabajo, es por ello que indagaremos sobre las emociones que reconocen las mujeres en sus narrativas con respecto del cáncer y del Papanicolaou.

En este trabajo, suponemos que las prácticas son relaciones dinámicas en las que se reafirman o reconstruyen no solamente las rutinas institucionales, sino también representaciones sobre el cuerpo, la sexualidad y la enfermedad.

Aun cuando en el programa se involucran médicos y especialistas, el análisis se circunscribe principalmente a la relación enfermera/usuario y de esta manera nos referiremos a ella, ya que consideramos que las relaciones que se establecen presentan variantes importantes de la relación médico/paciente, en términos de estatus, que repercuten en la relación que establecen durante la prueba.

Género y cuidado a la salud

La categoría de género se refiere al proceso de construcción social de lo femenino y masculino en sociedades específicas, mismo que implica características, valores, expectativas y comportamientos que cada sociedad asigna a hombres y mujeres, o más propiamente, a lo que se considera masculino y femenino. Así como la identidad genérica se da en relación entre lo que se considera propio de uno u otro género, la desigualdad social de género se construye en relación mutua entre lo femenino y lo masculino. Entendemos que el proceso de socialización al que hacen referencia Berger y Luckmann (1970) incluye la dinámica que se da en el hogar o primera infancia, es decir, la socialización primaria, y además, la que vivimos posteriormente como procesos en grupos de los que formamos parte y que los autores llaman de socialización secundaria, procesos que nos permiten, entre otras cosas, conformar identidades femeninas o masculinas en un contexto social y cultural determinado.

En términos de los procesos de s/e/a, la diferencia de género se expresa en patrones diferenciales de morbilidad, los hombres mueren más de causas violentas y de sida (INEGI, 2003) que las mujeres, quienes tienen mayores cuotas de mortalidad relacionadas con procesos reproductivos y neoplasias a partir de los 25 años de edad, de manera que como lo muestran los datos epidemiológicos

internacionales, hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la mayoría de los procesos de salud, enfermedad y atención (s/e/a) (Menéndez, 2004:9).

En el caso de la mortalidad por cáncer cervical, el proceso es distinto en hombres y mujeres, ahora sabemos que comparten el Virus del Papiloma Humano (VPH) pero que los efectos biológicos son muy distintos y si bien pueden conducir a la muerte de las mujeres, en los hombres el proceso por lo general tiene manifestaciones que no ponen en riesgo sus vidas.

En el tema que nos ocupa nos interesa conocer si la construcción del género femenino en el grupo estudiado, de alguna manera facilita o dificulta la práctica de acudir a los servicios médicos cuando no se presentan síntomas o problemas específicos, ya que algunos estudios sobre el género femenino y la búsqueda de atención (Szasz, 1995:14) señalan que como parte de su rol social, la maternidad implica el cuidado de los miembros de la familia pero no el cuidado de las mismas mujeres que atienden a los demás del hogar.

Los estudios sobre salud reproductiva muestran un efecto ambivalente del rol de cuidadoras de las mujeres: mientras que por un lado, el cuidado a los menores y a otras personas se antepone al cuidado de la propia salud, por el otro, por la misma condición de responsabilidad del cuidado, tienen un mayor contacto con los servicios médicos, lo que puede propiciar vínculos con los servicios médicos que pueden facilitar la práctica del Papanicolaou.

Cabe mencionar que hay un fuerte componente de acceso a la información y a procesos de medicalización que se viven en áreas urbanas, en contraste con lo que sucede en las rurales, la cuales hacen la diferencia entre la vida y la muerte por esta enfermedad. Ser mujer en condiciones de pobreza extrema agudiza la diferencia, el punto de partida central de este trabajo no es únicamente la noción y perspectiva de género, sino su combinación con las condiciones de vida.

En el transcurso de la investigación, un elemento emergente que tiene que ver con la construcción social del género y la sexualidad fue la forma en que las mujeres negocian su sexualidad y su derecho a la atención médica con sus parejas, en términos de los requisitos solicitados por la institución para ser atendidas.

Estudios sobre representaciones y prácticas de detección oportuna de cáncer cervical

El estudio de Carmen de la Cuesta (1998) señala que es necesario que los profesionales de la salud se sensibilicen a la experiencia subjetiva de los pacientes; reconociendo el papel que juegan los mismos en el diagnóstico y cuidado de la salud. En su estudio sobre el manejo de los síntomas de las mujeres en Colombia, investigan el proceso de selección del tipo de ayuda para sus problemas de salud, desde la valoración del síntoma, la medición de capacidades y evaluación de opciones, la selección de ayuda y/o el autocuidado. Se trata de un proceso activo que implica la toma de diversas decisiones y cubre diversas etapas. En las decisiones se resalta que las mujeres valoran sus propias capacidades y las posibles consecuencias de sus decisiones. No se trata de un estudio generalizable pero aporta elementos a considerar en el estudio que nos ocupa en cuanto a cuidar lo que valoran o consideran las mujeres al decidir ir o no al Papanicolaou.

Como parte de la evaluación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOCC) en México, fue publicado un estudio sobre los factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos (Lazcano *et al.*, 1999), que incluyó a 3,197 mujeres de entre 15 y 49 años de edad seleccionadas aleatoriamente de todos los municipios. En el estudio encontraron que el antecedente de utilización de los servicios de salud es el principal determinante de la utilización del programa de DOC, por lo que las mujeres que no los utilizan son el grupo de más alto riesgo para contraer cáncer cervicouterino. En Islandia, donde señalan los autores que la incidencia y el porcentaje de mortalidad por cáncer cervicouterino es de los más bajos del mundo, una gran proporción de mujeres asintomáticas acuden a los PDOCC (89.3%) a diferencia de lo que ocurre en el estado de Morelos. En el estudio se señala una relación directamente proporcional entre la prevalencia de utilización de la prueba del Papanicolaou y el nivel de escolaridad de las mujeres y sus parejas sexuales, y se señala que el factor principal para utilizar el PDOCC es el conocimiento de la utilidad de la prueba del Papanicolaou. Los autores señalan que:

Las decisiones que toma la población respecto a su salud –como la búsqueda de atención por enfermedad- se basan en sus creencias y actitudes personales, mismas que se explican a través de numerosos factores tales como experiencias previas de enfermedad, tanto personales como familiares; percepción de la asistencia profesional; otros contactos con profesionales de la salud; información recibida y consejos de familiares, amigos y del propio médico” (Lazcano *et al.*, 1999:283).

Investigaciones de las prácticas del Papanicolaou

En algunos estudios se identificaron revisiones bibliográficas cuyo objetivo era analizar las prácticas del Papanicolaou. En el trabajo de Jackie L. Snell *et al.* (1996) de Texas, se revisó la literatura publicada de 1989 a 1994 en la Biblioteca Nacional de Medicina, de la base de datos MESH en línea. Los investigadores revisaron 328 artículos de revistas para buscar cómo se han realizado las intervenciones para aumentar la práctica. De los artículos que resultaron más directamente relacionados con el tema, se preguntaron a qué actores se consideró para la intervención y encontraron que hubo 75 programas que se dirigieron únicamente a los médicos, 50 en los que sólo se consideró a los pacientes y 25 casos en que se consideró tanto a médicos como a pacientes.

Entre sus resultados, sobre la efectividad reportada por los programas pareciera indicar que las intervenciones dirigidas a ambos actores no son más eficientes con respecto a aquellas dirigidas a médicos o a pacientes, pero de los análisis realizados no queda claro cuál de las intervenciones con los pacientes fue la más efectiva. Entre los problemas para aumentar la práctica encontraron que los médicos hacen referencia a la falta de tiempo, conocimiento y actitudes, olvido, y privilegian los motivos de la consulta. Mientras que los pacientes señalan como motivos para no hacerse la prueba, no haber recibido la recomendación de su médico para realizarla. Por lo anterior, el estudio recomienda que en el consultorio de los médicos haya materiales que puedan recordar la revisión o sugerencia de la prueba. Sin embargo, se señala la necesidad de estudiar la forma cómo se llevó a cabo, aunque no hay reportes de cómo se realizaron las intervenciones ni de la forma en que se establece la relación médico-paciente.

Finalmente, los trabajos más recientes del Instituto Nacional de Salud Pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos, México se han dirigido a examinar técnicas diferentes al Papanicolaou para obtener muestras de ADN o de VPH. Por medio de la auto-toma (Flores *et al.*, 2002), con la intención de que se determine si el tamizaje por VPH es una alternativa más segura y con una relación costo-efectiva en comparación con el Papanicolaou. Otros trabajos han buscado la prevalencia de Virus de Papiloma Humano para utilizarlo como posible marcador biológico del comportamiento sexual en estudiantes de la Universidad de Morelos (Sánchez-Alemán, Uribe-Salas *et al.*, 2002).

Un estudio relevante para el programa es el de Flisser, García Malo, Canpea *et al.*, (2003) en el cual se realizó una evaluación de los laboratorios de citología y de la capacitación de los citotecnólogos de la Secretaría de Salud, para establecer un programa eficiente de control de calidad externo para el Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino. Recientemente se discute en la literatura la utilidad de las vacunas que se encuentran en la última fase de prueba para evitar los efectos del VPH, mismas que no implican el abandono de la prueba del Papanicolaou como método de detección oportuna de cáncer (Koutsky L. A., Ault K. A., 2002).

Relaciones médico-paciente

En el estudio de Bronfman *et al.* (1996), sobre la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva del personal médico y de los usuarios, encontraron que mientras la población valora la facilidad y rapidez para recibir atención, así como la confianza que le da el médico respecto al diagnóstico y tratamiento, para los médicos institucionales la prioridad es la efectividad médica y poco parece importar la satisfacción del usuario. En las interacciones que se llevan a cabo en las instituciones públicas principalmente, se señala que se caracterizan por el enfrentamiento, o por lo menos por un desencuentro entre ambos, por la falta de comunicación e intercambio de información, o incluso por un trato autoritario de los médicos y otros agentes de salud hacia los pacientes. Esta percepción de enfrentamiento es más evidente en los usuarios de los servicios de seguridad social, las personas consideran que han estado pagando por esta seguridad, por lo que tienen derecho al servicio y a una atención de

mayor calidad. Para la población derechohabiente, la seguridad social es un derecho que obtiene por su relación laboral y porque ha pagado el servicio con su salario. Para los médicos es una prestación, una concesión del Estado y del sector empresarial, son servicios médicos de alto nivel técnico que la capacidad económica de los usuarios no les permitiría pagar. Las deficiencias no demeritan la capacidad técnica del servicio porque desde su perspectiva esto permite ayudar a gente que de otra manera no podría acceder a este tipo de atención (Bronfman *et al.*, 1996:7).

Los reportes cualitativos en los estudios de la evaluación sobre el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer, revelaron ya en 1997 que las mujeres prefieren que sea una mujer la que realice la prueba del Papanicolaou, y que la presencia de un hombre “las inhibe”. En términos de atención médica, las usuarias manifestaron que los servicios públicos son impersonales y los lugares donde se realiza la toma del Papanicolaou tienen espacio y privacidad insuficiente (Lazcano *et al.*, 2000:160).

El trabajo de Eilis Mc Caughan y Kader Parahoo (2000) sugiere que las creencias y actitudes del personal de enfermería en Inglaterra y en Irlanda del Norte pueden tener implicaciones muy serias para sus prácticas y debido a su importancia en la toma del Papanicolaou al ser éste el personal encargado de realizarlas; este trabajo señala la necesidad de profundizar en este tipo de estudios. Entre los hallazgos se encuentra que un tercio de su población de enfermeras considera que los tratamientos que se reciben cuando se detecta cáncer son muy dolorosos y ayudan poco a los pacientes. Un 90.4% del personal de enfermería no estuvo de acuerdo en considerar como parte de su trabajo el manejo directo de los sentimientos de los pacientes sobre la muerte y, señalan que los pacientes se deterioran cuando saben que tienen cáncer. Un 24% señala que los pacientes no logran recuperarse si no tienen esperanza de curarse y un 21% señaló que era mejor no utilizar la palabra cáncer cuando se les responde a los pacientes. La mayoría estaba de acuerdo en la necesidad de la prevención pero algunas de sus respuestas reflejaron una carga de trabajo en la que se dedica poco tiempo a las medidas preventivas (Mc Caughan y Parahoo, 2000:167-168).

El trabajo de Lazcano, Castro, Allen *et al.* (2000), realizado como parte de la evaluación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer, se refiere a que una barrera de utilización del Papanicolaou es la despersonalización de la atención, particularmente en instituciones con gran demanda de atención. En el estudio se reporta que muchas mujeres comentaron que el sistema de seguridad social sólo lo utilizan cuando es necesaria la hospitalización, por lo general, prefieren la atención privada. Por otra parte, se reporta la percepción generalizada de que los servicios de la Secretaría de Salud y el Seguro Social son ineficientes en general, y que existe mucha burocracia en el proceso de atención del Papanicolaou, lo cual es comparado con la práctica privada, en la que se obtienen los resultados más rápidamente, con más explicaciones, con un mejor control del expediente y sabe de su situación cuando se vuelve a acudir al mismo servicio.

Otro elemento mencionado por las mujeres que participaron en el estudio fue la falta de oferta de la prueba cuando se acude a los servicios de salud por otros motivos. Por ejemplo, cuando acuden a la revisión del dispositivo intrauterino y llegan a solicitar el Papanicolaou, se les refiere a otro lugar de la misma institución. También es frecuente el reporte de falta de privacidad en el momento de la toma de la muestra, las mujeres comentan que el personal médico no siempre garantiza la privacidad necesaria porque permiten el paso de médicos o de otro tipo de personal, o bien, no cuidan que las puertas estén abiertas hacia el pasillo. Se señaló que el personal de salud no desarrolla actividades de educación hacia la población en relación con la prueba del cáncer, ni siquiera entre las usuarias de DIU; señalan que hay poca comunicación efectiva entre ellas y los médicos sobre este tema porque no reciben la recomendación de estos últimos para hacerse el Papanicolaou y pocas han sido informadas efectivamente por ellos sobre lo que es el cáncer cervical, la utilidad de la prueba y el uso del Papanicolaou como detección oportuna (Lazcano, Castro y Allen, 2000:183).

La tesis de maestría de Monserrat Salas (1998) aportó elementos importantes para el trabajo de campo. En su estudio, ella realiza una investigación etnográfica de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. La autora señala que la consulta biomédica de medicina familiar es un escenario

privilegiado para documentar etnográficamente estructuras de significado que es producido culturalmente (Salas, 1998:3), y hace un análisis de la consulta desde tres acotaciones: la consulta como desempeño de rol, la consulta como espacio de significación de la salud sexual y reproductiva y la consulta como estructura ritualizada. Entre sus aportes se refiere a los procesos institucionales que rutinizan y homogeneizan el desempeño de rol de los médicos(as) y de sus pacientes. Muestra cómo las consultas se realizan bajo una secuencia paso a paso que sufre múltiples interrupciones pero que es parte de la misma estructura (Salas, 1998:214) y describe las dificultades para que este espacio incluya componentes de consejería, prevención e información.

El trabajo de Seow *et al.* (1995) en Singapur hace referencia al Modelo de Creencias en Salud (The Health Belief Model), mismo que se ha utilizado para explicar las prácticas de pruebas de tuberculosis y de inmunizaciones. Brevemente se señala (Seow, *et al.*, 1995: 138-140) que el modelo postula que una persona está más dispuesta a realizar una acción de salud preventiva si la mujer:

- a) Piensa que es susceptible de enfermarse.
- b) Cree que la enfermedad puede tener efectos muy severos de ser contraída.
- c) Cree o percibe que hay beneficios si realiza alguna acción preventiva (el caso del Papanicolaou).
- d) Si percibe barreras o problemas para llevar a cabo la acción (por ejemplo costo, miedo, pena) pero valora que las inconveniencias no son tan grandes como la enfermedad en sí.

En el modelo también se incluyen “cue”, reforzamientos que actúan como cuñas psicológicas cuando las personas se encuentran listas para tomar las decisiones, mismas que llegan en el momento oportuno y que pueden ser estímulos internos (síntomas) o externos como información por los medios de comunicación.

Los autores señalan que el modelo ha sido utilizado en diversos estudios para explicar la aceptación de la prueba del Papanicolaou, tanto en estudios retrospectivos como en aquellos donde se expresa una intención a futuro. Se ha encontrado que el valor predictivo del modelo es limitado porque es un modelo psicosocial que deja fuera los condicionantes de accesibilidad y las creencias o percepciones que puedan

tener otras personas sobre la práctica, lo que puede explicar, parcialmente, la variabilidad de resultados obtenidos. En este sentido, los autores mencionan el estudio de Kegeles (1965), quien encontró relación entre la historia personal de la prueba del Papanicolaou y la palabra del profesional de la salud, más que la creencia personal de los beneficios de la prueba. Este resultado era común en mujeres de diferentes niveles educativos, nivel de ingreso y ocupación.

Por otro lado, mencionan el estudio de Mandelblatt *et al.* (1993), realizado con mujeres de edad mayor en los Estados Unidos, en donde no encontraron relación entre la expectativa de mayores beneficios y la práctica subsecuente del Papanicolaou. Otros estudios de otros tipos de cáncer que aplicaron el modelo, demostraron que era aplicable pero únicamente en el 25% de la variancia en el modelo de regresión (Calnan, 1986). Por otro lado, mencionan que estos estudios han recibido críticas sobre la validez de usar reportes de la práctica sin confirmar la misma, y por otro lado el subregistro de quienes no dan cuenta de sus prácticas por desconocimiento del nombre técnico con el que se pregunta. Los autores reportan que es necesario aumentar la información sobre la prueba y que para incrementar la aceptación de la práctica en las mujeres que nunca se han tomado la prueba, es importante dar información sobre el riesgo de enfermarse en edades más tempranas, las estrategias sugeridas para incluir a mujeres que no se han realizado la prueba son el contacto directo durante la consulta, enfocándose en el perfil que se ha detectado con más problema para aceptarla.

Para incrementar la aceptación de pruebas subsecuentes, en mujeres con al menos una prueba de Papanicolaou, señalan que el estudio ha encontrado que la disposición de estas mujeres para volver a realizarse una prueba subsecuente depende en parte de sus creencias en la eficacia de la prueba del Papanicolaou y también, en la experiencia que tuvieron en la prueba. En el caso de las mujeres a las que el procedimiento les pareció inseguro, incómodo o a quienes les causó vergüenza, estuvieron menos dispuestas a expresar una intención de volver. Es por esto que los servicios en donde se toma la muestra tendrían que considerar estas barreras, por ejemplo, con esfuerzos deliberados de los médicos y enfermeras para dar confianza a la mujer y hacer que la toma sea lo menos incómoda posible. La capacitación del

personal ha de incluir un énfasis en la importancia que tiene la experiencia de las mujeres para determinar una aceptación futura que la proteja, y recomiendan estudios sobre las percepciones del servicio del Papanicolaou que se enfoquen específicamente a la relación que se establece con el personal, la atmósfera general y las facilidades físicas con las que se cuenta (Seow *et al.*, 1995:140).

El trabajo de Lazcano, Castro, Allen *et al.* (2000) sobre las resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino, utilizó grupos focales para explorar la percepción del cáncer cervical, la concepción de la etiología, el conocimiento de la existencia de una prueba para la detección y métodos para la prevención oportuna del cáncer cervical, la percepción de riesgo, las barreras de utilización de la prueba de Papanicolaou, la percepción de la utilidad de la misma y los métodos sugeridos para convencer a mujeres para que obtengan una prueba de detección oportuna. Entre sus resultados destacan que las barreras para la utilización de la prueba tal y como las perciben las mujeres son: a) la falta de conocimiento de la etiología del cáncer cervicouterino como enfermedad de larga duración y sin síntomas en las etapas iniciales; b) el desconocimiento de la utilidad de la prueba del Papanicolaou; c) la concepción del cáncer como una enfermedad fatal; barreras de orden cultural y de género tales como problemas en la relación institucional entre médicos y usuarios; la tendencia de las mujeres a privilegiar necesidades más urgentes no satisfechas debido a su extrema pobreza; oposición de la pareja sexual masculina; rechazo a la exploración pélvica; así como barreras organizacionales del programa. Las más señaladas fueron los largos tiempos de espera de la toma del Papanicolaou y para la entrega de resultados y la percepción de altos costos de atención (Lazcano, Castro, Allen *et al.*, 2000:175-176). En el trabajo se señala que el 55% de las mujeres que resultaron con cáncer cervical acudieron a la prueba del Papanicolaou cuando tenían síntomas.

En un estudio cualitativo realizado en el marco de la Encuesta Nacional de Salud II, (Bronfman *et al.*, 1996) realizado con el objetivo de identificar las modalidades y determinantes micro sociales que intervienen en la selección y utilización que los individuos hacen de los servicios de salud en áreas urbanas, entre sectores socioeconómicos medios y bajos, participaron ocho grupos focales con

prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud, de Seguridad Social y médicos privados, en ocho ciudades del país. Desde la perspectiva de los médicos, el ejercicio profesional es visto como desvalorizado por los bajos salarios con los que se les retribuye, el sueldo varió entre las instituciones pero todos consideraron insuficiente la cantidad para mantener una familia, la comparación principal fue con los ingresos de los trabajadores del sector público o privado quienes con menos años de estudio ganan un mejor salario. El salario de los especialistas se conforma mediante la contratación en diversas instituciones, lo cual no sólo corresponde a las necesidades de mayor ingreso de los médicos, sino a las de las instituciones por la insuficiencia de especialistas. Las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según se lo explican los médicos, son resultado de problemas de organización, normatividad y recursos y no de la capacitación de su personal. Uno de los problemas es la limitada duración de la atención en la consulta externa, pues el elevado número de pacientes que deben atender al día les impide dedicarle a cada uno de ellos el tiempo necesario para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. El principal problema señalado en la organización de las instituciones públicas es la falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. Aunado a ello se encuentran los bajos salarios y pocos estímulos para el personal, lo que favorece el ausentismo y el incumplimiento de la jornada laboral.

En el IMSS, los médicos señalaron que existe una fuerte carga de actividades administrativas relacionadas con el registro de las acciones y llenado de expedientes, y lo riguroso de la supervisión y evaluación en el cumplimiento de estos deberes administrativos contrasta con la falta de supervisión de la efectividad curativa y la calidad de la atención que otorga el médico. En general, los médicos no desconocen las dificultades a las que los usuarios hicieron referencia, saben que las condiciones en las que se da el servicio generan descontento, por lo que la población frecuentemente valora mejor los servicios privados que los institucionales. Sin embargo, los médicos tienden a minimizar estos problemas y a relativizar sus consecuencias. A pesar de reconocer las deficiencias, los entrevistados coincidieron

en calificar la calidad del servicio como buena y argumentan que hay pocas quejas o éstas son infundadas (Bronfman *et al.*, 1996:5).

Sobre el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervicouterino, nos encontramos un estudio de Arillo-Santillán *et al.* (2000) realizado en Morelos con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de diversos tipos de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Este artículo reporta un estudio transversal realizado entre 520 profesionales de la salud y cuenta con la aplicación de un cuestionario con escala del 1 al 10, incluyendo a especialistas en medicina familiar, especialistas de áreas clínicas, enfermeras especialistas y generales, así como trabajadoras sociales, y se reporta una media del nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino de 4.74. En la mayoría de los casos se señala que el espaciamiento en tiempo de la prueba es menor de un año, se sabe menos sobre la etiología o tratamiento del cáncer. Un porcentaje menor a 55% del personal de salud considera que el cáncer cervical es un problema de salud pública, la mayoría identifica el Papanicolaou como medio de prevención secundaria de cáncer cervical. Se encontró que existe mayor conocimiento sobre las condiciones necesarias para la obtención del Papanicolaou entre enfermeras especialistas (76%) y generales (74.8%), en comparación con los médicos familiares (32.6%), quienes tampoco conocen la asociación entre el Virus del Papiloma Humano y el cáncer cervicouterino (40%), este mismo tema es desconocido por el 94% de las trabajadoras sociales. El estudio reporta que un alto porcentaje de los profesionales de la salud atribuyeron a las usuarias la ineffectividad del programa de detección oportuna. Es interesante señalar que mientras el 49% de los médicos familiares señalaron a las usuarias como el mayor problema, las enfermeras y trabajadoras sociales lo hicieron con más frecuencia, 62 y 69%, y el nivel más alto en este sentido lo tuvieron los residentes de la especialidad con un 79.5% (Arillo-Santillan *et al.*, 2000:35-37).

Otro tema relacionado con la atención en los espacios médicos para su prevención primaria, secundaria, así como su tratamiento oportuno, es el de Virginia Braun y Nicola Gavey (1999:211) quienes analizaron los discursos utilizados por los programas de prevención en Nueva Zelanda para informar sobre la prevención de

cáncer cervicouterino a partir de un análisis de textos médicos del siglo pasado, en los que se compararon las incidencias entre religiosas y trabajadoras sexuales a los que hicimos referencia previamente. Uno de sus resultados es que la asociación entre sexualidad y cáncer puede ser una barrera para que las mujeres se hagan el Papanicolaou, debido a los estereotipos implícitos que expresan ciertos discursos sobre la sexualidad en los discursos de políticas públicas.

A partir de entrevistas semi-estructuradas a 18 informantes claves involucrados en la política de prevención del cáncer cervical, tanto tomadores de la muestra, consumidores, académicos, organizaciones no gubernamentales, ginecólogos, especialistas en salud pública, grupos de mujeres y especialistas en sexualidad encontraron que desde el siglo XIX los discursos sobre las enfermedades de transmisión sexual fueron y han sido utilizados para reforzar una dicotomía entre la sexualidad “buena” y la sexualidad “mala”, discurso que en la construcción de identidades se aplica a las mujeres buenas, aquéllas que sólo tienen un compañero sexual y no tiene ETS, y a las mujeres malas como irresponsables por tener más de un compañero sexual, y que tienen ETS. El concepto que utilizan los médicos para referirse a las múltiples parejas sexuales es el de “promiscuidad”, lo que tiende a señalar un comportamiento socialmente indeseable, irresponsable, y que tiene una carga de valor que etiqueta a las mujeres de acuerdo con criterios morales tradicionales por sus prácticas sexuales. En el discurso, la promiscuidad se utiliza para hablar del comportamiento de las mujeres y pasa por alto el papel de los hombres en la transmisión del virus. Queda implícito un discurso de culpa y responsabilidad total en ellas dejando a un lado toda responsabilidad o posibilidad de apoyo por parte de los hombres.

La representación de mujeres buenas y malas afecta el trabajo de detección oportuna porque si el cáncer se relaciona con la promiscuidad, aquéllas que no se consideran en tal situación pueden creer que no están en riesgo y aquellas mujeres que decidan hacerse la prueba, pueden sentirse en riesgo de ser consideradas como “malas” al ser requeridas por un diagnóstico positivo. Lo que sucede entonces es que las mujeres deciden ir o no a la prueba si por su práctica sexual se consideran seguras, “sin riesgos”, al no ser promiscuas.

La información que se da a la población acerca de los factores sexuales relacionados con la enfermedad en las políticas públicas de Nueva Zelanda es nula, se ha preferido mantener la información de la enfermedad “limpia” como un problema “biológico puro”, fomentando una actitud proteccionista que evita informar a la población sobre los riesgos vinculados con la sexualidad. Esta actitud tiene dos discursos, uno implícito, sobre las mujeres buenas y malas, otro de silencio proteccionista que refuerza en el fondo la validez del discurso sobre las mujeres buenas y malas y que no permite políticas realmente preventivas, que puedan informar a los jóvenes y dejar en sus manos decisiones informadas sobre su sexualidad. Las autoras proponen que se evalúe la posibilidad de crear nuevos discursos sobre la sexualidad y el cáncer cervical para que la prevención pueda ser más efectiva y la detección oportuna sea desmitificada.

Prevención primaria y secundaria de cáncer cervical

De acuerdo a los niveles de prevención que reconoce Álvarez Alva (1991:42-43), en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) se consideran dos tipos de actividades preventivas. La prevención primaria se dirige principalmente a personas sanas o aparentemente sanas, sus objetivos principales son promover la salud y prevención de enfermedades por medio de la educación para la salud. En este sentido, en el Programa de DOC se tiene un componente de prevención primaria que señala que es necesario acudir a centros educativos para dar charlas a los jóvenes respecto a los riesgos de contraer el Virus del Papiloma Humano, los factores relacionados con la enfermedad tales como el inicio temprano de relaciones sexuales o el tener múltiples parejas, no tratarse a tiempo los procesos infecciosos, y en torno a la vulnerabilidad que implica el cáncer cervical en las mujeres.

Un segundo nivel de prevención, el de prevención secundaria, tendría como objetivos evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez que puedan provocar, lo cual se alcanza mediante un diagnóstico oportuno correcto y un tratamiento adecuado. Este tipo de acciones se dirigen a encontrar a tiempo la enfermedad y por lo tanto buscan en poblaciones aparentemente sanas a los que puedan tener la enfermedad, en el caso del programa que nos ocupa, se trata de las actividades de detección oportuna que se llevan a cabo en el primer nivel de atención

médica en el que se involucran médicos familiares y personal de enfermería principalmente. El programa de DOC, como veremos en capítulos próximos, ha trabajado principalmente con una perspectiva de prevención secundaria y es en este nivel de atención y en este tipo de prevención donde fueron localizadas las mujeres que acudieron al Papanicolaou en el IMSS durante el tiempo del estudio.

Definimos al Papanicolaou como una práctica médica de prevención secundaria que se dirige a identificar cambios morfológicos celulares que pueden recibir tratamiento adecuado para evitar que se desarrolle el cáncer cervical. La ubicamos como práctica de prevención secundaria porque implica la intervención de personal especializado que tome, lea e interprete la muestra y a partir de ella diagnostique y trate la enfermedad en caso necesario. En contraparte, las actividades de prevención primaria serían aquellas relacionadas con la educación para la salud en un momento previo a la posible detección oportuna de la enfermedad y se refieren a prácticas de autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

Estudios en Sonora sobre el cáncer cervicouterino y el Papanicolaou

La cobertura de los Servicios de Salud en el estado de Sonora en 1998 fue del 95%, considerando que el 3% de la población desprotegida se encuentra ubicada en el área rural y un 2% de la población urbana no recibe servicios regulares de salud. A nivel nacional, la cobertura de la población en general se acerca al 60%. Sin embargo, los criterios de calidad de la cobertura que han establecido los organismos internacionales tales como la OMS y la OPS, no se registran sistemáticamente y el seguimiento y evaluación sobre este aspecto es reciente en las propias instituciones de salud (Castro y Salazar, 2000:58).

En Sonora, la cobertura del programa de DOC plantea como meta un 25% de lo que sería la población a quien se dirige. En la Delegación del IMSS en el estado, entre 1991 y 1995 se logró una cobertura del 23.4%, dos puntos debajo de la cobertura nacional que fue de 25.3% (Romero Cancio, 1997:228). El mismo estudio, en relación con los factores que fomentan la no utilización de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, señala que quienes asisten menos a la prueba son mujeres menores de 35 años o mayores de 54, quienes tienen una escolaridad menor a los 10 años aprobados, y

quienes viven a más de 30 minutos de la unidad y desconocen la prueba del Papanicolaou. No se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de un esposo o compañero. La escolaridad tuvo un comportamiento variado. La ocupación no mostró una asociación significativa, tampoco las condiciones de vivienda, el costo del transporte, el tiempo de espera para entrar al consultorio de Detección Oportuna de Cáncer, el tiempo de espera para la toma de la muestra dentro del consultorio, el número de personas presentes al momento de la toma, pero sí presentó el conocimiento acerca de la prueba del Papanicolaou y la lejanía de las unidades de salud (Romero Cancio *et al.*, 1997:228-229).

En el estudio sobre cáncer cervicouterino en la frontera México-Estados Unidos (Denman *et al.*, 1999) se involucró a 2,400 mujeres de 15 años o más, que viven en la frontera de Arizona y Sonora. Se encontró una incidencia de 7.5 entre las personas no hispanas blancas; cabe mencionar que las tasas entre hispanas es la segunda tasa más alta en los Estados Unidos, antecedida solamente por las mujeres vietnamitas. Se señala que en México la mayor causa de muerte en mujeres mayores de 25 años fue de 21.5 por 100,000, mientras que en Sonora fue de 22.98. A nivel nacional, las muertes corresponden en un 41% a población abierta, es decir bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública, mientras que 43.2% fueron derechohabientes del IMSS. Se señala que las tasas de mortalidad se incrementaron de 6.88 en 1990 a más de 34 en 1995, aspecto vinculado a una mejor captación de información. Entre los resultados se tiene que las mujeres en la frontera están familiarizadas con la prueba y tienen información sobre el cáncer cervicouterino, pero esto no significa que acudan regularmente. Las mujeres de más edad fueron la excepción debido a que en su mayoría pensaban que el examen ya no era necesario después de la menopausia.

La condición de migrantes ilegales también provoca desconfianza en las mujeres para acudir a las clínicas en Arizona. Mientras que en México el acceso al servicio médico es un derecho constitucional, lo cual no niega diferencias en la calidad del servicio al que se puede tener acceso, en Arizona, de entrada, es la cuestión de recursos socioeconómicos lo que limita el acceso (Denman *et al.*, 1999:48). Un dato interesante que resultó de este trabajo es que las mujeres que viven

en los Estados Unidos, pero han nacido en México, presentaron un mayor riesgo de tener VPH, que las México americanas que nacieron en los Estados Unidos (Giuliano *et al.*, 1999, citada en Cartwright *et al.*, 2004:183).

En el estudio de Castro y Salazar sobre los elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino, se aplicó una encuesta a una muestra representativa del sector medio y popular en la ciudad de Hermosillo, Sonora, diseñada después de la realización de cuatro entrevistas grupales y que posteriormente incluyó entrevistas a profundidad. El estudio señala que la fuente de información sobre el cáncer cervicouterino o el Papanicolaou son los médicos y las enfermeras en situaciones diferentes a las pláticas de las instituciones. El 11.5% de la muestra declaró nunca haberse hecho la prueba del Papanicolaou, el 39.6% declaró tener una práctica adecuada y el 48.9% declaró una práctica inadecuada. Las autoras señalan que en una muestra representativa de mujeres-madres en el intervalo de 25 a 55 años de edad, un 11.5% de ellas dijeron tener una práctica inexistente del Papanicolaou, un 48.6% señaló tener una práctica inadecuada y un 39.6% una práctica adecuada. En cuanto al nivel de información sobre el Papanicolaou, se consideró el que las mujeres hubieran escuchado de esta prueba, la información sobre los problemas que puede detectar, si sabía del inicio adecuado del Papanicolaou, la periodicidad adecuada y en qué consiste la prueba. Entre quienes utilizaron el IMSS, más del 70%, señalaron tener una percepción positiva o muy positiva de la prueba (Castro y Salazar, 1999:100).

En el mismo estudio, quienes nunca se han realizado el Papanicolaou se refirieron principalmente al miedo y a la vergüenza que les ocasiona la prueba, a la falta de necesidad de ir a un servicio médico cuando no se sentían mal y a la necesidad de contar con más información sobre la prueba y la enfermedad. En cuanto a los conocimientos que tienen estas mujeres se identificaron tres niveles de información, entre los cuales, el más frecuente fue el nivel regular⁵ que presentó una frecuencia del 71.6% de la muestra. De la misma manera se establecieron niveles sobre la información del cáncer cervicouterino, pero en este caso, la frecuencia se

concentra en el nivel de información nula o básica en el 63% de la muestra. Es decir, las mujeres han oído hablar del Papanicolaou y saben que se relaciona con la detección del cáncer, pero establecieron esta relación de manera poco clara y declararon tener poca o nula información sobre el proceso s/e/a del mismo.

Las mujeres de la muestra expresaron haber acudido a su último Papanicolaou “porque ya les tocaba”, en un 51.9%, en el caso de las mujeres de sector popular, y de 73.6% en el caso del sector medio, siendo mayor el porcentaje de mujeres que acudió porque las refirió el médico en comparación con las del sector popular. En el estudio se realizaron entrevistas a profundidad con ocho mujeres con base en las cuales se interpreta que la actitud de las mujeres frente a la detección oportuna es, en general, de resistencia, la cual según las autoras tiene que ver con una cultura del cuerpo y de la salud, así como con valores construidos en torno a la sexualidad y al matrimonio.

Desde otra perspectiva, las investigadoras del Departamento de Psicología de la Universidad de Sonora, Martha Montiel y Laura Urquidi (1999), estudiaron la relación entre afrontamiento, ansiedad, depresión y ajuste psicosocial para establecer predictores de lo que llaman ajuste psicosocial a la enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino y de mama. A partir de un análisis de regresión múltiple indican que los estados emocionales prevalecen como predictores de ajuste a la enfermedad, es decir, las participantes en el estudio que mostraron problemas de ajuste a partir de su enfermedad, también presentan depresión y ansiedad ante situaciones estresantes; son pacientes que se contienen emocionalmente, que se culpan y evitan o niegan cualquier situación que se relacione con su enfermedad. Las emociones predicen el ajuste psicosocial a la enfermedad y se identifica a la depresión como una constante en estos pacientes, con aquello que llaman un ajuste pobre a la enfermedad (Montiel y Urquidi, 1999:48).

Finalmente, el trabajo de Cartwright, Salazar y Castro (2004) se realizó con un grupo de mujeres sonorenses en Hermosillo y nacidas en México pero residentes de Tucson Arizona, quienes estuvieran al final de su edad reproductiva, es decir en la menopausia o en momentos posteriores a ella. Entre las conclusiones del estudio resaltamos su señalamiento dirigido a los proveedores de servicios médicos, a quienes las autoras señalan que es necesario que consideren que es posible hablar de temas

relacionados con la sexualidad y el género con las mujeres de esta edad, pero que se requiere una comunicación directa, clara y respetuosa. Para ello, se requiere comprender que las definiciones de “pequeños problemas” no corresponden con la ausencia de enfermedades o síntomas que es importante considerar. Señalan que las mujeres hispanas han atribuido el cáncer cervicouterino a cosas tales como la mala higiene, el sexo violento, los abortos o las píldoras anticonceptivas. Las autoras concluyen que aunque estas ideas reflejan insinuaciones morales, el conocimiento que señalan en cuanto a las causas de la enfermedad es bastante apegado al modelo biomédico en cuanto enfermedad de transmisión sexual (*Ibíd.*, 2006).

En la región se han realizado una serie de investigaciones para contribuir a la preocupación principal de disminuir la mortalidad por el cáncer cervicouterino y entre ellas encontramos estudios epidemiológicos, psicológicos, sociológicos y antropológicos; algunos de ellos que parten de preocupaciones sobre desigualdades económicas, de acceso a servicios, afrontamiento y de género. En este trabajo pretendemos contribuir a la comprensión de las representaciones y prácticas de detección oportuna de mujeres inmersas en sus condiciones de accesibilidad que son características de la zona urbana de la capital del estado de Sonora, y para ello consideraremos el apoyo que encuentran en sus redes familiares, y describiremos los significados compartidos en su entorno cultural, en el que las prácticas de atención y cuidado a la salud tienen similitudes y diferencias con las que se plantean desde los planes y programas. Asimismo, nos interesa conocer cómo es en la práctica cotidiana la atención del personal de enfermería para la detección oportuna de cáncer cervical y relacionarla con su influencia en la construcción de los saberes legos.

Metodología de la investigación

El Programa de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora participó y promovió la investigación sobre salud reproductiva y específicamente sobre cáncer cervical en la frontera entre México y Estados Unidos desde 1995 (Castro, 1998; Giuliano, Denman *et al.*, 2001; Castro y Salazar, 2000; Castro y Salazar, 2001; Giuliano, Papenfus *et al.*, 2001; Wallace, Hunter *et al.*, 2002; Denman, Monk, Ojeda, 2004). Los procesos de los estudios mencionados fueron el punto de partida de la construcción del problema

de investigación que se presenta. En estos trabajos se exploraron elementos socioculturales relacionados con la práctica de detección oportuna de cáncer. Nos interesa destacar en particular el trabajo de Castro y Salazar (2001) realizado en Hermosillo, Sonora ya que a partir de sus hallazgos y discusiones nos planteamos la pertinencia de estudiar cómo es que las mujeres representan y viven la citología cervical y el cáncer, en un estudio que considerara a la vez el análisis de las prácticas institucionales a las que se someten en los servicios públicos a través del Programa de Detección Oportuna.

Durante el verano de 1999 realizamos un primer acercamiento a las Unidades de Medicina Familiar (UMF) en Hermosillo, para explorar la viabilidad de un estudio que comprendiera la observación de las relaciones médico/paciente durante la prueba. Entonces nos planteábamos la posibilidad de incluir la zona rural del municipio, en los servicios médicos de La Costa de Hermosillo. Para ello visitamos el Hospital del IMSS en el poblado Miguel Alemán y realizamos algunas observaciones y entrevistas con personal médico y de enfermería. Uno de los problemas que encontramos fue la poca posibilidad de dar seguimiento a una población que labora en distintos campos por un tiempo determinado y de manera estacional, en términos de hacer compatibles los tiempos de la investigación, por lo que reducimos el proyecto a la zona urbana, lo anterior lo señalo debido a que consideramos que es necesario realizar un estudio que considere a este tipo de población, aun cuando en este trabajo no haya sido posible incluirla.

Diseño de investigación

A partir del interés por analizar la relación entre usuarias de algún servicio médico y sus saberes sobre la detección oportuna y el cáncer, seleccionamos el servicio de primer nivel de atención en el IMSS por ser la institución que en 2001 presentaba una mayor cobertura nominal en términos de la población total, con un 42% de cobertura potencial de acuerdo al número de derechohabientes registrados en este año (SSP, 2002:44), y porque al mismo tiempo, presenta la mayor frecuencia de mortalidad (60%) por cáncer cervical de acuerdo a la distribución de defunciones en el estado y la derechohabiencia de las mujeres fallecidas (SSA, 2003:6).

Entre los servicios de Medicina Preventiva, escogimos dos de las cuatro UMF que atienden a la población derechohabiente de la ciudad de Hermosillo, la selección de las unidades siguió los siguientes criterios: presentar dos tipos de servicios, uno más apegado a los servicios hospitalarios de atención y otro más cercano a las viviendas de los derechohabientes, y que atendiera a población del norte de la mancha urbana que es donde se localiza la mayor parte de las viviendas debido a que hasta finales de los noventa, el crecimiento habitacional de la población se dirigió principalmente hacia este espacio geográfico. El diseño contempló tres temas principales que se describen la tabla no. 1: los saberes sobre el Papanicolaou y el cáncer cervical, las rutinas y prácticas institucionales relacionadas con la Detección Oportuna de cáncer y la relación que se establece entre enfermeras y las usuarias del servicio de medicina preventiva. Debido a que la población de trabajadores de Medicina Preventiva es reducida, preferimos guardar la confidencialidad de las UMF en donde se realizó la investigación, por lo que en este trabajo nos referiremos a ellas como UMF A y B, cuyas características serán descritas en el capítulo en que describimos y analizamos las prácticas institucionales.

Tabla 1. Diseño de investigación

<i>Saberes de las mujeres Papanicolaou y cáncer de cérvix</i>	<i>Rutinas y Prácticas institucionales</i>	<i>Relación enfermeras-mujeres</i>
Por qué van o no	Personal DOC	Accesibilidad
Sentimientos antes y después	Rutinas cotidianas y DOC	Rutina del Papanicolaou y Educación para la salud
Dificultades y apoyos	Status/Jerarquías	Espacios-DOC
Redes familiares	Pasos durante el Papanicolaou	Comunicación verbal y no verbal
Nociones, explicaciones, valoración, experiencias, del cáncer y de la citología		Temas

Los métodos y técnicas que utilizamos durante el trabajo de recopilación de información se agrupan en la tabla no.2. El método etnográfico fue el eje de la investigación, permanecimos durante dos meses en cada una de las UMF de octubre del 2001 a marzo del 2002 en un estudio de sombra en el cual observamos la relación

médico paciente entre enfermeras y mujeres para la detección oportuna de cáncer cervical y seleccionamos una muestra de 100 mujeres a quienes un cuestionario, elaboramos guías de entrevistas semiestructuradas para las mujeres y los trabajadores del Instituto, así como de observación, para recopilar información sobre las prácticas y rutinas en torno de la detección oportuna en las UMF.

Tabla 2. Métodos y técnicas utilizadas durante la investigación

- **Etnografía** en los servicios de Medicina Preventiva (observación 4 meses).
- **Encuesta** en la UMF (100 mujeres que acudieron a la prueba, muestreo aleatorio sistemático) e identificación de mujeres que acuden a la UMF pero no se hacen la prueba (59 mujeres).
- **Entrevistas** semiestructuradas en el hogar de 11 mujeres (3 encuentros de dos horas o más, grabadas y analizadas utilizando el programa Nvivo). Frecuencia y edad.
- **Entrevistas** a médicos, enfermeras, trabajadora social y asistentes médicas de dos UMF sobre el programa de DOC.
- **Información de contexto** (epidemiológica y socioeconómica).

En el diseño se incluyen procesos metodológicos diversos en tanto se construyó un instrumento con características cuantitativas que nos permitió describir de manera general algunas variables relacionadas con las prácticas y las características de las mujeres, así como introducir algunos temas sobre la información o nociones sobre el cáncer utilizando preguntas abiertas.

Si bien consideramos necesario vincular en el proceso de análisis la información que proviene de distintas técnicas, la integración o comparación entre los resultados ha de respetar los alcances y limitaciones de la información y de los instrumentos, por lo que se realizará un ejercicio de triangulación de información recabada con distintos abordajes metodológicos solamente después de describir la información que nos arroja cada una de ellas.

La muestra que escogimos para la encuesta no es estadísticamente representativa de la población que acude a las dos Unidades, por lo que sus resultados no son generalizables a la población en este sentido, este no fue un objetivo del estudio.

El estudio es descriptivo, transversal y la selección de las mujeres que respondieron el instrumento fue aleatoria y sistemática para incluir a las mujeres que

utilizan el servicio en diferentes horarios de las jornadas laborales. Cada día seleccionamos a las mujeres de acuerdo a un número al azar (entre el uno y tres) con el que abordábamos a la primera, segunda o tercer mujer que solicitaba el servicio, y posteriormente se aplicaba la encuesta a cada dos usuarias durante el turno matutino y vespertino en el caso de la UMF A, y cada tres en el turno matutino en el caso de la UMF B.

El criterio del rango de selección sistemática de la muestra se tomó de acuerdo a la población registrada en los cuadernos de enfermería, que fueron los únicos registros con los que contábamos de manera inicial sobre la afluencia al Papanicolaou durante la jornada laboral, y de acuerdo a los cuales, en la UMF B se presenta una mayor afluencia que en la UMF A.

Además del cuestionario, se obtuvo una lista de más de setenta mujeres que tenían más de tres años sin hacerse la prueba, de la cual seleccionamos únicamente a personas que habitan en la ciudad de Hermosillo, que aceptaron colaborar en la investigación y que proporcionaron completos los datos de localización. El apoyo de las asistentes médicas fue fundamental para su localización, fueron ellas quienes las identificaron y llenaron un breve formato con datos básicos y las registraron cuando estuvieron dispuestas a participar en el estudio.

Descripción del trabajo de campo

Debido a que queríamos ubicar una muestra de usuarias del servicio de Medicina Preventiva en las UMF, la primera etapa del trabajo de campo se realizó en las dos UMF, ambas fueron el punto de partida y el espacio donde contactamos a las mujeres que participaron en esta investigación. Durante dos meses en cada UMF (en total cuatro), observamos el procedimiento por el cual llegan las mujeres al consultorio de Medicina Preventiva para solicitar el Papanicolaou, en este primer momento, acompañamos a las mujeres durante su espera y cuando lo consintieron, durante la rutina de la citología. Observamos las relaciones que establece el personal que labora en este servicio con otros de la misma Unidad y tratamos de localizar a usuarias que acudieron a Medicina Familiar (MF) durante el período de estudio y quienes tuvieran más de tres años de no hacerse la prueba.

Antes de que las mujeres entren al consultorio de MP, hacen una fila junto con quienes asisten para otras actividades preventivas tales como la vacunación, o se sientan en las salas de espera. En estos lugares las abordamos y solicitamos su participación en el proyecto de investigación.

Utilizamos un formato de consentimiento informado para plantearles diferentes formas de participar: una primera forma consistió en responder un cuestionario antes de entrar a la citología y en el momento en que salían de la misma; una segunda que implicaba aceptar la observación durante el Papanicolaou; y finalmente, una tercera en la que solicitábamos su permiso para incluirla en una base de la cual seleccionaríamos a mujeres para entrevistarlas en sus hogares.

El único criterio de selección de las mujeres que respondieron al cuestionario fue haber acudido al consultorio de Medicina Preventiva durante el período del estudio, para solicitar que les realizaran la prueba del Papanicolaou. El propósito principal era tener un primer acercamiento a las características diversas de quienes acuden a este lugar para seleccionar posteriormente los criterios con los cuales escoger a quienes serían entrevistadas en sus hogares.

Con la encuesta pretendíamos tener información sobre las características generales de las mujeres que aceptaban participar y conformar una base de datos para seleccionar entre ellas a las personas que serían entrevistadas posteriormente en sus hogares. En un capítulo específico se describe la población y los datos de la encuesta para dar una idea de la población de la muestra con quienes trabajamos en las UMF y entre quienes escogimos a 6 mujeres para entrevistarlas en sus hogares. Haremos también la descripción y el análisis de las características de las mujeres que accedieron a participar en el estudio a partir de la invitación de asistentes médicas o de trabajo social, mujeres que como señalamos anteriormente acuden a la UMF a los servicios de medicina familiar pero hace más de tres años o nunca han acudido a la prueba del Papanicolaou, entre ellas escogimos a cinco mujeres para las entrevistas en el hogar.

Los criterios para seleccionar a las mujeres entrevistadas en sus casas fueron básicamente tres. El primero que comparten todas fue el haber acudido a la UMF durante el período del trabajo de campo, la edad y el tipo de frecuencia de su práctica

del Papanicolaou, esto de acuerdo con la información que respondieron en la encuesta respecto de su último Papanicolaou y los tipos de frecuencias que se conformaron a partir de la observación de la práctica misma, y en relación con los criterios normativos del programa de DOC con respecto a la continuidad recomendada de la prueba (nula, primera vez, esporádica y regular). Esta clasificación no presupone la ubicación permanente de las mujeres en esta categoría, la tipología la utilizamos como punto de partida para la selección de las mujeres y posteriormente como insumo para el análisis de la información, considerando los cambios.

En términos de su edad, hicimos tres grupos que incluyeran la variedad de mujeres que acuden a la prueba. Si bien el programa en el Instituto se dirige de manera prioritaria a mujeres entre 25 y 64 años de edad, durante el trabajo etnográfico encontramos una mayor variedad que comprende mujeres menores de 25 años y mayores de 64. Otro criterio que utilizamos para buscar diferencia entre grupos de edad fue que percibimos un trato diferente del personal de enfermería para con mujeres muy jóvenes o por el contrario, de mayor edad.

Finalmente, nos pareció que las dificultades para acudir a la prueba tenían que ver también con diferentes situaciones de sus entornos familiares, en un primer momento pensamos en utilizar la categoría de ciclo vital familiar (Ojeda, 1987) para construir tipologías de familias que facilitaran el análisis, sin embargo, por un lado, carecíamos de la información suficiente para construir estas tipologías, pero sobre todo, consideramos las limitaciones del modelo de esquematizar con base a criterios estereotipados de la familia nuclear que consideran ciclos que inician y terminan de manera más o menos homogénea, lo que no correspondía con los procesos familiares de las mujeres que entrevistamos en las UMF.

De manera que en un segundo momento, optamos por seleccionar a las mujeres de acuerdo a tres grupos de edad entre los que fuera más probable que se llevara a cabo el inicio de vida sexual, reproductiva y de pareja, al que llamaremos G1 y que comprende a mujeres entre los 16 y 25 años de edad; el G2 corresponde a mujeres que de manera más probable se encuentren en momentos de mayor estabilidad o bien de quienes hayan iniciado la nuevos intentos de formar pareja, son mujeres por lo general tienen hijos mayores de seis años de edad, este G2 se

conforma de mujeres de 26 a 45 años de edad; y finalmente, el G3, integrado por mujeres de 46 años en adelante, que por lo general tienen hijos adolescentes o mayores de edad, en ocasiones nietos, y que acudían a las UMF incluso acompañadas por sus hijas.

La información sobre el número y edad de los hijos lo obtuvimos de los datos solicitados en la encuesta. En este trabajo no es la edad por sí misma la variable que nos interesa destacar, sino los procesos que se relacionan con ella en términos de condiciones de atención a la familia y resolución de necesidades básicas tales como vivienda, educación y trabajo, es decir, la edad nos permite ubicar mujeres con condiciones y procesos familiares diferenciales que permiten reconstruir la diversidad de situaciones involucradas en la decisión de acudir a la prueba de detección oportuna de cáncer cervical.

Un ejemplo de lo anterior es que las mujeres más jóvenes que ubicamos en las UMF, con mayor frecuencia se encuentran iniciando el ejercicio de su sexualidad o su vida reproductiva y a la par, están iniciando la construcción de sus viviendas, son también quienes estudiaron en programas académicos que incluyeron información sobre su anatomía reproductiva y tuvieron acceso a información sobre anticonceptivos y de algunas enfermedades de transmisión sexual, mientras que las mujeres mayores de 45 años de edad que encontramos en la UMF son personas que tienen hijos mayores, nietos, casas propias y mejor acondicionadas que las de las mujeres más jóvenes y han tenido experiencias de cuidar a la familia en casos de enfermedades como diabetes o cáncer.

Definimos la frecuencia de la práctica de la citología de acuerdo con las respuestas de las mujeres al cuestionario, respecto del tiempo desde su último Papanicolaou, y los comparamos con los criterios que la norma vigente señala como una práctica “adecuada”, sin embargo, como sucedió en la selección de mujeres, algunas de ellas tienen una práctica regular apenas hace dos o tres años mientras que anteriormente pudieron haber sido clasificadas en una práctica esporádica o nula en la que dejaron pasar más de diez años sin acudir.

La inconveniencia de la clasificación es que encasilla la diversidad misma de la práctica en un corte transversal de tiempo, la virtud es que permite ubicar algunas

diferencias en las prácticas y en la relación que establecen con los prestadores de servicios de atención médica del Programa de DOC. Considerar la frecuencia permitió buscar diferencias y similitudes entre quienes tenían una práctica “regular” y quienes no la tenían en el momento de la investigación.

En la reconstrucción de las prácticas individuales podemos ver cómo las prácticas de las mujeres varían de nula a primera vez, o bien de regular a esporádica o viceversa. Los tipos de prácticas se definen en el siguiente cuadro en el que podemos ver que la práctica que se describe incluye a personas que nunca se han realizado la prueba, quienes acudieron por primera vez a la misma durante el período del trabajo de campo, quienes tenían más de tres años sin tomarse la prueba pero lo hicieron durante el mismo período y quienes utilizan los servicios médicos de acuerdo a lo que los programas recomiendan.

Tabla 3. Tipos de práctica de acuerdo con la frecuencia

Tipos de Prácticas	Descripción
Nula	Nunca haber acudido al Papanicolaou en ninguna institución de salud.
Primera vez	Aquellas mujeres que acudieron por primera vez a la prueba durante el período del estudio y accedieron a participar en el mismo.
Esporádica	Quienes acudieron a la prueba con más de tres años de espaciamiento de la prueba o no han vuelto a tener la práctica de detección oportuna pero acuden a la UMF buscando otras formas de atención.
Regular	Quienes tienen una práctica trianual con dos previos consecutivos negativos o de una periodicidad más frecuente.
Fuente: Elaboración propia a partir de la observación de prácticas del Papanicolaou en dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS.	

No desconocemos la polémica sobre ampliar la sugerencia médica con una distancia que pasó de uno a tres años con el objeto de ampliar la cobertura y bajo el

análisis de los resultados de programas en otros países, pero consideramos que la normatividad es un parámetro para la implementación de los programas que puede aportarnos elementos para comparar con lo que sucede en la práctica del programa.

Además del criterio de frecuencia de la práctica, todas las mujeres entrevistadas en los hogares contaban con la derechohabencia activa en el momento en que acudieron a la UMF en la que fueron contactadas. Es necesario señalar al respecto que esta condición varía de acuerdo a las condiciones de empleo o desempleo de ellas mismas o de la persona a través de la cual recibe la prestación, por lo que algunas de las mujeres entrevistadas en su hogar ya no contaban con la misma cuando las contactamos.

En los hogares realizamos al menos tres visitas a cada una de las mujeres con sesiones de una a tres horas de duración, en las cuales indagamos sobre la práctica de detección oportuna, sus prácticas previas, sus representaciones respecto del cáncer, su experiencia con la prueba y con la enfermedad, sus prácticas en otras instituciones, el apoyo de sus familias, etc.

Con respecto al nivel de ingreso, condiciones de vivienda y acceso a servicios básicos, es necesario precisar que éstos no fueron criterios para la selección de las mujeres entrevistadas en los hogares, no porque estas características no sean importantes para las prácticas ni porque la literatura no indique diferencias en torno a la práctica de detección oportuna, sino principalmente por dos motivos: a) porque su inclusión como criterio de selección implicaba ubicar un número de mujeres muy grande, que en términos de los tiempos de la investigación no era posible cubrir con profundidad, y b) al valorar la variable con respecto a otras durante seminarios y asesorías, consideramos que sería más importante considerar la edad y la periodicidad de asistencia al Papanicolaou para ver la diversidad de prácticas.

El argumento principal fue que las diferencias de ingreso que se relacionan con un mayor riesgo de enfermar y una menor utilización de los servicios médicos se refieren con mayor frecuencia a personas sin acceso a servicios médicos y que viven principalmente en zonas rurales, dos características que dejamos fuera en esta investigación al pretender conocer la implementación del programa. La selección de

población trabajadora implicaba el sesgo de contemplar únicamente a población económicamente activa que percibe ingresos de la economía formal y quienes además no solamente tienen acceso al IMSS, sino que utilizan sus servicios, por lo que muy probablemente el perfil económico se parecería al que tiene registrado la institución como población que recibe entre dos y cinco salarios mínimos.

Esto no implica que la población derechohabiente sea homogénea ni consideremos como exactas las cifras registradas de salarios mínimos de los trabajadores del IMSS, con respecto a la situación económica declarada, pero valoramos que nos permitirían un primer indicador como punto de partida.

Determinar el nivel de ingreso familiar es un procedimiento complejo, no basta con consultar el dato como ingreso mensual o quincenal. Conocíamos los instrumentos que utiliza el INEGI para ello y nos planteamos en un primer momento, la posibilidad de incluir en el cuestionario una serie de indicadores para construir alguna aproximación de las personas que respondieran la encuesta. Sin embargo, la amplitud que adquirió el instrumento nos hizo repensar la posibilidad de obtener una aproximación a este dato.

Una opción era retomar los datos registrados por el censo de 2000 en el sistema para la consulta de información censal (Since), lo cual nos permitiría consultar una aproximación de la proporción de población que recibe este ingreso en las colonias que las mujeres habitan, sobre todo porque teníamos acceso a la información no solamente por áreas geoestadísticas básicas (ageb) sino también por colonia y acompañar este registro con un recorrido de las colonias que atienden las UMF.

Cuando decidimos que el nivel de ingreso no sería un criterio de inclusión de las entrevistadas en los hogares optamos por ubicar a las mujeres que respondieran al cuestionario de una manera muy general con esta información y con algunos datos que nos permitieran ubicar el lugar de la vivienda, el tiempo de vivir en ella, hacinamiento en el hogar y el acceso a la derechohabiencia de los servicios médicos del IMSS lo que consideramos nos pudieran dar una idea general de las condiciones en que habitan las personas que participaron en la encuesta y así mismo, ubicar a las mujeres a quienes entrevistaríamos en los hogares.

A diferencia de este tipo de información de la encuesta, con las mujeres entrevistadas en sus hogares pudimos ampliar la información al respecto, conocer sus hogares y sus características y considerarla en el análisis de su relación con la práctica de detección oportuna de cáncer cervical.

Lo anterior no implica que consideremos que la población del IMSS sea un sector homogéneo, la diferencia entre los niveles que reconoce la institución entre dos y cinco salarios mínimos no es poca, y los ingresos formales no conforman todo el ingreso en algunas familias.

Las condiciones de diferencia de ingreso de las mujeres entrevistadas serán analizadas en tanto las implicaciones que tienen para su práctica de detección oportuna y en torno a las representaciones sobre la misma, sin embargo hemos de precisar que las informantes de las entrevistas permanecieron dentro de este rango.

Son familias que en 2002 recibían entre dos y cinco salarios mínimos diarios (\$80) y (\$200), mismos que al tipo de cambio de ese año significaban un ingreso de \$8.3 y \$20.3 dólares estadounidenses. El ingreso familiar mensual de las entrevistadas, a pesar de no haber sido parte de los criterios de inclusión, efectivamente varía en un rango de \$2400 y \$5000 mensuales en moneda nacional, es decir, el equivalente en 2002 a \$250 y \$520 dólares al mes.

Las diferencias en torno a esta variable forman parte de la información recabada durante las entrevistas y serán consideradas para el análisis de los distintos tipos de prácticas y las dificultades que describieron las mujeres porque partimos del supuesto de que solamente podemos comprender las prácticas de detección oportuna dentro del contexto social, económico y cultural de las entrevistadas.

Es necesario aclarar que lo serán en tanto nuestros presupuestos de análisis que se sustentan en investigaciones nacionales e internacionales, pero no fueron parte de los criterios de selección de la muestra y no se pretendió en este estudio hacer un análisis de las implicaciones de cada uno de los posibles subtipos de ingreso de los derechohabientes o menos aún de la población en general.

Para las entrevistas en los hogares seleccionamos a once mujeres, cuyos nombres ficticios aparecen la tabla no. 4. Contactamos a cuatro mujeres menores de 25 años de edad con frecuencias diversas de práctica de Papanicolaou, cinco más del

grupo de 26 a 45 años de edad y tres del grupo de 46 años y más. Dos de las mujeres que aparecen en el cuadro, Emilia y Aurora, fueron seleccionadas porque no se habían realizado nunca la prueba, pero en el transcurso de la investigación las dos acudieron a realizarse la prueba por primera ocasión, lo que nos permitió reconstruir su proceso cercano.

Tabla 4. Mujeres seleccionadas para entrevistas en el hogar

	Nunca	Primera vez	Regular	Esporádica
G1 (16-25)	<i>Yolanda</i>	<i>Hortensia</i>	<i>Penélope</i>	<i>Beatriz</i>
G2 (26-45)	<i>Emilia</i>	<i>Emilia</i>	<i>María Eugenia</i>	<i>Gabriela Rosa</i>
G3 (46 +)	<i>Aurora</i>	<i>Aurora</i>	<i>Remedios</i>	<i>Trinidad</i>
Fuente: Elaboración propia, datos de informantes de entrevistas en el hogar.				

El objetivo principal de seleccionar a las mujeres de acuerdo a distintos grupos de edad y frecuencia es el de poder conformar un grupo que incluya la diversidad de estas características que consideramos pueden relacionarse con condiciones y dificultades diversas y con representaciones sobre la práctica, que pueden compartir y diferir en torno a sus representaciones y prácticas de detección oportuna de cáncer cervical.

Una vez que terminamos el trabajo de campo en la primera UMF, iniciamos el análisis de la base de datos que construimos con la información del cuestionario y de los formatos que llenaron las asistentes médicas con mujeres que tenían más de tres años sin acudir a la prueba e iniciamos el contacto en sus viviendas. En la primera vista les informamos del tipo de entrevista que queríamos realizar, las mujeres que aceptaron participar nos recibieron casi todas en sus hogares, solamente Emilia nos pidió que la entrevistáramos en un restaurante o en otro espacio debido a la falta de privacidad que tenía en su casa para hablar de temas relacionados con su sexualidad o con su vida reproductiva.

Las entrevistas se realizaron a partir de una guía semiestructurada que se modificó en los primeros encuentros entablando un diálogo que se enfocaba en

distintas partes del contenido hasta cubrirlos todos en los encuentros necesarios, por lo general tres. Al terminar con la recolección de esta información, les presentamos la opción de recibir una nueva visita en la cual nos comprometíamos a llevar material educativo sobre lo que es la prueba, lo cual acabó siendo a la vez una forma de clarificar temas tales como la ubicación en donde se imaginan que se realiza el Papanicolaou y en donde expresaron su reacción de conocer los instrumentos con los que se toma la muestra.

Reflexiones en torno al consentimiento informado durante la investigación

En la investigación social en México no es común que se plantee a todos los sujetos de investigación información suficiente para que accedan a participar. Tampoco se cuenta con el primer paso de un proceso que implique el compromiso del investigador respecto de informar sobre los objetivos y alcances de la investigación.

En el campo de las disciplinas sociales en la academia no se incluye esta práctica porque nuestro sistema de regulación legal sobre las prácticas de investigación no existe o es incipiente, y porque se considera que si no existe riesgo alguno para los sujetos en términos biológicos y físicos, no es necesario consultarle sobre su consentimiento ni informarle respecto a la investigación.

Es a través de los vínculos con instituciones financieras y académicas norteamericanas que la investigación en México se ha planteado e iniciado procesos de conformación de comités de ética en la investigación, que en gran medida responden a las solicitudes legales del sistema norteamericano con el consiguiente riesgo de reproducir relaciones y controles que corresponden al modelo de atención de ese país, en el cual las demandas permiten un sistema de control pero cuyas características y solicitudes por lo general protegen más al investigador que a los sujetos que participan en los estudios.

Los problemas para la antropología y la sociología en este sentido se agravan cuando por el tema de la investigación se requiere pasar lo más inadvertido posible para observar prácticas cotidianas. Esto último desalienta la posible solicitud de un consentimiento que considere a todos los sujetos si no se quiere modificar las prácticas que se pretende analizar.

En este trabajo, no entendemos el consentimiento como la firma de un documento que informa al sujeto de todos los posibles riesgos físicos o psicológicos, para que el investigador cuente con un instrumento legal de defensa en caso de que el sujeto le demande por posibles consecuencias. No pensamos que este tipo de prácticas sea siempre efectivo para los informantes y por otro lado, en nuestro país, nos encontramos con que los mismos sujetos ven como algo comprometedor el firmar un documento, la falta de confianza en las instituciones legales y la carencia de una práctica de la demanda consecuentemente no dan sentido en sí mismo a la firma de un documento que tiene esta práctica legal y ética. Sin embargo, este último componente sí nos parece necesario rescatarlo y en todo caso, nos parece importante iniciar un diálogo sobre la necesidad de proporcionar información a los sujetos estudiados, sin negar los dilemas que esto genere. Consideramos que es necesario pensar nuestros propios modelos de búsquedas de consentimiento, entendido éste como un proceso, no como un momento único durante la presentación de la investigación, un proceso en el que el sujeto pueda tener un papel activo para consentir o suspender su participación en una investigación.

Los procesos de investigación en general establecen una relación desigual con los sujetos que analiza, y tiene mayor posibilidad de acrecentarla si éstos se ubican en niveles jerárquicos inferiores de las instituciones y de la sociedad. En este sentido, Juan Guillermo Figueroa (2002) se refiere a la necesidad de analizar las relaciones de poder entre las personas que investigan y quienes son objeto de la investigación, en términos del tema que aborda, dilemas éticos en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva, el autor señala que la salud y la reproducción son objeto de derechos humanos e investigarlos, entrometerse o ejercer el poder sin previo consentimiento de una persona “es correr el riesgo de generar atentados en el campo de los derechos humanos de las personas” (Figueroa, 2002:481).

El autor señala también que los encuentros entre investigadores y sujetos estudiados, pueden avalar relaciones desiguales, pero también pueden ser punto de partida para diálogos que converjan en diálogos constructivos que incluso tengan la capacidad de empoderar a los participantes, incluidos los investigadores en este sentido. Entre los principales problemas éticos de las investigaciones que menciona el

autor se encuentran el no tomar en cuenta la opinión de las personas investigadas en torno a su participación en la investigación, o bien, cuando no se definen procedimientos para manejar los conflictos que puede generar la misma, ni se explicita la responsabilidad de quienes investigan sobre la necesidad de devolver la información a los participantes.

Cuando iniciamos la investigación, sometimos el proyecto a un subcomité de investigadores del IMSS, quienes recomendaron su aprobación, y solicitamos formalmente la aceptación del trabajo con los directivos y el personal médico de cada una de las UMF. Una vez que obtuvimos su apoyo para realizar el trabajo, se nombró a un representante institucional para dar seguimiento a la investigación, sin embargo no se nos solicitó la revisión de algún comité de ética y finalmente la aprobación dejó fuera la solicitud de consentimientos del personal de enfermería y de las mujeres derechohabientes. El equipo de investigadores aprobó el proyecto y con ello los directivos asumieron la disposición institucional para que se realizara, así fue que nos introdujeron con los médicos generales que laboran en la UMF y con el personal administrativo. Las enfermeras asumieron que no podían negarse a participar debido a que los directivos permitían y solicitaban el apoyo para la investigación. En el transcurso de la misma fuimos negociando nuestra presencia en Medicina Preventiva e informando a las enfermeras sobre los objetivos y el tipo de investigación, lo que generó durante los primeros días indagaciones sobre los posibles riesgos laborales que pudieran implicar los resultados de la investigación y prácticas que consideraban adecuadas para apoyo de los procesos de este tipo.

Durante estos primeros días, el personal de enfermería asumió que su papel era convencer e imponer a las mujeres su participación respondiendo a formatos que no existían durante la misma toma del Papanicolaou, debido a que es la forma más conocida de trabajo de investigación entre el personal de la UMF, o bien, solicitándoles que accedieran a que la investigadora conociera los aspectos técnicos de la prueba del Papanicolaou con las implicaciones que esto tiene en el acercamiento al cuerpo de las mujeres. El personal de enfermería tampoco se planteó la posibilidad de negarse a que se realizara el trabajo de investigación pero nos preguntaron sobre cómo se guardaría la confidencialidad de la información, principalmente de su

identidad, al ser un número tan reducido de trabajadores en el área de Medicina Preventiva. En este caso, el compromiso con ellas se hizo de manera verbal. Con las mujeres en cambio, se hizo una carta de presentación del proyecto que se leía por la investigadora o por la mujer durante el tiempo que estaba esperando que le realizaran la prueba y si la mujer aceptaba participar en alguna de las modalidades que se explicitan en ella, se procedía a firmarla como una carta compromiso en la que la investigadora se comprometía a guardar la confidencialidad de la identidad, y en la que las mujeres señalaban que conocían los objetivos y daban su consentimiento para participar en el estudio.

Una vez que las mujeres consintieron, les pedimos que delimitaran las opciones de participación. Entre ellas, algunas contestaron la encuesta pero no permitieron la observación del Papanicolaou y al mismo tiempo aceptaron que se les visitara en sus hogares; otras permitieron la observación pero no respondieron la encuesta, o bien, consintieron esto y además su posible participación durante las entrevistas en el hogar. Se les aclaró que el estudio no era del IMSS y que no tendría repercusiones en su atención, sin embargo, hubo mujeres que durante las sesiones de entrevista expresaron sus dudas sobre el objetivo del trabajo. Por ejemplo, cuando iniciamos el acercamiento a las UMF en 1999, una de las entrevistadas, al ser visitada en el hogar, le pidió a un hijo suyo con profesión magisterial que hablara primero con la investigadora sobre los objetivos y sobre la institución, después de un amplio interrogatorio, nos dejó solas para hablar sobre la detección oportuna de cáncer. Esta experiencia y otras en las que las mujeres nos preguntaban incluso después de varias sesiones de entrevista en sus hogares, nos hizo reflexionar respecto del consentimiento como un proceso continuo de diálogo entre el entrevistador y el entrevistado, proceso en el que puede participar más de una persona como parte de la estructura de la comunidad o la institución de la que forman parte las personas que participan en una investigación. Más que las aclaraciones firmadas en el documento, el diálogo posterior es parte de este consentir.

Un dilema importante respecto del consentimiento informado en la investigación de la vida cotidiana en espacios institucionales, es cómo estudiar una relación entre sujetos en situaciones lo más cercanas posibles a lo que sucede fuera de

la presencia de un observador, si se le quiere aclarar y solicitar consentimiento informado a todos los participantes del estudio. Si se pretende hacer un estudio de sombra de la relación entre médico paciente o en el caso que nos ocupa, entre enfermeras mujeres durante el Papanicolaou, o si intentamos conocer las rutinas que se llevan a cabo en una institución, el introducir elementos de consentimiento informado modifica posiblemente en mayor o menor medida la dinámica del encuentro. El principio ético de beneficencia puede justificar la posibilidad de no solicitar el permiso correspondiente para realizar el estudio en algunas partes de la investigación, sin embargo, en este trabajo nos parece que es necesario plantearnos desde el inicio de la investigación este tipo de problemas e intentar dilucidar estrategias que permitan el inicio de un proceso de consentimiento en algún momento de la investigación.

Una de las salidas a este problema fue la de contar con personal de apoyo durante la investigación, quienes solicitaban durante el período de espera el consentimiento y aplicaban la encuesta mientras la investigadora permanecía dentro del consultorio para evitar en lo posible romper la rutina con su entradas y salidas.

Cuando la mujer entraba llevaba una nota en caso de no haber aceptado la presencia de la investigadora durante la prueba. Una estrategia que seguimos para conocer lo que sucedía sin la intervención de la encuesta ni de la observación, fue el registrar la información entre enfermeras y usuarias durante el tiempo que capturamos los datos del cuaderno de enfermería, lo cual hicimos durante una semana al inicio y al final del tiempo que estuvimos en las UMF debido a que nos prestaron un espacio al interior del consultorio. Esto implicaba no informar a las mujeres sobre el estudio durante la captura de la información, pero sí registramos los diálogos por escrito cuando llegaban a solicitar la prueba.

Posteriormente se analizaron los registros buscando las modificaciones de la misma. Entre ellas encontramos que en una de las UMF, la aplicación de la encuesta se convirtió durante parte del proceso, en el indicador del turno de la persona que seguía, ya que la enfermera que salía a buscar a las mujeres para la prueba que se encontraban en la misma fila de vacunación, se dirigía primero a la persona que estaba con la asistente de investigación y en una ocasión una persona reclamó que le

correspondía el lugar primero. Otra de las modificaciones fue que cuando se realizaban entrevistas en una de las UMF, una de las enfermeras nos localizaba para invitarnos a que entráramos a algún Papanicolaou, sobre todo durante el turno vespertino, cuando la actividad del consultorio de MP baja considerablemente.

Un elemento a considerar cuando se realizan estudios por tiempos limitados como el nuestro, es la modificación de las prácticas rutinarias del personal que labora en las instituciones ante la convivencia cotidiana con un investigador. Aunque podemos decir que después de dos semanas el impacto puede ser menor, en este trabajo consideramos que lo que analizaremos no es la práctica cotidiana tal y como se lleva a cabo sin la presencia de un investigador en el espacio de trabajo, sino la representación del mejor servicio que puede ofrecer el personal desde su definición de lo que esto pueda significar.

Es decir, en el análisis suponemos que las prácticas que pudieron cuidar responden a la noción de lo que “debe” ser un buen desempeño profesional por parte del personal de enfermería. El nivel de confianza que puede lograrse posteriormente no elimina este efecto, de manera que suponemos y analizamos la información en este sentido no como una reproducción de una práctica sin modificaciones sino como la mejor práctica desde lo que el personal considera como tal.

No hay soluciones únicas para este tema, en este trabajo buscamos atender el problema, pero como señalamos, no se logró cubrir todas las situaciones. Por ejemplo, fuera de las semanas en que decidimos no solicitar el consentimiento para capturar la información de los cuadernos de enfermería, hubo ocasiones en que al estar dentro del consultorio llegaron mujeres que entablaron un diálogo breve con otra enfermera sobre temas que tenían que ver con el problema de estudio, esta información la registramos en las notas de campo y se analizó sin consentimiento de las usuarias. Otro dilema es que uno de los requisitos del personal de enfermería, para que pudiéramos entrar al consultorio de MP, fue la utilización de una bata blanca.

Los primeros días nos prestaron una que tenía el logotipo del Instituto, esto tuvo consecuencias para introducirnos a las mujeres, quienes con frecuencia dirigían su mirada a los logos cuando les explicábamos que el estudio no era del IMSS. La contradicción entre el discurso y la vestimenta implicaba dar explicaciones al

respecto o aceptar la duda que se reflejaba en sus miradas, aun con un saco blanco era necesario confirmar que no teníamos profesión médica alguna durante los primeros momentos del encuentro. El peso del símbolo del color blanco de la ropa en un espacio médico tiene implicaciones sobre los supuestos que hacen los mismos sujetos con respecto a la profesión, o del vínculo institucional y de las posibles implicaciones para sus prácticas de atención por parte de los sujetos a quienes les pedimos su colaboración con objetivos de investigación.

En resumen, consideramos que el consentimiento informado es un proceso que es necesario considerar con mayor rigor en la investigación social y no únicamente la firma de un documento legal o el requisito de agencias financieras del exterior.

La información proveniente de fuentes diversas.

En el diseño metodológico señalamos que el eje que estructuraría todo el trabajo de investigación sería el trabajo etnográfico porque consideramos que el registro cotidiano de las prácticas y las relaciones que se pueden conocer a través del mismo nos permitirían profundizar y obtener información para responder a nuestra pregunta. De hecho, las entrevistas en los hogares se enriquecieron para explorar aspectos que de otra manera no hubiéramos podido identificar.

Si bien la encuesta y el formato aplicado por las asistentes tuvo por objetivo principal el conformar un grupo de mujeres para seleccionar de entre ellas con los criterios de inclusión a las personas que serían entrevistadas, a la vez nos permite dar cuenta de una manera cuantitativa más amplia de pocos temas abordados superficialmente en un grupo de mujeres que acudió a las UMF durante el período del estudio.

El cuestionario nos arrojó un primer acercamiento para describir la variedad de la población estudiada entre las mujeres que acuden a las UMF, si bien la información que nos arroja es limitada para responder nuestra pregunta, es decir para la construcción de los saberes sobre la prueba, nos permitió agrupar a las personas con quienes tuvimos contacto en las UMF y de quienes seleccionamos a informantes clave. El mismo lugar en el que se aplica, favorece que la atención médica sea calificada como positiva, mientras que en sus hogares, las entrevistadas respondieron

con una visión general positiva que no estuvo exenta de críticas y sugerencias que serían de gran utilidad para mejorar el Programa.

Una de las principales limitaciones de aplicar un cuestionario a las personas que esperan ser atendidas en el espacio de MP es su extensión, debido a que no se cuenta con un tiempo de espera uniforme. Las mujeres son atendidas de acuerdo al orden en que van llegando al servicio y por lo general cuentan con poco tiempo para regresar a sus actividades cotidianas.

Además, este tiempo no siempre era posible utilizarlo en un mismo momento debido a que había que considerar el momento en que el personal de enfermería les llama para la prueba en su turno. Por ello tuvimos que organizar la forma de presentación de las preguntas del instrumento con un formato que considerara un primer apartado que debía preguntarse antes de que la mujer entrara al consultorio y un segundo que reiniciara con preguntas generales de nuevo y retomara el hilo del punto en donde se quedaba la aplicación de la encuesta antes de entrar. Por lo general las mujeres no disponían de más de diez minutos antes y diez minutos después de la prueba por lo que tuvimos que reducir la amplitud del primer instrumento que habíamos diseñado. La limitante principal de este instrumento y del escenario en donde se aplicó es que no nos permite abordar temas de intimidad a profundidad y fragmenta las respuestas en variables que construye el investigador. Sin embargo, consideramos esto al proponer la metodología y seleccionamos los temas que sí podían ser considerados en un instrumento de este tipo y las ventajas de poder hacerlo en un grupo del que queríamos identificar informantes clave.

Una vez seleccionadas las mujeres, el proceso de entrevista nos permitió obtener la información sustancial de la investigación. Las entrevistas son semiestructuradas y consideramos que nos permitieron acercarnos al mundo desde donde las personas observan a los servicios de salud, y acercan al investigador a su punto de vista sobre los mismos. El registro de las narrativas se audio-gravó y transcribió.

Toda la información etnográfica fue procesada apoyándonos en el programa Nvivo2, el cual sirve como apoyo para ordenar la información por medio de una guía temática flexible en la que es posible identificar y organizar archivos con las

expresiones seleccionadas y a la vez acceder fácilmente a verlas en el contexto de la entrevista. Consideramos que los programas para el manejo cualitativo han avanzado lo suficiente para facilitar el análisis, son herramientas que permiten visualizar las categorías y los ejes analíticos y permite visualizar la información con la que se cuenta en las entrevistas así como los temas de las guías que hace falta abordar, pero para que esto sea así, en las entrevistas y los registros de diario de campo han de estar en un procesador de texto.

En la presentación de este documento, decidimos respetar los alcances que cada instrumento nos arroja, dividiendo la información en dos, la que nos proporcionan el trabajo etnográfico en la UMF, la que nos arroja el cuestionario y la de las entrevistas. Cada capítulo por separado respeta los alcances de la información obtenida. En el último capítulo, en las conclusiones, vinculamos algunos temas que fueron abordados en el cuestionario y en las entrevistas, pero este último ejercicio nos hace escoger selectivamente aquellos temas que pueden ser abordados desde información recabada por diversos instrumentos y por lo general retomamos para la construcción de los saberes la información etnográfica.

Los procesos teóricos y metodológicos abordados en este capítulo nos permitieron avanzar en la discusión teórica sobre los estudios sobre el saber lego y en específico sobre lo que se ha abordado respecto de prácticas de las mujeres sobre el Papanicolaou, así como explicitar los conceptos principales a partir de los cuales analizamos la información.

II. LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y POBLACIONAL

En este capítulo abordaremos en un primer momento los procesos de cambio que reporta la literatura médica, acerca de la definición y delimitación de las lesiones previas a lo que se conoce como un cáncer cervical. Pretendemos con esto esclarecer el significado de los términos técnicos a partir de los cuales el personal de las instituciones de salud, designa un diagnóstico y un tratamiento a las mujeres que presentan algún tipo de lo que ahora se nombra lesiones y que corresponden a modificaciones celulares de mayor o menor grado en su epitelio. Sobre todo, buscamos dejar al menos un primer acercamiento al saber médico a partir de discusiones como la definición de en qué momento una modificación celular se vuelve diagnóstico de una displasia, neoplasia o lesión. Estas tres nomenclaturas corresponden a diferentes momentos de la definición de lo que se considera un proceso que requiere de menor o mayor intervención biomédica, los cambios en la misma no siguen procesos evolutivos, su historia es más interesante y compleja y consideramos que esta historia es la que permite comprender la importancia de acudir al Papanicolaou y dimensionar lo que se ofrece a partir del saber médico en él, su efectividad, limitaciones y alcances. Incluiremos en este apartado una revisión de lo que se considera factores de riesgo como parte de la definición médica de la historia natural de la enfermedad.

En un segundo momento, presentamos algunos de los datos que nos permiten ubicar el problema de la mortalidad por cáncer cervical en nuestro país y antes de describir la mortalidad en Sonora, presentamos un subapartado en el que desarrollamos la dinámica poblacional de la entidad y hacemos referencia al contexto de servicios del sector salud con los que cuenta esta población.

Finalmente, presentamos un primer acercamiento administrativo del IMSS, para presentar en su forma de organización, el papel de las UMF en donde trabajamos y proporcionar la descripción de reportes del laboratorio acerca del número de

Papanicolaous realizados en ellas en el período del 2000 hasta mediados del 2002 para ubicar con ello algunas diferencias entre los dos servicios.

La construcción biomédica del cáncer cervical

Desde la antropología médica, las reflexiones de Menéndez (1998) sobre los encuentros, desencuentros y complementariedad entre los abordajes teóricos y metodológicos de la epidemiología y la antropología nos sugieren un punto de partida para retomar algunas de sus consideraciones en el análisis de lo que es el Papanicolaou y la nomenclatura e implicaciones de la misma. Sin desconocer que en los dos enfoques hay variedad de puntos de partida teóricos y metodológicos, el autor encuentra que las corrientes dominantes en ambas orientaciones coinciden, entre otras cosas en los siguientes puntos: a) trabajan con conjuntos sociales; b) señalan la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud; c) suponen procesos de desarrollo o “evolución” del proceso s/e/a; d) reconocen que las condiciones de vida tienen que ver con la causalidad, desarrollo, control o solución de los problemas de salud; e) proponen una concepción preventiva del padecimiento; f) sostienen legitimidad de sus aproximaciones metodológicas y técnicas mediante principios teóricos y/o técnicos.

En otro sentido, algunas de las divergencias que encuentra el autor sobre estos mismos temas que encuentra en común son las siguientes: a) con frecuencia, la epidemiología describe agregados estadísticos sin que exista una teoría clara detrás, o bien se refiere a las enfermedades como una suma de signos en los que desaparece el enfermo, mientras que el enfoque antropológico trata de no desagregar a los grupos porque asume que los individuos se definen como tales a partir de las relaciones que establecen dentro de sus grupos; b) en la práctica, algunos trabajos epidemiológicos tienden a pensar las causas de la enfermedad en términos bioecológicos o sólo biológica desde una aproximación ahistórica respecto del proceso s/e/a, por el contrario, en las ciencias sociales y desde una concepción constructorista del padecimiento, todo padecimiento es un proceso social e histórico que ha de ser reconstruido para poder comprender los significados que tienen del mismo los actores sociales; c) mientras que la epidemiología describe la etiología referida a los factores

biológicos de la enfermedad en las llamadas historias naturales de la enfermedad, en ellas limita la inclusión de los factores socioculturales y la aplicación de una concepción histórica, mientras que la antropología médica se plantea la reconstrucción histórica de los procesos que permitan entender las características de los padecimientos; d) la epidemiología utiliza el término de estilos de vida que retoma de las disciplinas sociales, pero elimina la perspectiva holística del mismo reduciéndolo al señalamiento de conductas de riesgo limitando o excluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas. El padecimiento se analiza fuera de los procesos culturales y sociales en los cuales se desarrolla y se utiliza para describir rasgos de algunas enfermedades de manera selectiva; e) el manejo de las representaciones y prácticas culturales como mecanismos de prevención, es distinto en ambas disciplinas, porque la epidemiología las considera poco importantes, y como los factores desfavorables que hay que modificar, mientras que para la antropología, sin negar totalmente lo anterior, se enfoca a reconstruir los criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente todo grupo social tiene sobre lo que consideran que afecta a su salud. La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales y lo importante no es definir si son erróneos o correctos, sino asumir que estos grupos siempre los producen y por lo mismo, que es necesario conocerlos si se pretende modificar algo en caso de ser necesario, e incluso esta modificación se entiende como distinto, ya que no se trata de imponer el saber médico sino de trabajar a partir de los saberes preventivos de los actores involucrados, en un proceso de acción conjunta entre los servicios médicos y los grupos sociales.

Esta larga introducción nos permite justificar y organizar la primera parte de este capítulo. La definición de la historia natural de la enfermedad, y la descripción de los factores de riesgo y de los estilos de vida que proponen los programas de detección oportuna se han transformado durante los últimos cuarenta años y no se trata solamente de cambios técnicos, sino de propuestas que involucran decisiones de tratamientos a procesos de cambios celulares en pacientes sino del criterio para decidir la magnitud de los mismos. Lo cual, en el sistema de salud estadounidense,

dio lugar a procesos legales sobre el sistema médico ante lo que se consideró un exceso de extirpaciones del útero entre mujeres en los años cincuenta.

Los cambios que encontramos corresponden a una historia reciente que no pretendemos agotar, hace falta elaborar un proceso de reconstrucción histórica del saber médico que contemple este proceso a la luz de los sucesos sociales detenidamente, en este trabajo solamente analizaremos las principales modificaciones que se relacionan con el objeto de estudio.

La historia reciente de la citología cervical nos permite conocer los debates médicos acerca de su nosología y etiología pero también las expresiones sociales de los excesos en los tratamientos con la histerectomía en la práctica médica estadounidense a partir de la publicación en la prensa de casos documentados de falsos negativos y diagnósticos incorrectos que fueron responsables de la muerte de algunas personas, los cuales dieron lugar a una larga serie de procesos legales y vínculos diferenciales de los profesionistas con las aseguradoras.

Estos procesos de una manera u otra han impactado las definiciones acerca de la enfermedad en otros países como el nuestro. En México la Secretaría de Salud ha señalado que se realizará el cambio hacia el Sistema Bethesda de clasificación, lo cual no implica solamente una evaluación técnica sino una revisión legal y un análisis detenido sobre las posibles prácticas médicas que puede fomentar. La discusión sobre la mejor forma de clasificar los cambios celulares, nos parece un buen ejemplo de cómo los procesos técnicos no llevan en sí mismos un proceso de desarrollo evolutivo y técnico, su ejemplo nos puede dar una idea de la forma en que se construye la ciencia inmersa en sociedades concretas.

Marcos Peluffo (2003) analiza lo que considera revoluciones paradigmáticas en algunas subespecialidades médicas, en los términos en que Khun (1971) define las revoluciones científicas. Aun cuando presentamos la clasificación del autor, no asumimos lo anterior como cambios paradigmáticos porque consideramos que la definición de un paradigma es más amplia⁶, sin embargo, su recopilación sistemática

⁶ Desde nuestra perspectiva una revolución paradigmática incluye cambios fundamentales en los supuestos sobre el individuo, la sociedad, la naturaleza. Las relaciones entre ellos se transforman, son normativos y sientan la base para toda actividad científica sobre la definición misma de los problemas, las áreas de investigación, las preguntas pertinentes y la forma de interpretar los datos. Todas las

de información nos presenta un panorama ilustrativo en torno de los cambios en esta disciplina.

El autor señala cuatro revoluciones conceptuales de la Patología Cervical: a) la primera tiene lugar de 1900 a 1932, durante la cual se inventa el colposcopio y nace el término carcinoma in situ o no invasor; b) la segunda época que clasifica el autor, la llama de transformación displásica, que inicia en 1950 con la irrupción de la citología en Estados Unidos, la cual precipita una gran cantidad de lesiones nuevas que carecían de una taxonomía establecida y cuyo tratamiento que amenazaba extenderse era la histerectomía. El mismo G. Papanicolaou en 1949 propuso el término de “displasia” para designar las nuevas lesiones precursoras del cáncer para evitar el señalamiento de malignidad asociado a esta enfermedad; c) cuando Ralph Richart, ginecólogo y patólogo ginecológico de la Universidad de Columbia, propone el cambiar la nomenclatura de forma que se expresara más un proceso que permitían unificar todas las variedades de displasia y carcinoma in situ en una sola entidad: la neoplasia intraepitelial cervical lo que se conoce como el concepto unicista; d) la cuarta inicia en 1987 que está identificado por los cambios en los Estados Unidos hacia el Sistema Bethesda.

El concepto de carcinoma invasor nace a principios del siglo XX a partir de los trabajos de la escuela vienesa de histopatología. Aunado a ello, en 1925 se inventa el colposcopio por Hinselmann y se acuña el nuevo concepto que definirá el carcinoma como un cáncer que se puede circunscribir a una zona específica, que no son procesos lineales ni evolutivos sino que se caracterizan por las controversias que suscitan y los cambios en la definición de la enfermedad, su diagnóstico oportuno y la definición de programas específicos para lograr disminuir la mortalidad que genera.

A mediados del siglo XX se crearon dos nuevas subespecialidades o disciplinas médicas: 1) la patología cervical uterina y colposcopia surge de la gineco-obstetricia y 2) la citología exfoliativa, transformada y designada posteriormente

teorías y metodologías están basados en última instancia en ellos (Ratcliffe, 2000:58) lo que implica una concepción mucho más amplia que lo que nos presenta el autor, en ese sentido, el paradigma biomédico no se cuestiona como tal, ni sus presupuestos sobre la enfermedad. Sin embargo esto no demerita el esfuerzo y la importancia de la recopilación que hace el autor sobre las transformaciones en la construcción científica de la enfermedad, y los cambios en las clasificaciones de la misma.

como citopatología y que emerge de la anatomía experimental y de la ginecología (Peluffo, 2003:95).

Desde el inicio de la primera época que menciona Peluffo (*Op cit.*:115-116) el primer dilema que debieron afrontar los precursores de las nuevas subdisciplinas fue resolver si las lesiones intraepiteliales eran o no cáncer, lo que generó la situación de justificar un tratamiento cuando los ginecólogos de renombre del momento eran cirujanos que se formaban como ginecólogos quirúrgicos estrechamente vinculados con problemas de oncología (*Ibíd.*:116).

La designación “carcinoma in situ” resultó, de acuerdo con el autor, de un oportunismo pragmático y coherente que asignaba una naturaleza maligna a la lesión y resolvía radicalmente el dilema terapéutico en lesiones intraepiteliales en el siguiente sentido: “si no se sabe exactamente qué es, conviene sacarlo”.

La lógica subyacente al razonamiento “de los males el menos” implicaba considerar que el mayor error era diagnosticar en menos, con lo que se propició un sobre diagnóstico oncológico de lesiones consideradas precursoras.

Entre 1930 y 1960 este proceso se desarrolló principalmente en los Estados Unidos porque durante gran parte de este período, el gremio médico europeo se encontraba enfrascado en la Segunda Guerra Mundial y en la atención de sus secuelas.

En esta época, la utilización de metáforas por parte del gremio médico utilizadas con finalidades docentes, ilustran la representación del atributo de malignidad relacionado con la enfermedad del cáncer en esta época.

La presentación metafórica que se utilizó en el “Free Hospital for Women” de Boston en 1936, cuando se le designó por primera ocasión como carcinoma in situ en Ginecología. Existe una edición de 1960 de una monografía de Hertig (citado en Peluffo, 2003:120) en la que se compara la lectura de una citología con la metáfora de un ángel que se transforma en demonio cuando desaparece la pared divisoria entre ambos. En esta imagen el ángel representa al epitelio normal, el demonio al carcinoma y la pared a la membrana basal.

Ilustración 1. Dibujos alegóricos presentados por Arthur T. Hertig en 1952



En el segundo dibujo se detallan alegóricamente las fases de la transformación.
Fuente: Hertig, Arthur T., en Peluffo, 2003, p. 120.

Las representaciones del bien y el mal, de lo benigno y lo maligno, se utilizaron para enseñar a los estudiantes de medicina sobre las transformaciones celulares que derivan en un cáncer cervical, haciendo confluír los símbolos religiosos con los procesos biológicos de enfermedad y favoreciendo la asociación del término maligno con lo malo o diabólico.

La tercera época que describe Peluffo (ídem) se ve influenciada por los trabajos de Ralph M. Richart quien pretendió terminar con esta visión en la que se pueden distinguir claramente dos tipos de etapas, las precancerosas, conocidas como displasias y las cancerosas. En lugar de esta división en la que se abordan dos tipos de elementos diferentes de displasias no malignas y cáncer in situ (representados por ángeles y demonios) se enfatiza la visión unicista de un proceso de enfermedad evolutivo que pasa por diversas etapas. Los estudios en los que basaba su argumentación no registraban los procesos de regresión de la enfermedad que se conocieron hasta después del descubrimiento del VPH. Richart propone nombrar a todas sus etapas como neoplasias intraepiteliales.

El significado de neoplasia es el siguiente: “formación, en alguna parte del cuerpo, de un tejido cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales. Se usa principalmente refiriéndose a los tumores cancerosos” (Ídem, 216).

Tabla 5 Cambios nosológicos de la patología cervical

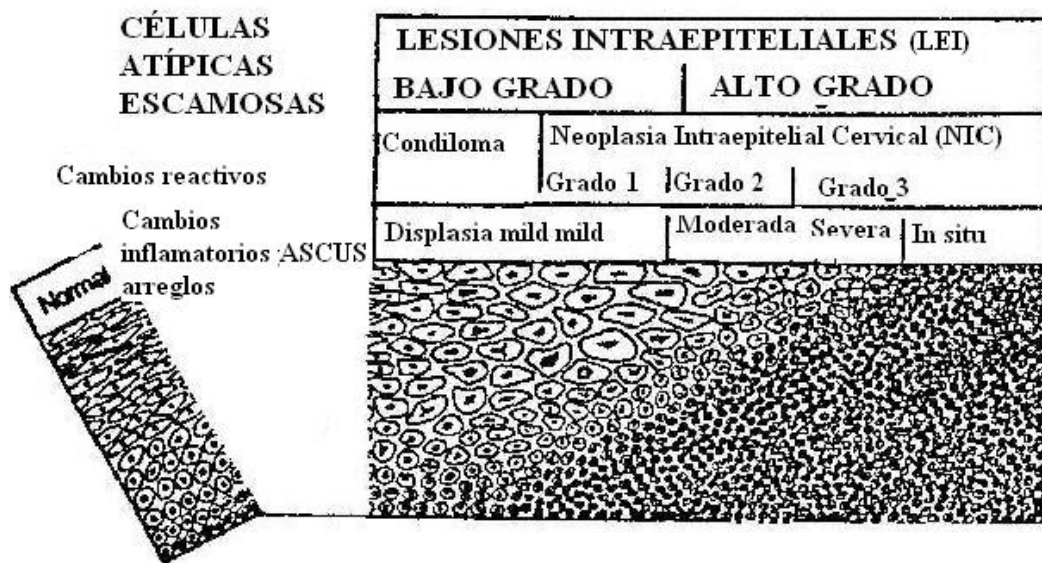
Período y acontecimiento que desencadena	Lo que genera
<p>1900-32. Nace el concepto de Carcinoma no invasor en histopatología. 1908. En Austria, la escuela vienesa de histopatología ginecológica inicia la separación microscópica entre los carcinomas cervicales “superficiales” y los invasores. 1925. En Alemania, la invención del colposcopio por Hinselmann promueve la biopsia escisional. 1932. En E.U. Borders introduce el término “carcinoma in situ” que define el nuevo concepto de un carcinoma superficial, intraepitelial o no invasor en histopatología.</p>	<p>La patología cervical no existía como disciplina, a partir de la observación cervical con el colposcopio se da el nacimiento del primer paradigma en la disciplina. Período anterior a la invención del colposcopio. La invención del mismo en 1925 inicia la observación cervical sistemática. Esto, junto con la introducción del concepto y término de “carcinoma in situ” en Histopatología en 1932.</p>
<p>1950. La citología genera la crisis del modelo anterior. La avalancha de lesiones intraepiteliales por la irrupción de la colpocitología amenaza con extender el radicalismo quirúrgico a todas las lesiones nuevas. 1961. Displasia/carcinoma in situ.</p>	<p>TRANSFORMACIÓN DISPLÁSICA La emergencia conduce al primer acuerdo interdisciplinario internacional de Nomenclatura Histológica (1961) que introduce el nuevo concepto y término de displasia. Esta innovación se constituye en la segunda transformación.</p>
<p>1967. Ralph M. Richard en E.U. propone un concepto unicista-continuo para histopatología, colposcopia y citología. 1975. Se acepta y difunde internacionalmente esta forma de concebir la enfermedad. 1976. Descubrimiento del condiloma/VPH subclínico por Alexander Meisels. Primeras condenas legales por diagnósticos falsos negativos de cáncer cervical. Se sustituye la designación de “carcinoma in situ” porque promueve un creciente abuso terapéutico: la histerectomía total.</p>	<p>Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) Esta revolución estuvo impulsada por la intención de limitar el abuso quirúrgico anterior, por las fallas de la noción del carcinoma displásico y por la rehabilitación de la colposcopia en E. U., se difunde en histopatología y colposcopia a partir del descubrimiento del Virus del Papiloma Humano (VPH) subclínico en 1976.</p>
<p>Noviembre 1987. En E.U. los conflictos médicos legales por diagnósticos falsos negativos de la citología provocan una crisis que precipita en 1988 en la cuarta transformación de la nomenclatura y paradigma, a partir del Seminario organizado por el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, en donde se impone la nomenclatura del SIL, un sistema binario de bajo y alto grado de lesiones de naturaleza que había propuesto la citología cérvico-vaginal.</p>	<p>La transformación lesional del Squamous Intraepithelial Lesion (SIL) -Lesión intraepitelial escamosa- Sistema Bethesda de nomenclatura, presenta la ambigüedad léxica de los términos lesión y atipia.</p>
<p>Fuente: Peluffo, Marcos (2003), <i>Revoluciones conceptuales en patología cervical: análisis causal de sus cambios en el primer siglo</i>, Argentina, Ascune., pp. 86-101.</p>	

Con esta terminología, se enfatiza que las displasias y carcinoma in situ comparten alteraciones cromosómicas similares y se señala que las displasias de alto

grado tienen el mismo riesgo de progresar hacia un carcinoma invasor. El autor señala que la nueva nomenclatura eliminaba el término carcinoma in situ porque, según Richart la designación promovía histerectomías innecesarias, con el agravante de que muchas displasias eran clasificadas con esa categoría y lo que resultaba en un aumento de histerectomías.

Sin embargo, el autor señala que el cambio del término hacia neoplasia generó un sobret ratamiento de los niveles básicos de las lesiones, se generalizó el término neoplasia a todas las lesiones precursoras y prácticamente se volvió a subdividir en niveles de gravedad numerados de acuerdo a la gravedad. Otra de las consecuencias importantes fue el comienzo de la utilización conjunta de citología y colposcopia en los Estados Unidos.

EL SISTEMA BETHESDA



Fuente: Peluffo, Marcos. *Revoluciones Conceptuales en patología cervical: Análisis causal de sus cambios en el primer siglo*. Argentina: Ascune, 2003. P.315.

El Papanicolaou se convirtió representaba al mismo tiempo en un triunfo y una tragedia de la ciencia médica (Koss, L., 1989), las dificultades principales se encontraban en los diagnósticos de cambios celulares poco claros, en los límites entre una y otra categoría de lo que se clasificaba como NIC, ante ello los patólogos y citopatólogos propusieron los cambios del sistema de nomenclatura que ahora conocemos como Bethesda. Al final del documento, anexamos una descripción de los

principales elementos de esta clasificación. Uno de los cambios más importantes de esta nueva clasificación es que desaparece el término de cáncer por el de lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) desapareciendo las subclasificaciones previas en dos grandes tipos de diagnóstico: Lesiones de bajo grado y de alto grado.

El autor que desarrolla esta clasificación de los cambios en la definición de la enfermedad y sus antecedentes, señala que uno de los temas que no se discute de manera abierta en los trabajos científicos norteamericanos es el impacto del sistema legal y de aseguramiento en estas clasificaciones.

La primera versión de Bethesda no incluyó a científicos que no fueran de la subespecialidad y solo incluyó a estadounidenses, a diferencia del establecimiento de las nomenclaturas previas en las que habían participado científicos de otras partes del mundo. El autor propone que esta clasificación disminuye el número de lesiones para evitar las diferentes interpretaciones en los casos que se ubican entre un tipo de lesión y otro, pero señala la desventaja de propiciar de nuevo sobretratamientos de lesiones que no lo ameriten o que pueden desaparecer por sí solas.

En México, estos cambios se expresan en algunas publicaciones como la de Howard Freeman, *et al.* titulado *Manual de Sociología Médica* y publicado en México por el Fondo de Cultura Económica como parte de la colección Biblioteca de la Salud hasta 1998, describe los antecedentes para considerar al cáncer cervicouterino como una enfermedad que se relaciona con la sexualidad, principalmente con base en la observación de las características de quienes tienen altas tasas de incidencia (trabajadoras sexuales y sociedades en las que no se acostumbra la circuncisión) y de quienes no las presentan (religiosas, población judía).

En estos trabajos se establece que el cáncer cervicouterino es básicamente una enfermedad “de mujeres no muy jóvenes”, y se mencionan los factores sociológicos de raza, clase social, religión, circuncisión, hábitos sexuales y estabilidad de la familia. Incluso propone que una mayor frecuencia de inestabilidad familiar y pobreza entre las pacientes con diagnóstico de cáncer cervical se relaciona con una mayor posibilidad de que se presente la enfermedad.

Los factores que se asociaban en 1963, cuando se publicó por primera ocasión el texto, señalaban que parecía apuntarse un origen venéreo y se hablaba de que el varón parecía introducir una sustancia llamada esmegma en el cuello del útero. Todavía no se conocía la presencia del VPH (Freeman, Howard *et al.*, 1998:127).

La nosología y la etiología del cáncer del cuello uterino pone de manifiesto el carácter dinámico e histórico de la ciencia que en la actualidad define al cáncer cervical como un problema de salud pública en el sentido que apuntan los trabajos de Wright y Treacher (1982:2), cuando hablan de la posibilidad de estudiar y comprender el conocimiento médico como una construcción social.

El proceso de enfermedad del cáncer cervicouterino en los manuales del IMSS

El IMSS presenta en sus manuales (1998) el siguiente cuadro, en el que aparece una especie de traducción entre las clasificaciones, sin dar antecedentes o justificaciones de las mismas. En los reportes de laboratorio, se hace alusión a una doble clasificación: la descriptiva y la que se clasifica como neoplasia intraepitelial cervical.

Los marcos de clasificación se presentan como correspondientes a etapas distintas de la explicación desde la patología y citología, dejando entrever con ello un proceso evolutivo más que histórico de la clasificación que no permite una reflexión de las implicaciones de las tres expuestas. El texto señala que estas clasificaciones no describen necesariamente un recorrido lineal ya que la enfermedad, en algunas de sus etapas, puede retroceder por sí sola. Por ejemplo, no todas las displasias evolucionan a cáncer; aproximadamente el 35% desaparece espontáneamente, el 20% se mantiene en forma estacionaria y el 45% progresa a cáncer (IMSS, 1998b:9).

Tabla 6. Tipos de diagnósticos

Descriptiva	NIC*	Sistema Bethesda	Papanicolaou
Normal	Normal	Normal	Clase I
Negativo con inflamación	Atipia	CEASND1	Clase II
Displasia leve	NICI	LEI***de bajo grado o IVPH	Clase III
Displasia moderada	NICII	LEI de alto grado	Clase III
Displasia severa	NICIII	LEI de alto grado	Clase III
Carcinoma in situ (CIS)	NICIII	LEI de alto grado	Clase IV
Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Clase V
E invasor	E invasor	E invasor	

*NIC: Neoplasia intraepitelial cervical.
 **CEASND: Células escamosas atípicas de significado no determinado, del inglés atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS).
 ***LEI: Lesión escamosa intraepitelial, del inglés squamous intraepithelial lesion (SIL).
 Fuente: IMSS (1998), “Guía para laboratorios de citología cervical”, anexo en *Manual de Procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*, D.F, IMSS, pp. 7.

Un diagnóstico de inflamación, displasias o carcinoma in situ, es considerado como 100% tratable y curable; si es de cáncer invasor y se encuentra en estadio inicial, se requiere tratamiento y se tienen altas posibilidades de curación. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (1998:42), de encontrarse en estadio avanzado “posiblemente requiera de técnicas de radioterapia o quimioterapia” (IMSS, 1998c:23), previamente se recomienda la valoración acerca de un posible traslado hacia el sistema linfático. Si no hay, se recomienda la histerectomía y de estar

presente, se pasa a la paciente a los servicios de oncología para su valoración y terapia (NOM-014 SSA2-1994, 1998:42).

La clasificación delimita para el personal de salud, los posibles tratamientos en aquellas mujeres a quienes se les detecte alguna de las condiciones consideradas como atípicas o como lesiones de alto. Para las mujeres el diagnóstico que se recibe es un enigma que si no se explica con detenimiento genera una gran ansiedad, sean lesiones leves o neoplasias de bajo grado, la terminología no permite traducir hacia el saber lego, las implicaciones ni el tipo de enfermedad del que se trate.

Factores de riesgo

El factor biológico relacionado con el cáncer cervical es el Virus del Papiloma Humano (VPH), su descubrimiento en 1976 ha ido desencadenando relaciones con la enfermedad del cáncer cervical rápidamente.

El virus es de transmisión sexual, por lo que los hombres desempeñan un papel importante en el proceso de la enfermedad de sus parejas, por lo general ellos no presentan síntomas o los mismos no representan un peligro para su vida. Los estudios epidemiológicos reportan una asociación positiva de la enfermedad con el nivel educativo de las parejas masculinas en el sentido de que a mayor educación de las parejas, hay una mejor práctica de detección de la mujer (Muñoz y Bosch, 2000:145).

Sin embargo, es necesario aclarar que el VPH no es la única causa de la enfermedad, se requiere de la existencia de otros factores para que las infecciones persistentes por este virus progresen y de lugar al cáncer. No basta la presencia del virus en el cuerpo de la mujer, de hecho, si sus condiciones inmunológicas son las adecuadas puede permanecer latente y sin manifestaciones y no llegar a procesos cancerosos.

Es necesario aclarar que hay más de cien tipos de virus del papiloma humano que se han descrito y clasificado con base en las diferencias de sus núcleos celulares y secuencias de aminoácidos (Steven y Anderson, 2002:113), y que su clasificación continúa en proceso ya que se han identificado variedades de un mismo tipo que tienen comportamientos distintos en términos de mayor o menor agresividad. Por ejemplo, hay alrededor de cinco variantes del VPH 16: europeo, asiático, asiático-

americano y africano; de los 100 tipos, aproximadamente 35 se han encontrado en el epitelio anogenital (cérvix, vagina, vulva, recto y pene).

Los restantes se han asociado con lesiones benignas por ejemplo en la dermis de las manos y en las plantas de los pies, y con algunas lesiones malignas como la displasia epidermoide verruciformis que se presenta en muy raras ocasiones⁷. Los VPH son relativamente ubicuos y se les ha descrito como agentes causales de lesiones epiteliales en una amplia variedad de especies animales, fueron reportados por primera vez en el caso de un estudio con conejos y con enfermedades de la piel (*Ibid.*:114).

Las variedades de VPH que se encuentran en los genitales son los que se asocian principalmente con la aparición de lesiones que van desde inflamaciones, formación de racimos o verrugas hasta convertirse en el factor principal cuando se encuentra en las condiciones propicias para llevar al desarrollo de la enfermedad cancerosa, principalmente en la zona de transformación en la que encontramos diferentes tipos de células, entre las que conforman la vagina y el interior del útero.

Sin embargo, no todos los tipos de VPH se han asociado como de alto riesgo, clasificación que se hace dependiendo de la asociación entre el tipo de virus y de lesión que se detecta. Los virus de bajo riesgo (6, 11, 42, 43 y 44) están asociados con lesiones de bajo grado como son los condilomas y no con cáncer, mientras que los

⁷ A continuación añadimos un listado de tipos de VPH asociados a algunas lesiones en diferentes partes del cuerpo. Las cuales no necesariamente se relacionan con procesos de cáncer y solamente algunas de las que se señalan en el tracto genital están asociadas a un riesgo alto o bajo de cáncer cervical.

Verrugas comunes	1-4
Verrugas en la planta del pie	1, 4
Verrugas lisas	3, 10
Verrugas “butcher”	3, 7
Epidermodysplasia verruciformis	3, 5, 8-10, 12, 14, 15, 17, 19-25, 28, 29
Respiratoria	6, 11, 30, otros
Genital	6, 11, 16, 18, 30, 31, 33-35, 39, 40, 42-45, 51-59, 66, 68, 70

La lista siguiente es la clasificación del VPH acuerdo al nivel de riesgo con el que se les asocia.

Bajo 6, 11, 42-44

Alto 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 70

La fuente de estas dos clasificaciones del VPH en donde se puede ampliar la información en este sentido es de Steven M. Anderson (2002), “Human Papillomavirus and Cervical Cancer”, *Clinical Microbiology Newsletter*, vol. 24, no. 15, p. 114.

virus de alto riesgo incluyen al VPH 16, 18 y 31 y se asocian con lesiones de alto grado o con cáncer in situ. En general, las lesiones de alto riesgo se asocian con VPH, mientras que los hallazgos de lesiones de menos grado no necesariamente presentan VPH (Anderson, 2002:114).

En los documentos del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical, el IMSS reconoce los factores de riesgo que aparecen en el listado que anexamos, en el que no se expresa la dimensión que puede tener cada uno de ellos, sino que se agrupa sin distinción alguna los factores que son considerados de riesgo, pero tiene la virtud de definir algunos de los elementos que en otros manuales del programa no aclaran en concreto a qué se refieren, como la edad temprana del inicio de relaciones sexuales.

La justificación para presentar estos datos juntos es de acuerdo a las estimaciones epidemiológicas de asociación. En este sentido, las mujeres que tienen mayor riesgo de morir por cáncer cervical de acuerdo a los datos de causas de mortalidad nacionales y estatales son las de 25 años y más, por ello el dato encabeza el listado, lo que expresa a su vez la priorización y selectividad que hace el programa para identificar mujeres que tienen mayores probabilidades de presentar la enfermedad en un grado que pueda causarles la muerte.

La selección se relaciona con una visión de la atención primaria a la salud selectiva, que implica la ubicación de la población en donde el costo y el beneficio es mayor bajo la justificación de estar en un contexto de recursos económicos limitados en donde es necesario recalcar la eficiencia en los resultados a bajo costo.

El segundo elemento que se menciona es el agente biológico que se ha asociado con la mortalidad por cáncer cervical y se pasa inmediatamente a un tercer y cuarto factor que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad clasificada como una práctica de riesgo cuando se inicia antes de los 18 años de edad, argumentando que la maduración fisiológica del cerviz propicia daños a su epitelio. Sería oportuno en otros trabajos, dilucidar si los criterios de la edad que responden a los problemas de madurez biológica o a la definición de la vida adulta en nuestra sociedad.

El listado señala en quinto lugar el factor que los estudios del INSP señalaron como el de mayor peso, el de la multiparidad, asociado a la maternidad, una práctica

menos estigmatizada cuando se trata de menos de cuatro partos. Este dato deja fuera la historia de las prácticas reproductivas y el control de la planificación familiar que en nuestro país tuvo un cambio drástico al mismo tiempo que iniciaba el Programa de DOCC

- ✚ Edad (mujer de 25 años y más).
- ✚ Infección cervical por virus del papiloma humano.
- ✚ Edad temprana del inicio de relaciones sexuales (antes de los 18 años), cuando los órganos genitales de la mujer no han madurado fisiológicamente.
- ✚ Multiplicidad de compañeros sexuales, tanto del hombre como de la mujer, ya que un mayor número de parejas sexuales incrementa el riesgo de transmisión del VPH, así como de otras infecciones de transmisión sexual. En nuestra sociedad, este factor de riesgo es muy frecuente y está condicionado principalmente por la conducta sexual del hombre, ya que es una práctica social y cultural más común que sean ellos quienes tengan múltiples parejas y porque el uso del condón aún no es bien aceptado.
- ✚ Multiparidad (más de cuatro) debido a los traumas cérvico vaginales y las lesiones que se originan en el cuello del útero o en la vagina durante el parto, tales como desgarres, erosiones, laceraciones, ulceraciones o inflamaciones.
- ✚ Hábito de fumar cigarrillos.
- ✚ Algunas enfermedades de transmisión sexual (herpes tipo 2, chlamydia). Las infecciones que afectan los genitales femeninos son ocasionadas por bacterias, hongos, parásitos y/o virus. Aunque se cuenta con medicamentos para cada tipo de ellas, son uno de los problemas de salud más frecuentes y complejos en la población femenina. En la mayoría de los casos pasan desapercibidas.
- ✚ Alimentación deficiente de folatos y vitaminas A, C y E.
- ✚ Uso prolongado de anticonceptivos orales.
- ✚ Inmunodeficiencia congénita o adquirida.
- ✚ Nunca haberse practicado un estudio citológico.

Fuente: IMSS (1998), “Guía para laboratorios de citología cervical” y “Guía de comunicación educativa”, anexos en *Manual de Procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*, pp. 7.

A este listado le hace falta hacer explícitas las asociaciones con factores sociales y económicos que se han encontrado en los mismos estudios epidemiológicos, como es el caso del bajo nivel de ingreso económico y de escolaridad, porque el cáncer cervicouterino se asocia claramente con las desigualdades de este tipo, como describe Nubia Muñoz (2000:144) cuando señala que el 80% de la mortalidad en el mundo por esta causa corresponde a mujeres que viven en los países menos desarrollados.

La fragmentación de la información no permite a quienes se acercan al mismo conocer las relaciones explicativas de cada una y de sus relaciones con la enfermedad. La presentación de listados como este puede ser eficaz en transmitir algunas indicaciones al personal de salud, pero no difunden de manera clara elementos que permitan comprender el problema s/e/a ni sus vínculos de estos factores con cada uno de ellos.

Las prácticas sociales de tener hijos, de iniciar relaciones íntimas y ejercer la sexualidad con una o varias parejas, no son solamente conductas de riesgo, son prácticas sociales y derechos de los individuos, no solamente conductas de riesgo a eliminar. La manera de abordar el problema, como una serie de factores de riesgo, lleva a proponer controles que no parten de las prácticas ni de las representaciones de los individuos. La óptica de control deja de lado la del derecho sexual y reproductivo en este caso.

Sin negar la posible eficacia biológica de contar con un listado que identifique los principales factores de riesgo, cuando se presentan como un listado en el que las relaciones no se explicitan, no permiten a las mujeres conocer y entender los procesos por los que pueden estar pasando o los riesgos a los que se exponen.

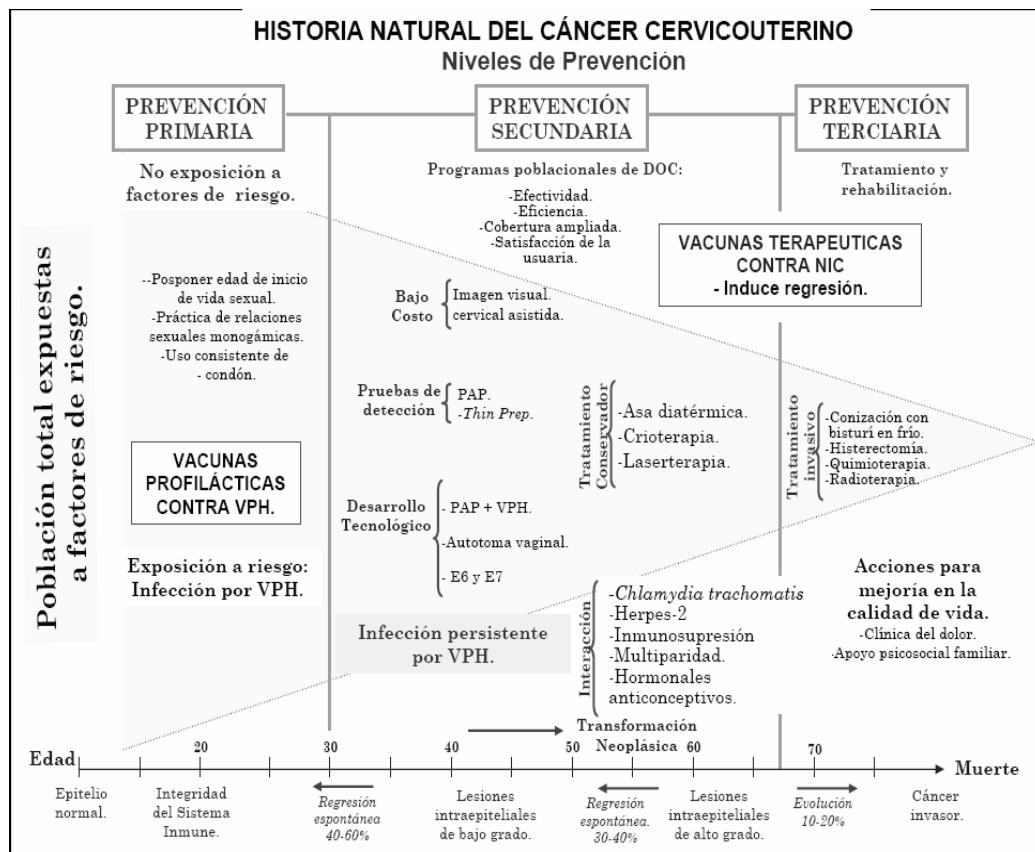
Más aún, algunos de estos factores de riesgo se refieren a ámbitos culturales y sociales mucho más complejos que no residen únicamente en prácticas individuales, el acceso a niveles de ingreso y educación delimitan el tipo de acceso a servicios para la toma, lectura e interpretación de la muestra y la atención médica que se deriva de ello. Más bien, habría que ubicar estas prácticas en sus contextos sociales y culturales.

Las mujeres con menores niveles de ingreso, que viven en áreas rurales y que tienen menor nivel de escolaridad y falta de acceso a los servicios de salud de calidad, son quienes tienen mayores posibilidades de morir de cáncer cervical. Estos factores y las deficiencias nutricionales son los que menos se mencionan como parte de los que hay que considerar para identificar el riesgo de enfermar o morir de esta enfermedad.

Aun cuando en este listado sí aparecen los hormonales, en los factores de riesgo que se presentan en la normatividad vigente, no se incluye la utilización de

anticonceptivos orales por tiempo prolongado como factor de riesgo de cáncer cervical. Este factor no es mencionado en la Norma Oficial (NOM-014-SSA2-1994, 1998:34), aunque sí aparece en páginas que respaldan los Médicos Familiares estadounidenses (AAFP, 2004).

En el estudio de la OPS, se señala que en evaluaciones de agentes ambientales tales como humo de trabajo, anticonceptivos hormonales, régimen alimentario y microorganismos infecciosos como cofactores del VPH se ha demostrado que los pacientes con cáncer cervicouterino positivo al VPH tienen el doble de probabilidades de haber sido fumadoras y que el riesgo es mayor en mujeres que utilizan anticonceptivos orales durante más de 10 años (OPS, 2004:11).



Fuente: Lazcano-Ponce, Eduardo, Patricia Alonso, José Antonio Ruiz-Moreno y Mauricio Hernández-Ávila. "Recommendations for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries. The Need for Equity and Technological Development." *Salud Pública De México* 45, no. suplemento 3 (2003): 449-62.

Los factores de riesgo y la historia natural de la enfermedad desde la epidemiología y la salud pública, en sus representaciones sobre la historia natural de la enfermedad, dejan de lado muchos de los factores que ha identificado cuando representa los principales componentes del proceso s/e/a.

La imagen que presenta el INSP identifica, como prácticas de prevención primaria las relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, pero no enfatizan los cambios necesarios en la dieta o las prácticas de fumar, ni menciona el número de partos vaginales o hace referencia al polémico dato sobre la utilización de hormonales por más de diez años.

La información se presenta de manera selectiva y no hace referencia a lo que se considera factor de riesgo en la presentación de las medidas preventivas. Hay un cambio muy importante del esquema que presentamos antes en el que se definía a la enfermedad como un proceso que iba de un estado normal de ángeles a demonios, a este esquema en el que aparece la vacuna que se implementará contra el VPH y en la que las regresiones se manifiestan en una línea de edad en el que es posible ubicar los porcentajes esperados de lesiones que llegan a ser cancerosas. En esta clasificación, se utilizan los términos del Sistema Bethesda. Hay lesiones intraepiteliales y cáncer invasor.

Factores de riesgo en población mexicana

El estudio de casos y controles realizado en nuestro país desde el Instituto Nacional de Salud Pública en 1995, por Eduardo Lazcano, encontró que los principales factores de riesgo de cáncer cervicouterino fueron la multiparidad vaginal (más de dos hijos), la historia de dos o más parejas sexuales, la edad temprana del inicio de la vida sexual y el nivel socioeconómico como los factores que muestran mayor predominancia en la enfermedad, en el estudio se señala que existe un efecto protector significativo en los niveles socioeconómicos medio y alto. Finalmente se señala que la presencia del virus del Papiloma Humano (VPH), sobre todo los subtipos 16 y 18 llega a incrementar hasta siete veces más el riesgo de la enfermedad (Lazcano *et al.*, 1995:380).

En el mismo sentido, el estudio de Dulce María Hernández, *et al.* (2001:332) encontró que los principales factores de riesgo de la población derechohabiente del

IMSS de la Ciudad de México, en unidades de tercer y primer nivel de atención, fueron el antecedente de cinco o más partos, la positividad a enfermedades de transmisión sexual, el mayor número de parejas sexuales, el antecedente positivo a cáncer cervicouterino y la edad para el primer control de Papanicolaou después de los 40 años. Según el estudio, los factores relacionados con la conducta sexual y reproductiva son determinantes para la presencia de cáncer cervicouterino y recomiendan iniciar la detección temprana a los 30 años en mujeres con actividad sexual para garantizar la efectividad de esta medida preventiva.

El estudio de casos y controles de Castañeda *et al.* (1998), estableció los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas, en usuarias del Programa de DOC, con pacientes que tuvieron diagnóstico corroborado de displasia severa, cáncer in situ e invasor entre 1993 y 1995. Coincidiendo con los estudios anteriores, el riesgo principal de contraer la enfermedad se ubicó en mujeres con más gestaciones, principalmente con quienes tuvieron más de 12 partos, y el inicio de relaciones sexuales en edad temprana, de manera que quienes iniciaron relaciones después de los 19 años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15.

El uso de anticonceptivos hormonales también aumentó el riesgo de cáncer cervical. Sin embargo, se precisan limitaciones del estudio respecto a la variable tipo de anticonceptivo porque no fue posible investigar la duración en tiempo de uso ni el tipo y categoría de uso y hace referencia a la polémica médica en los resultados de investigaciones sobre esta temática (*Ibíd.*:335-336).

Los tres estudios coinciden en señalar entre los factores de riesgo, a las mujeres multíparas en primer lugar. Esta condición presenta modificaciones considerables en el perfil demográfico de las mujeres mexicanas durante los últimos veinte años hacia la disminución, aunada a un incremento en el número de cesáreas que se llevan a cabo en los servicios públicos y privados contribuya de alguna manera en el descenso de la mortalidad por esta causa.

Los estudios realizados sobre la eficacia de la citología en países desarrollados coinciden en señalar que los programas de detección que utilizan la prueba del Papanicolaou son eficientes y costo-efectivos (Gómez-Jáuregui, 2001:280). Los

esfuerzos por lograr una vacuna que evite los efectos del Virus del Papiloma Humano, dan esperanzas en el sentido de disminuir la importancia del padecimiento como causa de mortalidad en las mujeres, sin embargo esta alternativa aún no está disponible ni implica eliminar la prueba del Papanicolaou como prueba de detección oportuna (Koutsky *et al.*, 2002:1649). En la página principal del boletín *Progress in Reproductive Health Research* de la Organización Mundial de la Salud (2004), se señala que la prevención del cáncer cervical depende hasta el momento, de la prueba del Papanicolaou.

Hasta aquí hemos analizado el proceso de construcción de la enfermedad desde las subespecialidades que definen los cambios celulares y cuya responsabilidad consiste en delimitar aquellas características morfológicas por las cuales las mujeres han de recibir distintos tipos de atención en caso de que se les detecte algún tipo de cambios considerados atípicos en los tejidos de la zona de transformación de un epitelio a otro en el cerviz. La historia de la definición de los tipos de cambios celulares es la historia del método de detección con el que contamos en la actualidad en los servicios de salud, y es también una historia polémica que corresponde a las características del sistema norteamericano y a las experiencias de demandas específicas de finales de los años ochenta. Hemos hablado de los factores de riesgo y del riesgo de presentar listados selectivos que no expresan relaciones claras ni dejan ver lo que se conoce del proceso biológico y de sus vínculos con los factores sociales y culturales.

Mientras en 1998 se presentó el listado de factores múltiples, para el 2003, los salubristas del INSP han dejado de lado los cofactores para al valorar como de mayor peso al factor biológico y las prácticas preventivas se reducen al factor biológico o a las que se consideran de transmisión del mismo y pierden importancia aquellas que no se relacionan con su transmisión directa.

Cáncer cervical en América Latina y México: abordaje epidemiológico

Los cambios en la mortalidad y fecundidad que se han presentado en el país a partir de 1950, han provocado cambios en la estructura de la población, El proceso por el que se va pasando de una estructura poblacional muy joven a otra de mayor

edad se refleja en el hecho de que el promedio de edad aumentó 1.8 años de 1995 (25.1 años) a 2000 (26.9 años).

Las cinco principales causas de mortalidad durante el año 2000, a nivel nacional, fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado.

En Sonora las causas de mortalidad fueron las mismas, sólo varía en la número cinco, con enfermedades cerebro vasculares, seguidas por las enfermedades del hígado en sexto lugar. Pero hemos de recordar que la mortalidad general es un indicador que nos presenta un panorama, como su nombre lo indica, muy general debido a que no hace diferencias entre otros indicadores tales como edad y sexo.

Estos indicadores muestran diferencias en la mortalidad que no se deben solamente a los aspectos biológicos sino que se relacionan con los factores sociales y culturales vinculados a los procesos que viven las personas por su género y a los cambios en las relaciones sociales que conlleva la edad.

Si consideramos la edad y el sexo al analizar las principales causas de mortalidad, veremos diferencias importantes. En el ámbito nacional, la información sobre la mortalidad de 2000 en personas de 15 a 24 años ya presenta diferencias en cuanto a las causas de la mortalidad por sexo.

Las cinco primeras causas de mortalidad en hombres son los accidentes, principalmente de tráfico, en segundo lugar las agresiones, en tercero las lesiones auto infligidas intencionalmente, en cuarto los tumores malignos (leucemias principalmente) y en quinto el SIDA. En las mujeres también encontramos en primer lugar los accidentes, en especial los de tráfico, en segundo los tumores malignos (leucemias), en tercero las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en cuarto las agresiones y en quinto las lesiones auto infligidas.

En los hombres las tres primeras causas se relacionan con accidentes o agresiones, en las mujeres las agresiones ocupan un cuarto lugar. La salud sexual y reproductiva empieza a jugar un papel muy importante en este rango de edad para las mujeres, en los hombres el peso está en la sexualidad con el VIH.

Entre los 25 y 34 años de edad las diferencias se agudizan, de manera que en las mujeres, la principal causa de mortalidad es el cáncer y entre los diferentes tipos

de cáncer, las neoplasias que ocupan el primer lugar son el cáncer cervicouterino y el de mama, en segundo lugar se encuentran los accidentes, en tercero las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en cuarto las enfermedades del corazón y en quinto las agresiones. Mientras que en los hombres en primer lugar continúan los accidentes, en segundo las agresiones, en tercero suben las enfermedades por VIH, en cuarto las enfermedades del hígado (vinculadas al alcoholismo principalmente) y en quinto lugar los tumores malignos.

Tabla 7 Principales causas de mortalidad nacional por sexo y edad 25-34 años 2000

Mujeres		Hombres	
No.	Causas	No.	Causas
1	Tumores malignos Del cuello del útero De la mama	1	Accidentes De tráfico de vehículos de motor
2	Accidentes De tráfico de vehículos de motor	2	Agresiones
3	Embarazo, parto y puerperio	3	Enfermedad por VIH
4	Enfermedades del corazón	4	Enfermedades del hígado/Enfermedad alcohólica
5	Agresiones	5	Tumores malignos

Fuente: Construido con información tomada de INEGI, Estadísticas demográficas, cuaderno no. 13, edición 2001, México, pp.130-150.

En nuestro país, a partir de los 25 años y hasta los 64 años de edad, la primera causa de mortalidad en mujeres es el cáncer y entre los diferentes tipos de cáncer, el que ocupa el primer lugar en la lista de causas es el cervicouterino. De los 65 años en adelante ocupa el tercer lugar en mortalidad, precedida por enfermedades del corazón y la diabetes mellitus. En Sonora, el cáncer cervicouterino tuvo un comportamiento similar hasta 1998, a partir de entonces cede el primer lugar, dentro de las neoplasias, al cáncer de mama (tiene tres años presentando el mismo comportamiento).

Si analizamos la morbilidad y mortalidad del cáncer cervical encontramos que de acuerdo a la OPS el cáncer cervical es una enfermedad totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres que no presentan síntomas. Sin embargo, los programas de prevención de

América Latina y el Caribe, a excepción de Cuba, de acuerdo a la misma fuente, han tenido poco o ningún éxito y es que presentan las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia (OPS, 2004:1-2).

La misma fuente analiza que en América Latina son pocos los países que mostraron reducciones significativas en la mortalidad entre 1996 y el año 2001, entre ellos Ecuador, el cual pasó de una tasa de 12.8 a una de 8.1. De acuerdo con estos datos, México disminuyó su mortalidad pasando de 13.2 a una de 11.4 por 100,000 mujeres, sin embargo, en el texto se precisa que si bien las tasas de Nicaragua, El Salvador y Perú presentan tasas de mortalidad muy altas frente a las cuales las demás parecieran menores, es necesario precisar que todas son muy altas si se comparan con las de Canadá, donde en el año 2000 la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades fue de 1.17 defunciones por cada 100, 000 mujeres.

Tabla 8. Tasas de mortalidad estandarizadas por edades por cada 100,000 habitantes en algunos países latinoamericanos, 1996-2001

País	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Argentina	4.8	5.1	4.8	4.8	4.4	4.6
Brasil	6.7	7.0	7.3	7.6	6.9	
Chile	10.0	10.7	10.4	10.1	9.2	8.6
Colombia	13.3	12.8	13.3	13.3		s.d.
Costa Rica	10.1	10.2	10.0	8.7	8.0	8.8
República Dominicana	s.d.	9.0	8.2	7.3		s.d.
Ecuador	12.8	9.3	9.9	8.3	8.1	s.d.
El Salvador	13.3	11.2	20.1	18.8		s.d.
México	13.2	12.9	12.7	12.6	11.9	11.4
Nicaragua	28.6	26.3	24.15	23.7	21.2	s.d.
Panamá	14.0	13.3	14.2	15.7	11.7	s.d.
Perú	16.1	15.1	14.8	15.9	15.9	s.d.
Venezuela	11.4	10.6	10.2	11.6	9.3	s-d-

s.d. sin dato.
 Fuente: OPS, Unidad de análisis de salud y sistemas de información sanitaria (AIS), Sistema de información técnica de la OPS, (2004), en Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe, p. 2.

La incidencia de la enfermedad en Canadá, Estados Unidos y otros países donde hay condiciones de vida mejores que en Latinoamérica ha descendido durante los últimos 40 años hasta 7.8 casos por cada 100,000 mujeres.

Sin embargo, de acuerdo con la misma fuente, en América Latina y el Caribe, las tasas anuales se mantienen altas, generalmente arriba de 20 casos por cada 100,000, y en el caso de México, para el año 2000, se registró una tasa de incidencia de 40.5 por cada 100,000 mujeres, que se acerca a la registrada para África Oriental de 44.32. Esto significó un total de 6,650 muertes durante el mismo año en nuestro país, que equivale al 16.5% de las muertes por cáncer en general.

Uno de los datos que nos presenta este estudio es el análisis de la tasa de supervivencia al cáncer, las cuales son significativamente más bajas en los países en desarrollo y en Cuba, lo que puede indicar que la menor supervivencia en los países en desarrollo pueda deberse a que la enfermedad se diagnosticó cuando ya estaba en etapas avanzadas. En este sentido, cuando se analiza el caso de México se señala que existen fuertes variaciones dentro del país en las tendencias de la incidencia y mortalidad, que parecen relacionadas con los niveles de pobreza, “aunque no está claro si la pobreza es un obstáculo importante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias de esas áreas” (OPS, 2004:9).

Para un futuro próximo, la OPS proyecta que la incidencia de mortalidad por cáncer cervicouterino aumentará conforme una mayor esperanza de vida, aunque señala que conforme disminuye la mortalidad general, de acuerdo a los procesos de los países desarrollados, se espera un aumento en el cáncer de mama. Un dato importante en este sentido es que a pesar de que las tasas de incidencia y mortalidad aumentan con la edad, la mayor carga del cáncer cervicouterino recae en las mujeres de mediana edad, entre los 35 y los 54 años.

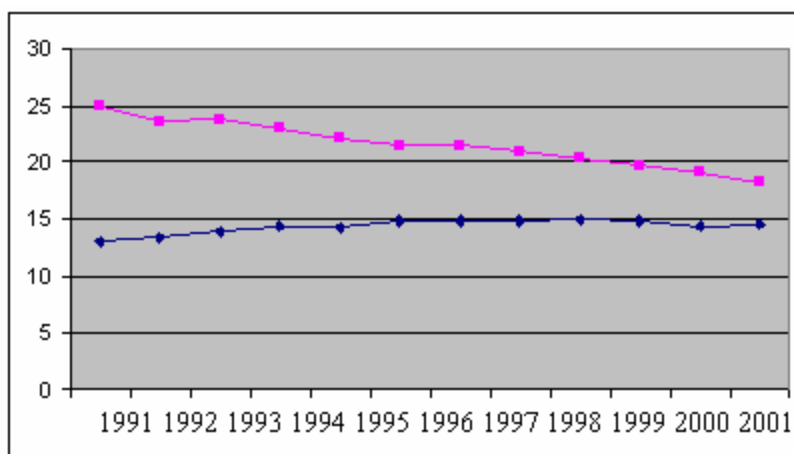
En 2001, de cada cien defunciones por cáncer en las mujeres mexicanas, 15 se debieron al del cuello del útero y 12 al de mama (INEGI, 2004:133), lo que ubicaba al cáncer cervical como el tumor maligno más común. En el Programa Nacional de Salud, el Programa de Acción para el Cáncer cervicouterino señala en 2001 que es la

primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más en México.

Esto significa que en nuestro país se registran alrededor de 12 muertes diarias por esta causa, lo que el documento describe como “verdadera inequidad de género e injusticia social, con mayor incidencia en las entidades federativas del sureste del país” (SSA, 2002:9). En los últimos años, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ha disminuido lentamente, de 25 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más en 1990, a 19.3 en el año 2000 (SSA, 2001:18) y como en casi todas las neoplasias malignas, la incidencia se incrementa con la edad. De acuerdo con esta misma fuente, los grupos más afectados son las mujeres de 45 años en adelante. Para darnos una idea de lo que significa, es una tasa similar a la que tenían los Estados Unidos en 1950, o Costa Rica en 1994.

La gráfica No. 1 expresa el comportamiento de la mortalidad por cáncer cervicouterino y mamario, muestra una tendencia al acercamiento de ambas líneas en el ámbito nacional..

Gráfica 1 Mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama a nivel nacional de mujeres de 25 años y más.



Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva con datos del INEGI y CONAPO, 2003.

Es necesario considerar que la población femenina de 25 años y más en México se encuentra en un momento demográfico de expansión. De acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2000, el

volumen de este grupo poblacional ascendió a cerca de 23.9 millones y en 2020 serán 38.8 millones, lo cual representará casi el tercio de la población total de mujeres ese año, por lo que el grupo de mayor riesgo al que se orientan las acciones del Programa, de 25 a 65 años de edad, representará un aumento sustantivo para los servicios médicos.

La tasa de mortalidad presenta diferentes comportamientos en los estados de la República, de manera que en 2001 llega hasta 30 por 100,000 mujeres en Yucatán y Nayarit. Lo anterior significa que se registraron 12 muertes diarias por esta causa en el año 2000. Las instituciones de salud establecieron como parte de las estrategias sustantivas del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer cervicouterino, el propósito de disminuir la mortalidad por este tipo de neoplasia entre la población femenina de 25 años y más (SSA, 2002; Salud: México, 2001:37).

En el año 2000, el 61% de las defunciones por esta enfermedad ocurrieron en 10 entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero, pero si eliminamos el efecto de la cantidad de población que habita en estas zonas, tenemos que los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100,000 mujeres de 25 años en adelante en el mismo año fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años y más (SSA, 2001:19).

De acuerdo a la misma fuente, el 30.6% del total de las mujeres que murieron por esta causa en 2000, eran mujeres analfabetas y 21.9% cursaron menos de tres años de primaria y 13.8% de tres a cinco años de primaria, con lo que tenemos a un 66% de las personas afectadas que comparten una educación formal inferior a la primaria. Consideramos que el dato es importante no sólo por la educación formal misma que puede influir en la forma de utilización de los servicios de atención médica, sino porque es un indicador de la accesibilidad a otros servicios o la carencia de los mismos. Es por ello que el Programa señala que la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de las mujeres en condiciones vulnerables (ídem: 18).

Dinámica poblacional en Sonora

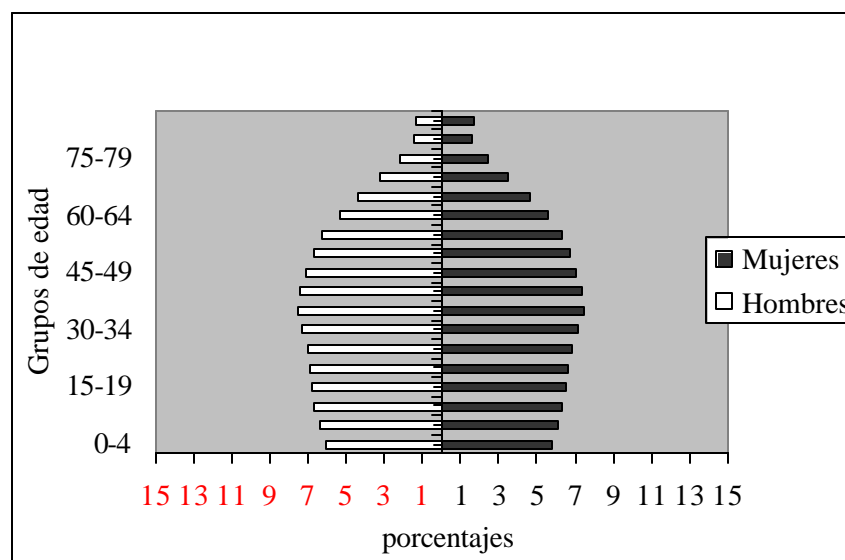
Como parte del contexto en el que se ubica la población estudiada, en este capítulo describiremos algunas cuestiones básicas de la población de las mujeres de Sonora y Hermosillo, relacionadas principalmente con las condiciones de vida y su acceso a los servicios médicos.

Según los datos del censo del año 2000, la población de la República Mexicana “continúa siendo predominantemente joven; sin embargo, tanto el descenso de la fecundidad experimentada desde inicios de los 70s como la disminución de la mortalidad, han propiciado su envejecimiento paulatino. Ello explica que la edad mediana en el año 2000 sea de alrededor de 22 años, cuando en 1990 era de 19 y en 1970 de 17 años” (INEGI, 2000b:6).

En Sonora, en el año 2000, habitaban 2,216,969 personas, de las cuales, un 49.9% eran mujeres (INEGI, ISM, 2002:3). Las tendencias del crecimiento nacional y estatal nos muestran un escenario a futuro muy diferente del que habíamos conocido hasta ahora, es decir, un país que no será de tantos jóvenes y que ampliará el número de ancianos considerablemente, lo cual podemos observar gráficamente en la proyección que hizo el INEGI en 1999 (ver gráfica No. 2) sobre la población sonorense, suponiendo que las tendencias actuales continúen para el año 2030.

Los cambios en la estructura de la población son evidentes en la siguiente ilustración, en la que podemos observar una menor población en los grupos jóvenes y un crecimiento de los grupos de edades adultas y ancianas, principalmente en el grupo de mujeres. Su forma es más la de una botella porque la parte ancha que presentan se ubica entre los 30 y 60 años de edad, con un aumento considerable de mujeres de mayor edad. Justamente las edades en las que se encuentran de manera más frecuente los cambios celulares relacionados con el cáncer cervicouterino, es decir, en mujeres mayores de 25 años, pero especialmente en las mayores de 45. De ahí que pensemos que el programa de detección oportuna de cáncer seguirá siendo de gran importancia para evitar su mortalidad.

Gráfica 2 Proyección de la población de Sonora en el año 2030



Fuente: XII Censo de Población y Vivienda, Banco Regional de Consulta, 2003.

En el mismo sentido, la esperanza de vida de la población sonorense en el año 2000, es de 76 años. Si diferenciamos el dato por sexo, las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 79 años, mientras que los hombres de 74 años.

Concentración urbana

La diferencia entre las economías de las regiones que conforman el estado ha propiciado la concentración urbana de la población sonorense, sumado a la prolongada crisis del sector agropecuario, ha configurado un mapa de fuertes contrastes, en el que encontramos zonas con alto desarrollo y otras cuyo crecimiento ha sido nulo y que por lo tanto se encuentran en franco despoblamiento por los procesos emigratorios de hombres y mujeres hacia las zonas urbanas y a los Estados Unidos.

En esta dinámica, las zonas de alto crecimiento son los municipios maquiladores de la frontera con Estados Unidos (Agua Prieta, Nogales y San Luis Río Colorado), el municipio de Hermosillo, en donde se encuentra la capital del estado, y San Miguel de Horcasitas, que creció gracias a la población de jornaleros agrícolas migrantes que se quedaron a residir ahí de manera permanente. Este

crecimiento contrasta con los procesos de despoblación en 41 municipios de la entidad.

De este proceso de crecimiento diferenciado ha resultado una importante concentración de la población en seis municipios: 69.5% reside en Hermosillo, Cajeme, Nogales, San Luis Río Colorado, Navojoa y Guaymas. En ellos habita 70% de la población femenina del estado de Sonora (INEGI, ISM, 2002:6-7).

La concentración urbana trae a la par facilidades para el acceso a servicios de salud si consideramos el tiempo de traslado y la ubicación de las principales clínicas y hospitales, y por lo mismo, es en los hospitales urbanos donde se atiende a la mayor parte de la población incluyendo la relacionada con el cáncer cervicouterino. La población rural es la que presenta mayores problemas para la aceptación del programa de detección oportuna de cáncer. Por lo contrario, las mujeres que participaron en el estudio habitan en la ciudad de Hermosillo y tienen acceso a los servicios médicos del IMSS.

Los datos sobre migración en Sonora nos señalan que en el momento del censo de 2000, del total de habitantes del estado, el 16.8% había nacido en otra entidad o país, cifra que no muestra variación respecto a los datos de una década previa.

Según el INEGI, en otras entidades de la frontera norte como Baja California, prácticamente 44% de sus habitantes nacieron fuera del estado. En menores proporciones Tamaulipas y Nuevo León se encuentran por encima de la media nacional que es de 18.2%. El saldo neto migratorio, es decir, las diferencias entre entradas y salidas de residentes, fue de 6.7% de la población, lo que indica que la entidad tiene poca atracción de poblaciones migrantes para establecerse de manera permanente (INEGI, ISM, 2002:41). La dependencia en las zonas urbanas de la economía maquiladora en la actualidad, ante la crisis económica en los Estados Unidos, ha ocasionado nuevos problemas de desempleo en Sonora y una menor atracción de mano de obra de otros estados. Los flujos migratorios al interior del estado de Sonora se dirigen principalmente a las ciudades de Hermosillo, Nogales, San Luis Río Colorado, Cajeme y Agua Prieta. El primero de ellos es el primer polo

de atracción ya que acumula el 22.5% de toda la población migrante de acuerdo al lugar de residencia.

Economía y marginación

La devaluación de 1994 marcó el período de recesión que llevó a un aumento del 7 al 52% de la inflación acompañada de desempleo y caída de los salarios reales. Se estimó que en 1995 el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza, es decir sin ingreso o con ingresos de hasta dos salarios mínimos, fue de 60.4%. Los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Hidalgo y Puebla presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70% y 75%) y, coincidentemente, estos estados tienen una elevada proporción de población indígena (OPS, 1998a:403).

Durante el final de la década de los ochenta y durante la de los noventa, la crisis económica que se había dado con anterioridad en el país tuvo efectos directos en Sonora. Según el estudio de Grijalva (1995), mientras que los salarios nominales⁸ se incrementaron durante la década de los noventa en Sonora, si se establece como referencia el salario mínimo de 1980, los salarios reales⁹ muestran un fuerte incremento en el número de personas ocupadas que ganaban menos de 1.15 veces el salario mínimo. En 1980 eran 49,208 personas, mientras que para 1990 lo ganaron 77,226. Esta evolución negativa en los ingresos reales fue generalizada en los diferentes tipos de actividad económica. Anterior a la crisis de 1994, la información sobre Sonora mostró que durante la década de los ochenta las familias sonorenses sin ingreso suficiente para adquirir la canasta de alimentos, a las cuales se les considera en pobreza extrema,¹⁰ eran un 7.43% del total. La mayor parte de esta pobreza

⁸ Es decir, la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar los salarios. Véase al respecto a Seldon, Arthur y Pennance, F. G. (1980), *Diccionario de economía*, col. libros de Economía Oikos, Barcelona, p. 495.

⁹ Los salarios reales son los salarios monetarios ajustados al valor del dinero, para que muestren los cambios en la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar. Expresándolos en forma de índice, los salarios reales se calculan dividiendo un índice de salarios monetarios por un índice de precios obteniendo un índice de salarios a precios constantes. Se miden las variaciones entre períodos a los mismos precios, considerando los aumentos en los precios durante el tiempo considerado.

¹⁰ Camberos desarrolla la discusión sobre cómo definir la pobreza ya que éste es un fenómeno que puede ser estudiado desde diferentes ángulos. Él señala que para el Instituto Nacional de la Nutrición, la pobreza sería la situación en que se encuentran aquellos individuos cuya ingesta les proporcione una cantidad de nutrientes por debajo del mínimo. Otra forma es el método de necesidades básicas insatisfechas, el cual consiste en verificar si cumplen o no con algunas necesidades (vivienda, agua

extrema se ubicó en la Sierra Baja y en la Sierra para esas fechas. En los noventa, la pobreza extrema se incrementó a 11.66%, lo que significó un aumento del 57% en las familias sonorenses en pobreza extrema.¹¹ En el municipio de Hermosillo el número de personas en pobreza extrema aumentó en un 50%. En cuanto a la población pobre (los pobres extremos más los pobres moderados), los incrementos fueron sin precedentes: en 1980 comprendía el 13% de las familias sonorenses, pero para 1990 esta cifra aumentó al 50%. En Hermosillo esto significó un crecimiento del 8% de individuos en pobreza en 1980, al 42% en 1990 (Camberos, 1994).

La clasificación que hace el Consejo Nacional de Población sobre los índices de marginación en 1995, ubica a los estados en los rangos de muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo. El estado de Sonora se encuentra entre los estados de grado de marginación bajo, hemos tratado de ubicar la información en relación con las entidades de la frontera norte, o con información nacional. La mayor parte de los municipios con mayor marginalidad se encuentran ubicados en el sur del estado: Yécora, Bácum, Álamos, Quiriego, Huatabampo, Rosario; solamente San Miguel de Horcasitas, que se ubica hacia el centro del estado, presenta la misma situación.

Al interior del estado de Sonora, el municipio de Hermosillo es clasificado como de marginación muy baja, lo cual lo ubica en el estrato de municipios con una escolaridad promedio de 8.7 años, con un porcentaje de población de quince años y más, alfabetizada en un 96.7%, con 96.1% de viviendas con agua entubada y un 37.4% de población no derechohabiente (INEGI, ISM, 2001). En esta situación se encuentra el 64.09% de la población del estado.

En Sonora estamos hablando de una población principalmente urbana (71.7% de los habitantes), por arriba del porcentaje nacional que es de 60.7%. El estudio del

potable, drenaje, energía eléctrica, alfabetismo, nivel de educación de los adultos). La pobreza se define con este criterio como la condición en la que se encuentran los individuos o familias con una o más de estas necesidades insatisfechas. Una manera indirecta de identificar a los pobres es con base en el método de líneas de pobreza, definida como el costo monetario de la canasta integrada por alimentos con los mínimos nutricionales, más costos de preparación, más costos de vivienda, salud, educación mobiliario, cuidado personal, transporte, ropa, calzado, cultura y recreación. Con base en este criterio, son pobres los individuos que consuman o tengan un ingreso inferior a la línea de pobreza establecida. Cuando no hay lo suficiente para cubrir los costos de alimentación se habla de línea de pobreza extrema.

INEGI y del ISM (*op cit.*, 2002:95) señala que en los últimos diez años, en Sonora, ha aumentado la incorporación de la población de 12 años y más a las actividades económicas ante las necesidades de las familias por mejorar o conservar su nivel de ingresos. En 1990 se señala que aproximadamente 45% de las personas de 12 años y más tenían alguna actividad económica, mientras que para 2000, esta proporción se incrementó a casi 51% en el mismo rango de edad.

Al hacer el análisis por sexo se encuentra que la participación económica de la población femenina de 12 y más años, pasó de 21.4% en 1990 a 31.5% en 2000, es decir, creció 10 puntos porcentuales más. En el caso de los hombres, en 1990 fue de 67.9% y en 2000 (70.1%) se incrementó en dos puntos porcentuales. De manera que durante los últimos diez años se dio un fuerte incremento de las mujeres en su incorporación a actividades productivas. Aun cuando la diferencia de participación en el trabajo sigue siendo amplia si consideramos que en 2000 el 70.1% de los hombres en edad de trabajar participaban en alguna actividad económica, mientras que de las mujeres del mismo grupo de edad, trabajaban con retribución económica el 31% de ellas, es decir, por cada cien mujeres que trabajan o buscan trabajo, 220 hombres hacen lo mismo (INEGI, ISM, 2002:96).

La tasa de participación económica femenina alcanza su nivel máximo en las edades previas al matrimonio y luego disminuye progresivamente con la edad, sin embargo, en relación con décadas anteriores, cada vez son menos las mujeres que abandonan el mercado laboral después de unirse o al nacer sus hijos. Los datos de la Encuesta Nacional de Empleo de 2000 señalan que de las mujeres económicamente activas en Sonora, el 68.9% tenían por lo menos un hijo y 49.7% eran casadas o vivían en unión libre. En 1996, las proporciones eran de 62.6% y 44.7% respectivamente (INEGI, ISM, 2002:97).

Aun cuando existe un aumento en la participación en actividades económicas de la mujer sonoreense, su mayor participación sigue siendo en el terreno doméstico. Por otro lado, las mujeres que participan activamente, en general lo hacen en actividades por las que se pagan bajos salarios. En el censo de 2000 se reporta que 49.2% de las mujeres ocupadas reciben un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos, mientras que este mismo salario es recibido por 32.4% de los hombres. Al analizar

los diferentes niveles de ingresos, se observa que en todos los rangos se percibe una relación inversa entre nivel de ingreso y proporción de mujeres, es decir, a menor ingreso, mayor proporción de mujeres.

Educación formal

En general, los estados de la frontera norte tienen niveles de educación mayor al promedio nacional. En relación con la tasa de analfabetismo, para el año 2000, Nuevo León tenía la tasa más baja en población femenina de 15 años y más (3.8%), mientras que la tasa nacional fue de 11.3%. En Sonora, la tasa fue de 4.4% en el mismo año, tanto en mujeres como en hombres. Este valor fue diferente en 1990 ya que hace una década, la tasa era de 5.8% para las mujeres y de 5.4% para los hombres (INEG, ISM, 2003:76). Sin embargo, este porcentaje no refleja las diferencias entre municipios.

El nivel de escolaridad reportado por la Secretaría de Educación y Cultura de Sonora para el año 2000 fue de un promedio de 8.5 grados de estudio, uno más respecto al promedio nacional. Las mujeres sonorenses tienen en promedio 8.0 grados y los hombres de 8.5 años estudiados.

Es necesario considerar que si bien los datos del censo de 2000 señalan un aumento generalizado en el nivel de instrucción para Sonora, algunos municipios siguen registrando altos porcentajes de población femenina de 15 años y más sin instrucción, como por ejemplo el municipio de Quiriego con 20.1%, y Rosario y Álamos con 19.0 y 15.3%. Son 26 municipios los que registran porcentajes de mujeres sin instrucción, mayores al promedio estatal y 46 en el que este dato es menor o igual a 5.8%. A nivel nacional, son 11.6% las mujeres de 15 años y más que no cuentan con ningún grado de instrucción. Hermosillo (69.2%), Cananea (68.3%), Nogales (66.5%) y Cajeme (64.9%) son los municipios con mayor proporción de mujeres de 15 años y más que cuentan con instrucción posprimaria.

El censo 2000 reportó que 60.6% de la población femenina de 15 años y más contaba con algún tipo de estudio posterior a la primaria, 17.1% solamente con primaria completa y un 5.8% no tenía instrucción alguna. Las mujeres terminan la primaria en mayor proporción que los hombres (15.7%). En la educación media básica, los porcentajes de hombres (18.4%) y mujeres (21.5%) que la terminan siguen manteniendo una proporción mayor de mujeres, es después de este nivel donde la

población masculina supera las proporciones alcanzadas por las mujeres, de manera que hay un 13.9% de hombres en este nivel y un 10.9% de mujeres. El INEGI atribuye esta diferencia no sólo a la necesaria incorporación al trabajo productivo, ya que esto afecta a ambos sexos, sino particularmente por el trabajo reproductivo de la población femenina (*Ibid.*, 2002:79).

En Sonora, el 94.1% de la población femenina y el 93.5% de la masculina entre los 6 y los 14 años de edad asisten a algún centro escolar. El porcentaje de asistencia escolar más elevado lo alcanzan las niñas a los diez años, con 96.8%, mientras que los niños lo tienen a los 9 años de edad con un 96.5%. Este dato coincide con el abandono escolar más acelerado de niños respecto a las niñas, de manera que al llegar a los 14 años de edad, se logra que el 86.7% de las niñas estudien versus el 84.2 de los niños. Sonora tiene el mayor porcentaje de población femenina de seis años y más que asiste a la escuela, 30.1%, el cual es superior al promedio nacional de 29.5% (INEGI, ISM, 2002:69).

Tabla 8. Población de 6 años y más que asiste a la escuela por grupo de edad y sexo. Sonora, 2000

Edad	Mujeres	Hombres
6-12	95.3	95.1
13-15	84.4	82.8
16-19	47.5	46.3
20-24	18.7	21.0
25-29	5.0	6.9
30 o +	2.0	2.0
Fuente: INEGI, ISM, 2002:70 con información del INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos.		

Entre los estados de la frontera norte, Sonora presenta un porcentaje mayor de población femenina de seis años y más que asiste a algún centro educativo, 30.1%, superior al promedio nacional de 29.5% (INEGI, ISM, 2002). El estudio diagnóstico del Programa de Detección Oportuna de Cáncer realizado por el Instituto Nacional de

Salud Pública en 1995 (Lazcano *et al.*, 1996:133), encontró que las mujeres con escolaridad a nivel licenciatura presentaron una tendencia cuatro veces mayor a acudir al programa DOC respecto de quienes eran analfabetas. El nivel de escolaridad formal se vincula a otros factores que explican esta mejor aceptación del programa. Por lo general, las personas que tienen posibilidad de estudiar tienen una condición económica que les permite dedicarse parcial o totalmente a los estudios, así como contar con el acceso a servicios médicos y a información que otra población no tiene. De hecho, esta asociación no es tan clara si se compara el nivel de educación formal en grados anteriores, un ejemplo de ello es el estudio realizado con población derechohabiente del IMSS en Hermosillo (Romero Cancio, 1997) en el que la asociación encontrada entre la práctica del Papanicolaou y la escolaridad no es clara ni consistente al menos en términos de una escolaridad de primaria y secundaria.

Las mujeres que tienen mayores riesgos de morir por cáncer cervicouterino son aquellas que tienen menor ingreso, menor educación (ellas y sus parejas), y menor acceso a los servicios médicos. Es por ello que ubicamos *grosso modo* la situación socioeconómica del estado.

Fecundidad

Uno de los principales factores de riesgo para el cáncer cervical en la población mexicana de acuerdo con los estudios nacionales ha sido la multiparidad. En este aspecto, el INEGI y el ISM (2002:28) describen que en los estados de la frontera norte las mujeres presentan la tendencia a tener un menor número de hijos que las mujeres en el ámbito nacional. De acuerdo al promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva, en Sonora se pasó de 3.1 en 1980, a 2.7 en 1990 y finalmente a 2.6 en el año 2000, que es igual al promedio de hijos nacidos vivos por mujer en el ámbito nacional. Los estados de esta región tienen indicadores menores o iguales al nacional, Nuevo León es el estado fronterizo con menor promedio de hijos por mujer con 2.3. En el municipio de Hermosillo, el promedio es igual que el de Nuevo León. Algunos ejemplos de entidades con un promedio superior son Zacatecas, con 3.1, Guerrero y Michoacán con 3.0.

Tabla 9. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 años y más en los estados de la frontera norte, 2000

Entidad	Promedio
Sonora	2.6
Chihuahua	2.6
Coahuila de Zaragoza	2.5
Tamaulipas	2.4
Baja California	2.4
Nuevo León	2.3
Nacional	2.6
Fuente: INEGI, ISM (2000), <i>Las Mujeres en Sonora</i> , INEGI, México, p. 27.	

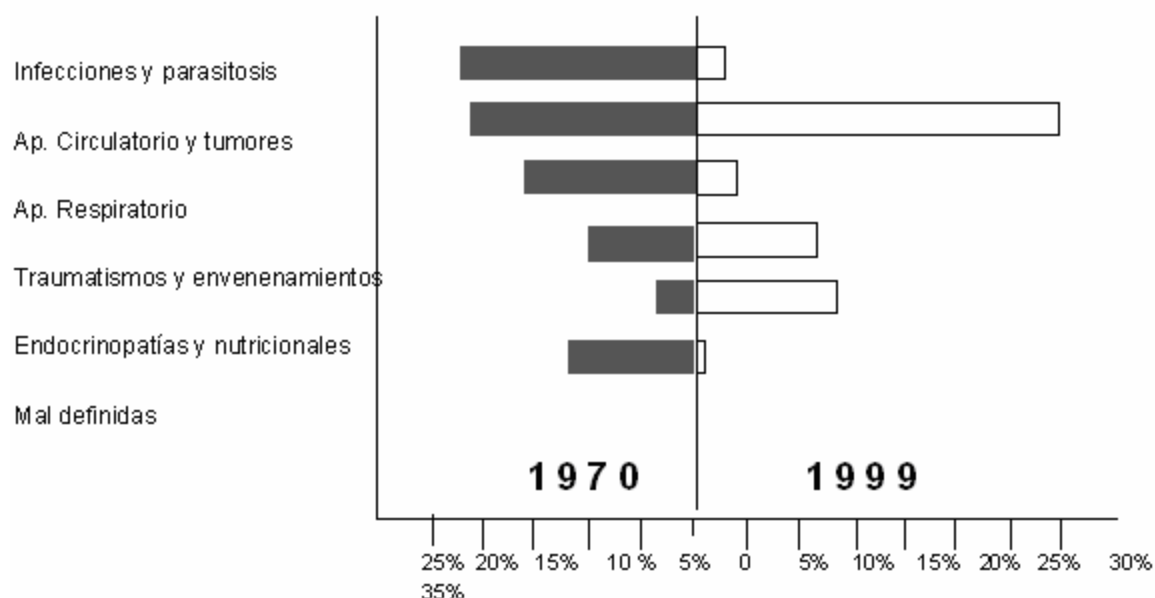
Sin embargo, habría que considerar las diferencias entre los grupos de edad de las mujeres de Sonora en dos sentidos. En primer lugar, a partir de los 25 años, se presenta una disminución significativa en el promedio de hijos si lo comparamos con la misma variable una década antes, es decir en 1990. Un segundo abordaje sería el de considerar qué tanto ha disminuido por grupo de edad; en este sentido, las mujeres de 30 a 34 años pasaron de un promedio de 2.9 hijos a uno de 2.4, cifra que de acuerdo a los estudios del INSP se considera un factor de riesgo del cáncer cervical, es decir, a pesar de mostrar una disminución del promedio de hijos nacidos vivos desde los 25 años de edad, a partir de los 30 años tienen un promedio de hijos mayor al que se considera de menor riesgo (de dos partos). Si continuamos analizando los quinquenios de más edad en este sentido, las mujeres entre 35 y 39 años pasaron de un promedio de 3.7 a uno de 3 hijos, las mujeres entre 40 y 44 años pasaron de un promedio de 4.5 hijos a 3.5 y las mayores de 45 años de edad disminuyeron su promedio de 5.4 a uno de 3.9 hijos. Es decir, si bien ha habido una disminución notable en el promedio de hijos nacidos vivos en general, al analizar las características de la disminución por grupos quinquenales de edad, vemos todavía a la multiparidad como un factor de riesgo importante de acuerdo con los criterios del estudio de Lazcano, *et al.* (1996).

Al interior de Sonora, los municipios con mayor promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 años y más en el año 2000 fueron Cucurpe, Quiriego, Soyopa, Bavispe, La Colorada, Bacerac, Onavas, Huachinera, Bacanora y Villa Pesqueira, con promedios que van de 3.6 a 3.4 hijos, mientras que los que tuvieron menor promedio son Hermosillo, Oquitoa y Nogales con 2.3, menor al promedio estatal y nacional.

Mortalidad

Los cambios en el patrón epidemiológico se reflejan en la gráfica No. 3, que señala de qué manera en 1970, en Sonora, la mortalidad se debía principalmente a un patrón mixto de enfermedades infecto-contagiosas y de largo plazo, mientras que en 1999, nos encontramos con una mortalidad que se debe principalmente a las enfermedades del aparato circulatorio y a tumores.

Gráfica 3 Cambio proporcional en las principales causas de defunción, Sonora 1970-1999



Fuente: Alvarez, Gerado (2005), *Salud Reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.

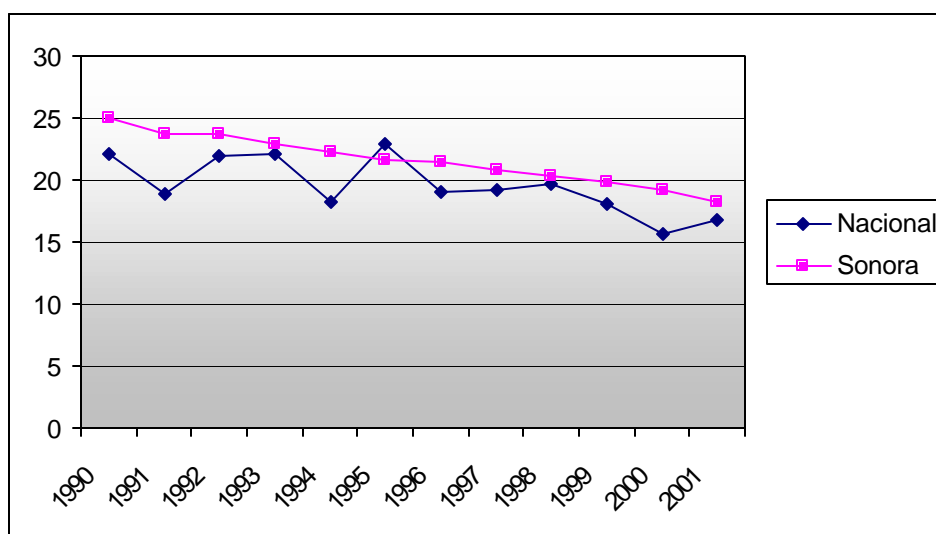
En Sonora, como en el país, la transición epidemiológica más que transitar mantiene dos tipos de enfermedades a las cuales se enfrentan los servicios de salud y la población que las padece.

La evaluación que hizo el Programa (SSA, 2003) sobre el comportamiento de la mortalidad por cáncer cervical, señala que hay una disminución del 32% de la mortalidad con un descenso de la tasa de 25 a 17 por cada 100,000 mujeres. Los estados con una tasa de mortalidad mayor por cáncer cervical en el 2000 fueron Nayarit, Oaxaca, Michoacán, Guerrero, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas, Quintana Roo y Yucatán, en los cuales la tasa se encuentra en el rango de 22 a 35.4 por cada 100 000 mujeres (SSA, 2005).

Mortalidad por cáncer cervical en Sonora

Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino por 100,000 mujeres de 25 años y más en Sonora presentan una tendencia hacia la baja, al igual que sucede con las tasas nacionales, pero con un comportamiento menos continuo, como podemos observar en la gráfica No. 4. En 1995 se presenta un pico que sobrepasa la media nacional, a partir de ahí las tasas en la entidad se encuentran por debajo de la mortalidad nacional, sin embargo, la distancia se acorta en algunos años como en 1998 y 2001.

Gráfica 4. Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años por 100,000 en México y Sonora

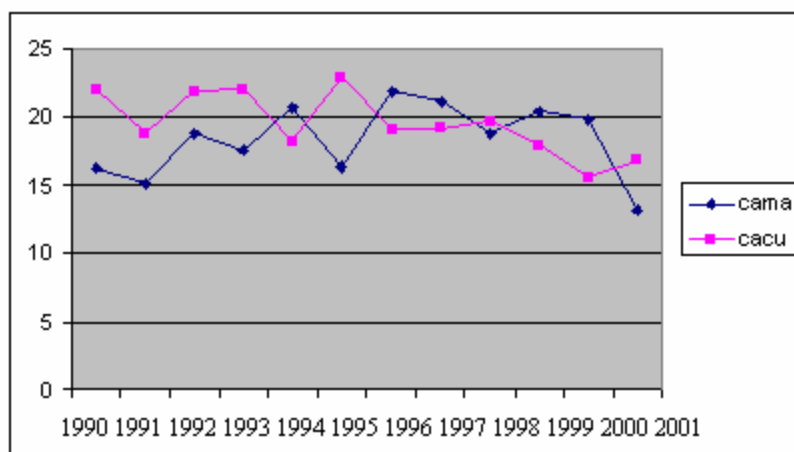


Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

En 2001, encontramos que la tasa nacional se ubicó en 18.21 a nivel nacional, mientras que en Sonora se presentó una tasa de 16.85, esto es, mientras en el año 2000, la diferencia entre las tasas nacionales y estatales era de 3.62, en 2001 la distancia se acortó a un 1.36 que es más cercana a la distancia que han mantenido las tasas durante la década pasada (2.03).

Con relación al comportamiento del cáncer mamario, en Sonora de 1999 a 2000 el cáncer cervical ocupó el segundo lugar considerando las tasas de mortalidad, a diferencia de la gráfica No. 5 que presentamos anteriormente, en el que veíamos un acercamiento de los datos a nivel nacional, en Sonora, estas dos neoplasias van de primero a segundo lugar entrecruzando sus tasas. Con estos datos solamente podemos ver que las tasas de cáncer mamario en general son superiores a las de nivel nacional y que el cáncer cervical parece tener un comportamiento hacia la baja, pero es necesario otro tipo de datos para precisar las tendencias.

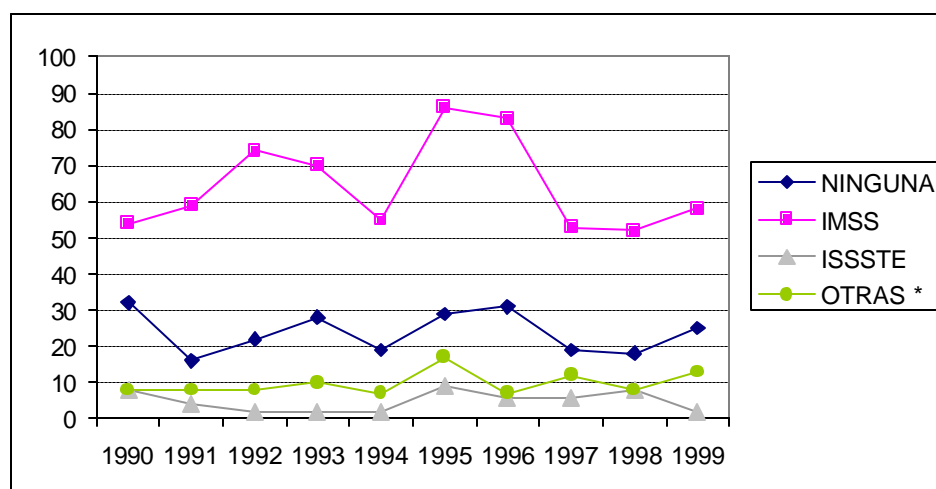
Gráfica 5 Tasa de mortalidad por cáncer cervical y de mama en Sonora 1990-2001



Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

Las mujeres de 65 años y más concentran la mayor frecuencia de mortalidad por cáncer cervicouterino en el estado de Sonora, en seguida se encuentran quienes tienen entre 55 y 59 años (Álvarez, 2005:41); sin embargo, un dato importante para las instituciones de seguridad social es que el 77% de las mujeres que fallecieron contaban con algún servicio de seguridad social. En la gráfica No. 6 podemos ver cómo se distribuyen los casos de mortalidad por derechohabiencia y encontramos que de manera constante, de 1990 a 1999, el IMSS presenta una frecuencia mayor que las otras instituciones, sin embargo, para poder comparar entre sí las instituciones se necesitaría elaborar tasas y ajustarlas a la población atendida durante cada año en las instituciones, que es el dato que el autor nos presenta. Es necesario recordar que es el IMSS la institución que cubre la mayor parte de la derechohabiencia en el estado de Sonora. La influencia que pudiera tener el IMSS en su población derechohabiente es de gran importancia para la disminución de las tasas de mortalidad en la entidad.

Gráfica 6. Distribución de las defunciones por cáncer cervicouterino según derechohabiencia. Sonora, 1990-1999

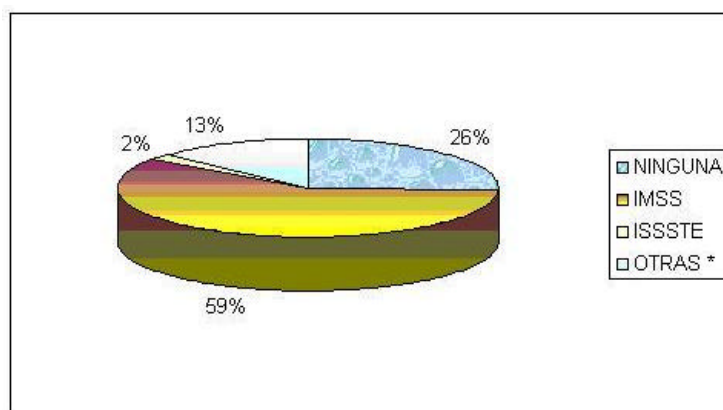


- Incluye al ISSSTESON, Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional.

Tomado de Álvarez, Gerardo, (2005), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora. Anuarios Estadísticos 1990-1999, INEGI/SEED/ DGSS/ SSP.

La gráfica No. 7 nos muestra que si consideramos únicamente las cifras de 1999 para representar la distribución en ese año de las tasas de mortalidad, el IMSS constituye la institución que concentra casi el 60% de la mortalidad en la entidad, lo que implica que una gran parte de las personas enfermas recibieron tratamiento en algún momento en esta institución.

Gráfica 7. Distribución porcentual de muertes por cáncer cervicouterino en Sonora en el año 1999, según derechohabiencia



Elaboración con información de Álvarez, Gerardo, (2005), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.

Por otra parte, en la tabla No. 9 podemos comparar las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino de Sonora con las de otros estados fronterizos, podemos ver cómo hasta 1997 Sonora presentó una tasa de 17.8 por 100,000, que fue superior a la de los estados de Nuevo León, Coahuila y Baja California Sur y menor a la de Chihuahua y Baja California.

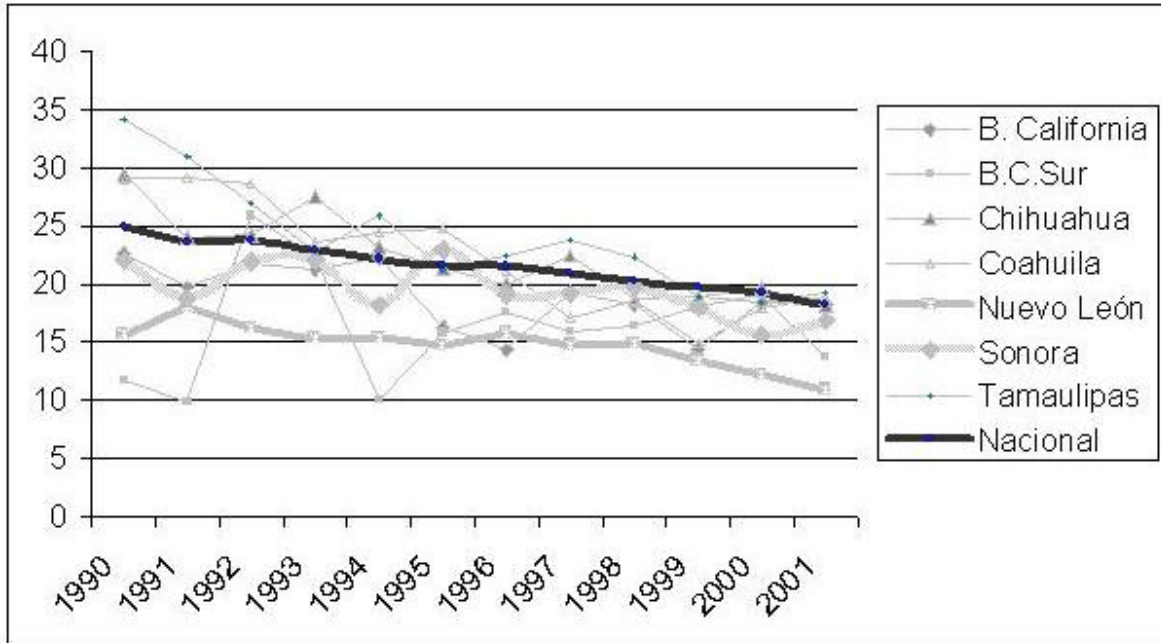
Tabla 9. Tasa de mortalidad de mujeres mayores de 25 años de edad por 100,000 por cáncer cervicouterino en estados de la frontera norte de México, 1990-2001

<i>ESTADO</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
B. C.	22.68	19.79	21.78	21.22	22.24	16.34	14.37	19.30	18.24	14.45	18.40	18.20
B. C. Sur	11.80	9.92	25.88	22.27	10.09	15.82	17.63	15.89	16.46	18.05	19.14	13.74
Chihuahua	29.45	24.00	24.26	27.54	23.18	21.36	19.97	22.44	18.68	18.84	19.66	18.12
Coahuila	29.06	29.20	28.64	23.52	24.40	24.82	21.07	17.16	18.67	14.88	17.88	18.84
Nuevo León	15.68	18.15	16.21	15.32	15.35	14.68	15.78	14.76	14.88	13.43	12.18	10.92
Sonora	22.07	18.82	21.93	22.07	18.23	22.93	19.08	19.23	19.74	17.99	15.61	16.85
Tamaulipas	34.21	30.94	26.94	22.84	25.88	21.25	22.49	23.78	22.36	18.96	18.41	19.26
MÉXICO	24.97	23.66	23.71	22.97	22.18	21.56	21.52	20.87	20.28	19.77	19.23	18.21

Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

Para ver de manera más clara lo anterior, elaboramos la gráfica No. 8 con los datos anteriores para observar cómo se comportan en el transcurso del tiempo cada uno de los estados del norte con relación a la tasa nacional, misma que representamos con color negro. En color gris, (con asteriscos blancos al interior de un cuadrado gris), podemos ver que la línea que representa la tasa de mortalidad de las mujeres mayores de 25 años de edad de Nuevo León es constantemente inferior a la tasa nacional, de manera que entre los estados del norte del país tiene el primer lugar por la disminución constante que además es inferior a la tasa nacional, seguido de Baja California Sur con un comportamiento errático, aunque para el año 2001 logra la segunda tasa de mortalidad más baja en los estados del norte. El tercer lugar le corresponde a Sonora con cambios en las tasas, sobre todo en 1995, inferior a la nacional los demás años pero con una diferencia menor a la que tiene Nuevo León.

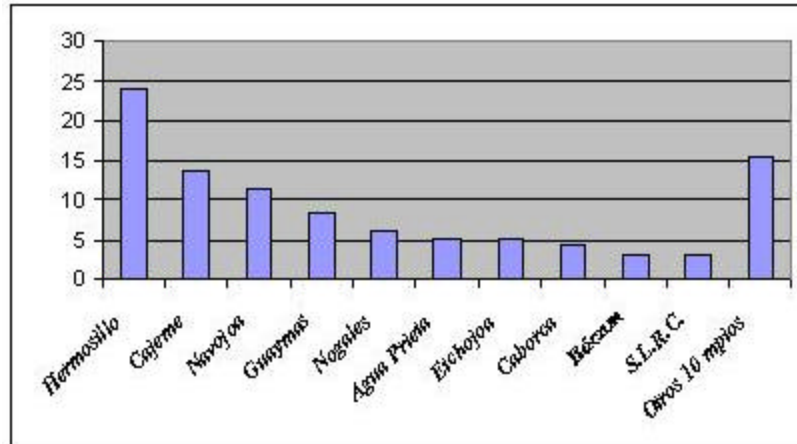
Gráfica 8. Tasa de mortalidad de mujeres mayores de 25 años de edad por 100,000 por cáncer cervicouterino en estados de la frontera norte de México, 1990-1999



Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

Los municipios en los que se concentró la mortalidad durante 2001 en el estado de Sonora fueron, en primer lugar, la ciudad de Hermosillo (23.96%), Cajeme (13.54%), Navojoa (11.46%), Guaymas (8.33%) entre los tres concentran el 57% de la mortalidad en la entidad. En la gráfica No. 9 podemos observar cómo se expresan y que los municipios que se consideran también son Nogales, Agua Prieta, Etchojoa, Caborca, Bácum y San Luis Río Colorado. La concentración de población y de servicios de atención médica en Hermosillo y Cajeme pueden explicar esta distribución de los lugares de defunción.

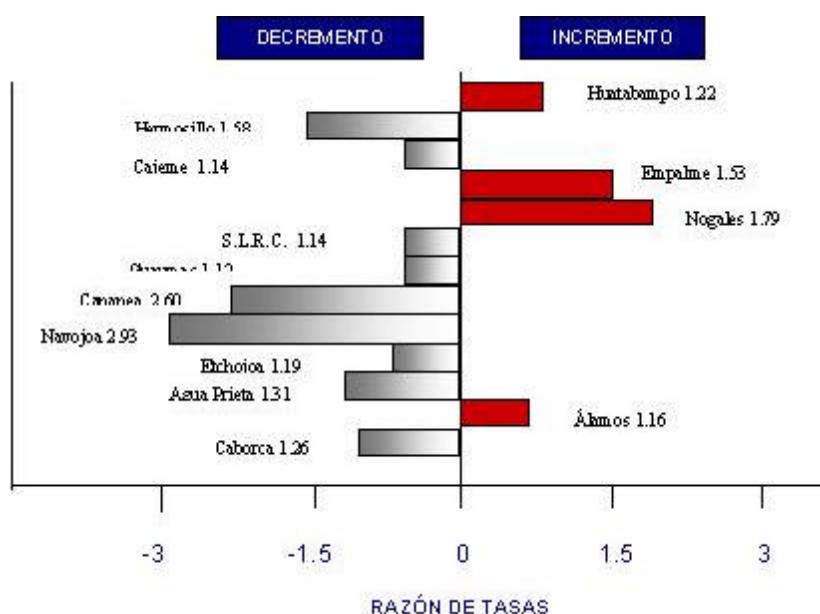
Gráfica 9. Defunciones por cáncer cervicouterino de acuerdo a municipio de ocurrencia en el estado de Sonora, 2001



Fuente: SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

Sin embargo, este análisis de la mortalidad nos puede llevar a conclusiones erróneas si no se considera cómo es el comportamiento en estos municipios durante un período de tiempo. El autor hace el ejercicio utilizando información de cinco años, de 1990 a 1995, y encuentra que en realidad, de trece municipios en los que registra una mayor tasa de mortalidad (ver gráfica 10), y al analizar el cambio relativo de la tasa en cada uno de ellos, encontró que solamente cuatro presentan un aumento en la mortalidad.

Gráfica 10. Cambio relativo en la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en los municipios donde se presentan las mayores tasas de mortalidad entre 1995 y 1999

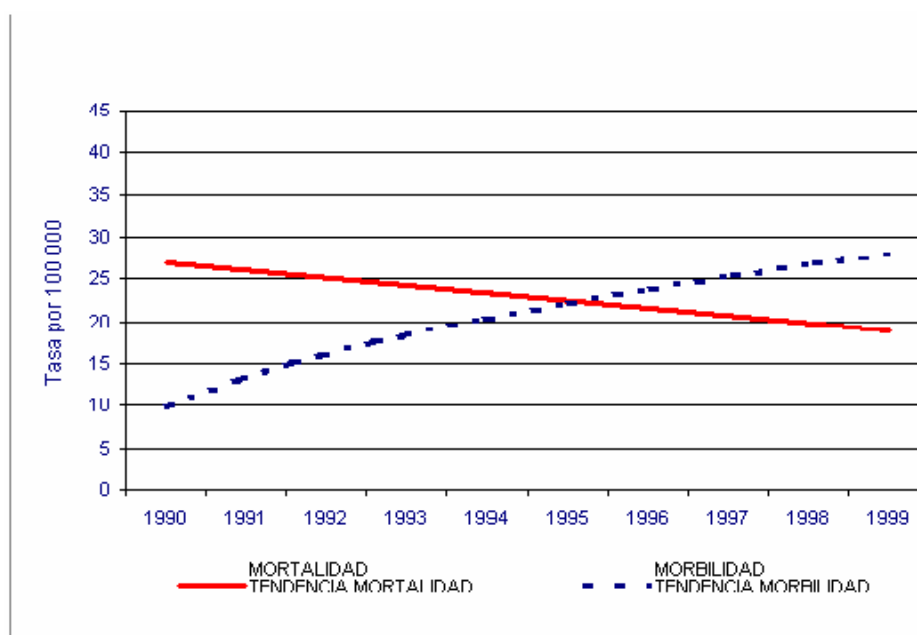


Fuente: Tomado de Álvarez, Gerardo, (2005), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.

De acuerdo con el análisis de este autor, son cuatro los municipios más problemáticos porque durante los cinco años analizados concentran un aumento de las tasas de mortalidad en mujeres de 25 años y más; éstos son Huatabampo, Empalme, Nogales y Álamos. Hermosillo, por el contrario, presenta una disminución de 1.58.

En Sonora, el decremento de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, de 26.3 en 1990 a 18.2 en 1999, no se refleja en las frecuencias debido a que la población de 25 años en adelante constituye la parte ancha de la pirámide poblacional, de manera que en la década de los noventa, murieron en Sonora 1,030 mujeres (Álvarez, 2005:40). El mismo autor nos presenta el panorama de la morbi-mortalidad de cáncer cervical de 1990 a 1999, en el mortalidad ha ido en descenso pero la morbilidad sigue incrementándose, lo que puede relacionarse con una mejor atención de los diagnósticos positivos.

Gráfica 11 Tendencia epidemiológica por cáncer cervicouterino en Sonora, 1990-1999



Fuente: Tomado de Álvarez, Gerardo (2005), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, p. 40.

Lo anterior implica, que a pesar de la disminución de las tasas de mortalidad, las instituciones de salud seguirán teniendo altos costos económicos por la morbimortalidad de cáncer cervicouterino en los próximos años, debido a que en términos de frecuencia la cantidad de personas enfermas que soliciten algún tipo de atención por esta enfermedad, seguirá aumentando.

Servicios de salud en Sonora

En 1999, la OPS publicó el documento “Metodología para la verificación de la cobertura de los servicios de salud a ‘población abierta’ en México” en el cual define una metodología para evaluar la cobertura de salud en las entidades federativas con 40 indicadores, de los cuales 33 se consideran determinantes para otorgar el certificado de cobertura universal con el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBS)

que se enunciaba en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y que comprende los programas que se describen a continuación.

La definición de cobertura de los servicios de salud (OPS, 1999:5) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “el resultado de una oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren el acceso a servicios de salud de buena calidad que correspondan a las necesidades y características, geodemográficas, étnicas, socioeconómicas, epidemiológicas, culturales y ambientales de una población”. Detrás de esta definición existe el consenso de que la cobertura no puede ser medida con un solo indicador y que no puede ser definida sólo como la disponibilidad de ciertos servicios en relación numérica con una población.

Los indicadores deberían tomar en cuenta la oferta de servicios, la accesibilidad permanente y el uso de los mismos por parte de la población, así como la calidad de las prestaciones. En el documento se señala que una evaluación ha de ser integral y se propone que se realice por niveles:

a) Un primer nivel de verificación de cobertura comprueba que toda la población abierta reciba las intervenciones que componen el PBS. Las intervenciones que fueron objeto de verificación en 1996 (SSA, 1996, citado en OPS, 1999:6) son las siguientes: saneamiento básico a nivel familiar; manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y la referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal del parto y atención del puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; participación social; prevención del cáncer cervicouterino.

b) Un segundo nivel de verificación de la cobertura es el que busca comprobar que la población abierta se beneficie efectivamente de las estrategias de trabajo que se establecen en los once programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades (ver siguiente cuadro). En ellos encontramos la definición de las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades de la SSA y su operación está a cargo de los Servicios Estatales de Salud. Su evaluación está

enfocada a medir si se están aplicando las estrategias establecidas en los programas sustantivos y si se está logrando el impacto previsto en la salud de la población.

c) Un tercer nivel de verificación de cobertura busca comprobar la garantía de atención integral de la salud con servicios de buena calidad, de manera que logren satisfacer las expectativas y necesidades de la población. Para verificarlo, la SSA debe analizar el funcionamiento de la red de servicios como garantía de atención a la salud oportuna y eficaz para la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de pacientes.

Tabla 10. Programas prioritarios

1. Salud reproductiva
2. Atención a la salud del niño
3. Atención a la salud del adulto y el anciano
4. Enfermedades transmitidas por vectores
5. Zoonosis
6. Micro bacterias
7. Cólera
8. Urgencias epidemiológicas y desastres
9. VIH-SIDA y otras ETS
10. Contra adicciones
11. Salud bucal
Fuente: SSA, 1996, citado en OPS, 1999:6.

Este tipo de prioridades (ver tabla No. 9), ponen de manifiesto y esclarecen lo que se entiende por Atención Primaria a la Salud Selectiva (APSS) ya que como vemos, la misma implica la priorización de algunos programas y no la aplicación de una Atención Primaria Integral (API) definida y acordada en Alma Atta en 1978, en donde los programas y la distribución de recursos se proponía cercana a las

necesidades locales e incluía la participación comunitaria de una manera mucho más compleja y activa que lo que se define y logra en los programas actuales.¹²

Cobertura nominal en Sonora

Los datos de cobertura nominal que se ofrecen los anuarios estadísticos del Estado de Sonora (INEGI, SSA: 2003) se construyen a partir del número de personas que puede recibir un servicio médico, independientemente de que acuda o no al mismo, es decir, independientemente de que la institución lo otorgue. El indicador tiene muchas limitaciones en tanto que no considera las formas en que la población utiliza los servicios, haciendo uso de los servicios de salud de manera indistinta, por ejemplo una persona que acude al IMSS puede preferir ir a un centro de salud que pertenece a la Secretaría de Salud por la cercanía de su vivienda, o porque el personal que atiende le genera mayor confianza. De esta manera, la cobertura nominal no explicita cómo es este proceso de atención. La utilización real de los servicios médicos requiere de otro tipo de indicadores para poder precisar mejor la información. A pesar de las limitaciones, consideramos que el dato de cobertura nominal nos permite un primer acercamiento a la distribución nominal entre instituciones.

Después de referirnos a este tipo de cobertura haremos referencia a la cobertura del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical. En este subapartado profundizaremos en la cobertura real del programa y precisaremos los cambios sobre este indicador a partir de los cambios de la norma al presentarse como cobertura trianual.

Respecto de la cobertura nominal de los servicios en Sonora, algunos estudios (Castro y Salazar, 2000:59). describieron que en 1990 la Seguridad Social cubrió al 66.2% de la población sonoreense, para 1995 esta cobertura disminuyó hasta el 53.4% por los cambios drásticos de desempleo que se vivieron a raíz de la crisis económica los cuales impactaron en la cantidad de personas con acceso a servicios médicos como parte de sus prestaciones laborales. El IMSS es la institución de mayor

¹² Al respecto consultar el trabajo de Menéndez, Eduardo L. (1994), "De la representación a la práctica. Atención primaria o primer nivel de atención", en Schoko Doode y Emma Paulina Pérez (comps.), *Sociedad, Economía y Cultura Alimentaria*, México DF, CIAD, CIESAS.

cobertura, de manera que los impactos de la crisis económica se reflejan claramente en la disminución de la población en el acceso al servicio en la década entre 1985 y 1995, de suerte que para 1985 reportó una cobertura de 60% en Sonora, pero para 1990 ya tenía el 56% y en 1995 llegó hasta el 41.2%. Como podemos observar en los siguientes cuadros y gráficas, el comportamiento posterior a este pico de disminución mostró una curva relativamente ascendente de 1996 hasta 2001, misma que no ha llegado a los niveles de mediados de los 80 y que para 2002 refleja una disminución hasta del 42.9%.

Tabla 11. Cobertura nominal según institución de salud 1995-2002, Sonora

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	%	%	%		%	%	%	%
Población Abierta	46.6	33.5	32	31.5	29.5	27.7	27.7	41.9
Secretaría de Salud Pública	45.4	32.3	27	26.5	27.5	27.4	27.4	s.d.
Desprotegida a)	1.2	1.2	1.2	5	2	0.3	0.3	s.d.
Seguridad Social b)	53.4	66.4	68	68.5	70.5	72.3	72.3	58.1
IMSS	41.2	52.7	54.2	54.8	58.2	58.2	58.2	42.9
ISSSTE	8.3	7.7	7.7	7.6	6.1	7.9	7.9	8
ISSSTESON	3.8	6	5.7	5.7	5.8	5.9	5.9	6.2
Cobertura Sector	98.8	98.7	95	95	98	99.7	99.7	s.d.
Población Total	100	100	100	100	100	100	100	100

a) Para 1998 se considera un 5% de población desprotegida, donde el 3% en área rural no tiene acceso a servicios y 2% de la población urbana no recibe servicios regulares de salud.
 b) 1997 y 1999 incluyen también población de SEDENA y MARINA.
 Fuente: Registro nominal de la Seguridad Social 1991/99. Estudio de Regionalización Operativa, ERO, 1994-2002. En <http://www.salud-sonora.gob.mx/>

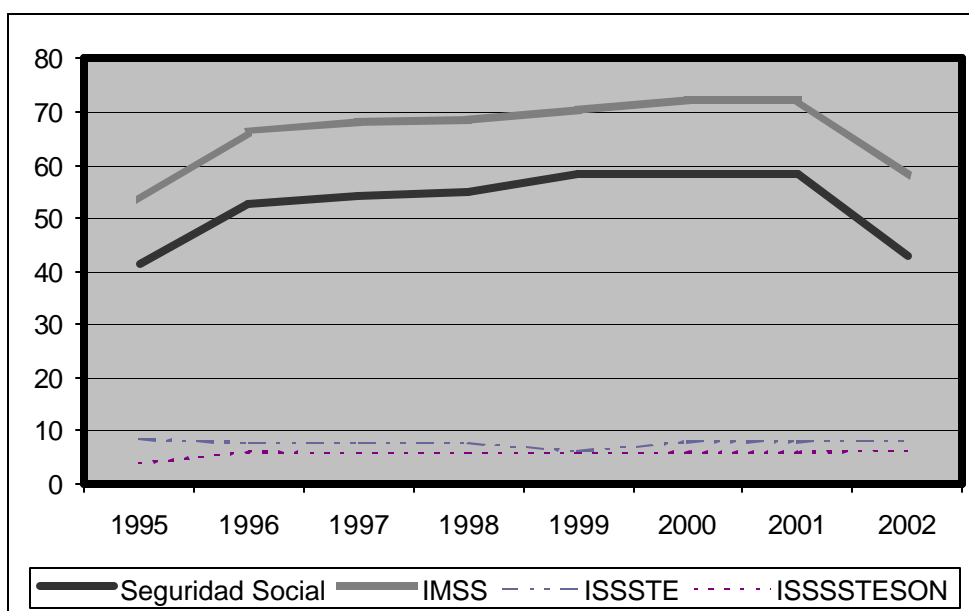
Las noticias reportadas en 2004 sobre la ampliación de la planta Ford en Hermosillo, han levantado las expectativas de que esta situación mejore para fechas

posteriores, pero eso es todavía una situación pendiente que seguramente impactará en la población con acceso a servicios médicos como prestación laboral, por lo pronto podemos decir que el quinquenio de fines del siglo XX y los primeros años del nuevo milenio no logran regresar a la población de Sonora a los niveles previos a la crisis de 1995 (ver tabla No. 10).

Durante 1995 la población abierta representó el 46.6% de la población de Sonora, dato que volvió a niveles menores en el año 2000 cuando se reportó una disminución del 19% al registrarse una cobertura de 27.7%. Sin embargo, para 2002, vuelve a registrarse un alza de hasta el 41.9%. Lo anterior implica el crecimiento de población que al no contar con Seguridad Social, la Secretaría de Salud ha de considerar como posible demandante de atención.

La gráfica No. 12 nos proporciona una idea del comportamiento de la Seguridad Social y de cómo impactan en ella los servicios que otorgan las principales instituciones que la conforman.

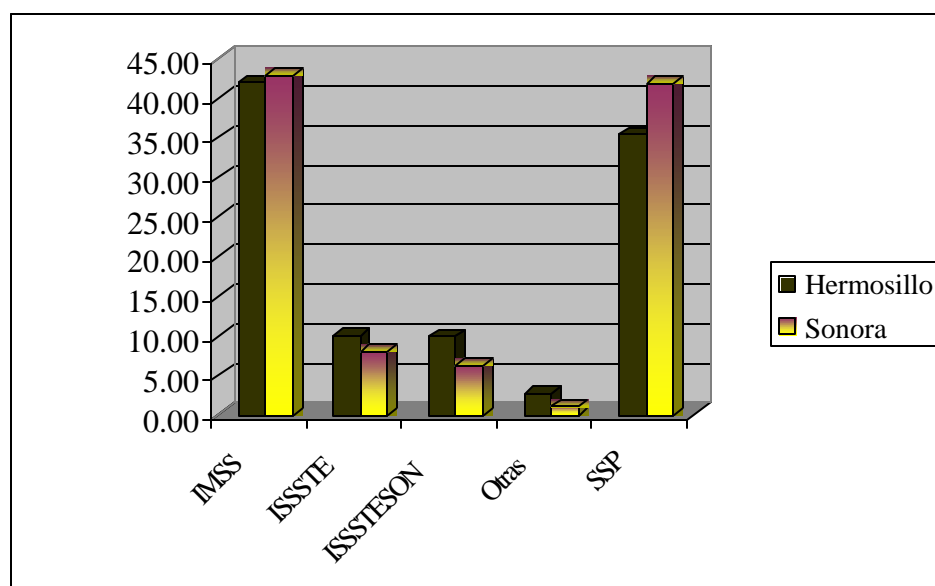
Gráfica 12. Población adscrita a la Seguridad Social global y por tipo en Sonora



Fuente: Elaboración propia con información de SSA, Cobertura nominal por Institución de Salud 2004 <http://www.salud-sonora.gob.mx/>, consultada en 2005.

En la gráfica podemos ver cómo en 2002 la población con seguridad social en Sonora prácticamente regresa al punto de 1995. Según cifras del censo del año 2000 la mayor parte de la población (97.0%) tiene acceso a los servicios de salud. El INEGI estima que el 96.5% de los hombres y el 97.5% de las mujeres hacen uso de los servicios de salud en Sonora. Estos datos engloban la utilización de los servicios médicos públicos y privados y no muestran las diferencias entre municipios (INEGI-ISM, 2002:125). De acuerdo a datos del SSP (2002:43), la Seguridad Social atendió en 2002 al 53.4% de la población estatal. En la gráfica No. 13 podemos apreciar la distribución de la población en los diferentes servicios, el mayor de los cuales lo tiene el IMSS con un 42.9%, para la población de Hermosillo. Este porcentaje de cobertura de Seguridad Social llega al 64.6%, del cual, un 41.9% corresponde al IMSS, es decir, en el municipio de Hermosillo, la cobertura del IMSS es un poco menor, y se cuenta por el contrario con una mayor cobertura de los otros servicios estatales y federales como podemos apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 13. Distribución de población por servicios médicos en Hermosillo y Sonora



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Sonora (2002), Anuario Estadístico De Sonora, México, INEGI, p. 43.

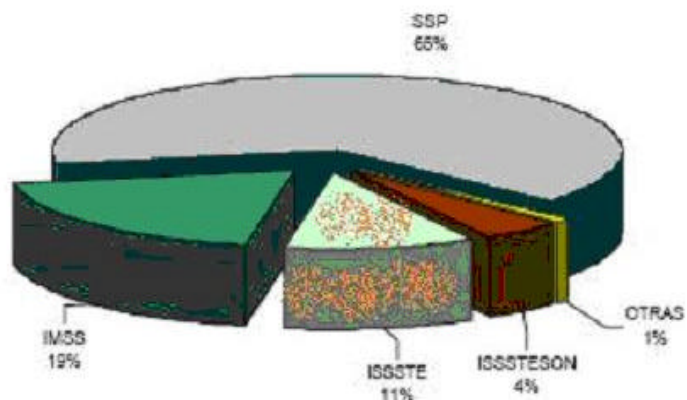
Además de los servicios del IMSS, en la ciudad de Hermosillo, el ISSSTE y el ISSSTESON tienen una mayor presencia, así como otro tipo de instituciones, entre las que se encuentra el Hospital Militar. En cambio, en el estado vemos cómo los servicios médicos de la Secretaría de Salud Pública son una opción más frecuente y casi del mismo tamaño que la atención que otorga el IMSS en Hermosillo.

El crecimiento de cobertura puede explicarse parcialmente por el incremento de infraestructura en el estado. Durante la década de los noventa, el número de establecimientos de salud creció 22% y la proporción de consultorios aumentó 21% (Álvarez, 2005).

En el mismo trabajo, se señala que en 1999 el IMSS en Sonora tuvo una cobertura nominal cercana al 60%, sin embargo los indicadores sobre los recursos de salud con los que cuenta son los más bajos de todo el sector salud, por ejemplo, tiene 0.356 consultorios por cada mil habitantes, mientras que la Secretaría de Salud, con una cobertura nominal del 26.4%, cuenta con 0.955 consultorios por 1000 personas. Otro ejemplo que nos señala el autor es la proporción de médicos por habitantes: mientras que en el IMSS se contaba en 1999 con 1.317 por cada 1000 habitantes, en el ISSSTE se contaba con 2.339, aun cuando la cobertura nominal de esta institución es solamente del 7.80% de la población del estado. Este comportamiento es similar durante 1990, 1995 y 1999 en indicadores tales como camas, gabinetes de rayos “x”, salas de expulsión, quirófanos, laboratorios clínicos y enfermeras.

La gráfica No. 14 representa el número de unidades que tiene cada institución en el estado, en ella podemos apreciar que la Secretaría de Salud Pública tiene el 65% de las unidades de atención médica, mientras que el IMSS, que apenas cuenta con el 19% de las unidades en Sonora, es quien atiende a una mayor parte de la población.

Gráfica 14. Unidades según institución en Sonora 2002



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Sonora (2002), Anuario Estadístico De Sonora, México, INEGI, p. 188.

Las otras instituciones tienen apenas el 16% de unidades de atención del estado. La distribución de las unidades de atención médica en Sonora son en un 88% de primer nivel, 11% de ellas de segundo nivel y solamente el 1% de tercer nivel de atención, de acuerdo a la clasificación del tipo de atención que tienen instituciones de salud. La Secretaría de Salud Pública de Sonora es la única que cuenta con tres unidades de tercer nivel de atención, dos de ellos de servicios médicos psiquiátricos y uno de ellos de atención infantil. Los tres están ubicados en la ciudad de Hermosillo y además existen doce unidades de segundo nivel de atención.

Esta información es clave para entender la saturación de los servicios médicos del IMSS, mientras que, la población que recibe los servicios ha ido en aumento, la infraestructura con la que cuenta la institución no ha crecido al mismo ritmo, lo que trae por resultado la sobresaturación del servicio médico y de sus instalaciones, lo cual a su vez repercute en problemas relacionados con la calidad de los servicios que se ofrecen a los derechohabientes. La saturación de la consulta con su consecuente disminución en los tiempos dedicados a cada paciente, aunada a la saturación que puede presentarse en los laboratorios, son dos elementos a considerar en el trabajo sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

En el trabajo de Álvarez (2005:20) se señala que en el Estudio de Regionalización Operativa (ERO), realizado por la Secretaría de Salud, se informa que no hay localidades sonorenses ubicadas a más de 60 minutos (por su medio habitual de transporte) de alguna unidad de salud de primer nivel; sin embargo, 1,560 localidades (18% del total de las comunidades del estado) están a distancias que requieren entre 30 y 60 minutos de traslado para llegar a una unidad básica de salud, es decir, casi el 20% de las comunidades tenían dificultades de acceso al servicio de consulta externa no especializada o a acciones de atención primaria a la salud.

Según datos del V Informe de Gobierno del gobernador de Sonora,¹³ en 2002, las instituciones que integran el Sistema Estatal de Salud contaban con 366 unidades médicas formales, 2,400 camas censales, 1,288 consultorios, 61 laboratorios clínicos y 110 equipos de rayos X. En el informe se señala que las instituciones del Sistema Estatal de Salud cubren nominalmente al 100% de la población del estado de Sonora. La seguridad social cubre al 71.1%, mientras las instituciones para población abierta, considerando las áreas de influencia de las unidades y el acceso a las mismas, atienden al 28.9% de la población restante.

Si bien, la cobertura nominal es un indicador insuficiente para evaluar aspectos de disponibilidad del recurso humano, y sobre todo de la calidad del mismo, nos sirve de referencia para conocer el impacto en el indicador del desempleo y para conocer la distribución nominal de los servicios médicos, como señalamos en un principio, sin embargo, el dato no nos permite describir las prácticas de atención de la población ni precisar los usos reales que se hacen de las instituciones. Solamente indica el acceso posible de la población a ellas.

Cobertura del Programa de DOCC

A partir del año 2000 hubo cambios importantes en la forma de medir la cobertura real del Programa de DOCC. Encontramos dos cambios importantes, el primero de ellos se plantea para que las instituciones de salud puedan dar seguimiento a la población que estiman cubrir cada año a partir de la división de la población total

¹³ Datos tomados de <http://www.salud-sonora.gob.mx/>, consultada el 18 de noviembre de 2002.

entre 24 y 64 años de edad en el país o en cada entidad, en un tercio (.33). El dato de cobertura global se define como

“el porcentaje de citologías cervicales de primera vez realizadas a mujeres de 24 a 64 años de edad en las instituciones del Sector Salud para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, respecto a la tercera parte del total de mujeres de ese grupo de edad.” (SSA, 2002b:2)

La cobertura específica se calcula de la misma manera pero considerando a la población a la que se pretende cubrir en primer lugar debido a que corre un mayor riesgo de presentar la enfermedad si no se ha detectado antes una citología. Se define igual que la anterior pero se concentra en la población de mujeres entre los 45 y 64 años de edad y la población que se considera es un tercio del total de mujeres de ese grupo de edad.

Ambos indicadores de cobertura reflejan las prioridades y metas que tiene el Programa de Acción: Cáncer cervicouterino (2002) las cuales plantean incrementar la cobertura de la población femenina entre los 25 y 64 años de edad hasta el 80%.

La cobertura trianual sigue los lineamientos de la normatividad y cambia los indicadores drásticamente, la presentación no permite comparar la cobertura con la que se calculaba anteriormente, porque los datos que conforman el indicador no refieren el mismo dato poblacional, el primero se calculaba con base en el total de la población de mujeres en edad de riesgo y el segundo con base en la tercera parte de la misma bajo la nueva definición de que dado que se trata de una práctica trianual, cada año toca cubrir a una tercera parte de la población.

Por otro lado, este dato tiene la virtud de que permite evaluar la población que ha acudido por primera vez, se trata de datos reales, no nominales, es decir son personas que se realizaron la muestra a las que se les clasificó como de primera vez, lo que les da una idea a las instituciones de salud del porcentaje de mujeres que acudieron al Papanicolaou en términos de la población que necesitarían cubrir cada año para tener una cobertura de toda la población a la vuelta de cuatro o cinco años. A la par se instrumentaron algunas estrategias e indicadores de control de calidad técnica del proceso.

Sin embargo cuando decimos que el dato de cobertura no es exactamente el mismo nos referimos a que a partir del año 2000, la codificación de primera vez

también sufre modificaciones y se define como una prueba de primera vez a la que se realiza la primera ocasión que una mujer acude y se hace el Papanicolaou, pero además incluye bajo este rubro a la población que acude cada tres años y reinicia su ciclo de cobertura. Algunos de los datos que antes eran codificados como una práctica de subsecuencia, ahora se clasifican como de primera vez.

El dato entonces tendría que leerse como población que tiene una práctica acorde a la normatividad en términos trianuales, pero presentarlo como de primera vez en el corto plazo sube en un sentido distinto el dato. Anteriormente este dato solo expresaba a las mujeres que nunca se habían hecho la prueba y a partir del 2000 incluye además a las que tienen una práctica subsecuente que espacia ron por más de dos años y la han reiniciado.

**Gráfica 15 Cobertura de detección anual del cáncer cervicouterino, IMSS
Anual 1976-1999 y trianual global 2000-2003**



Fuente: IMSS, Unidad de Salud Pública Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Programas Integrados. "Disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino en El IMSS: Factores atribuibles, Conferencia Presentada En XI Congreso de investigación en Salud Pública."2005.

La justificación de hacer esta cobertura se encuentra en la determinación de la periodicidad trianual que ha organizado el trabajo del Programa en torno a cubrir un tercio de las mujeres cada año pero este dato que le permite a las instituciones de

salud dar seguimiento a sus metas, tendría que precisarse cuando se utilizan para señalar el aumento de cobertura, es decir, si se habla de una cobertura global, real o poblacional precisando los términos en que se pueden comparar con los años previos.

Con estas consideraciones, habrá que precisar las diferencias que se presentan en la gráfica No. 15 entre los datos de 1999 que señalan una cobertura del 18% de la población derechohabientes entre 25 y 65 años de edad y la del 2003 que aumenta la cobertura hasta el 28%.

Es necesario agregar que el dato de cobertura de las citologías realizadas en el IMSS no da cuenta del total de derechohabientes que tienen esta práctica debido a que algunas mujeres prefieren hacerse la prueba en otras instituciones o servicios médicos y en ellas no siempre declaran su derechohabiencia activa.

De acuerdo con cifras del 2001 del Programa de Acción: Cáncer cervicouterino (SSA, 2002b) el porcentaje nacional de cobertura global de primera vez fue de 19.21%, mientras que en Sonora fue de 15.32%. Entre los estados que lograron ese mismo año la cobertura más alta se encuentra la de Hidalgo (30.14%) y la de Tabasco (42.15%) que es considerablemente superior a lo que se logró en la entidad en la que realizamos la investigación. De acuerdo a la información que aparece en la gráfica que utilizamos como ejemplo para ver las coberturas anuales y trianuales, en el IMSS en el mismo año, la cobertura fue menor de la estatal, con un 11%.

Más aún, los datos desagregados por institución, cuando se considera solamente la cobertura que logró la Secretaría de Salud de Sonora nos señalan un mejor comportamiento del indicador de una mayor práctica de las mujeres que no tienen derechohabiencia o bien una mejor captación de las instituciones de la SSP de Sonora ya que el registro de su cobertura global alcanzó el 29.3%, cuya distancia es menor a la reportada por el conjunto de los Servicios de Salud de la entidad.

Si solamente comparamos la cobertura estatal con la que tiene la misma Secretaría de Salud a nivel nacional, la distancia no es tan grande ya que esta es de 30.1%. El dato nos hace suponer que las prácticas de la población de la Seguridad Social de Sonora no se refleja en la cobertura global que logran las UMF sino que

parte de la población que acudió a por primera vez a la prueba acudieron a los Centros de Salud de la Secretaría.

El dato de cobertura global que se refiere a la atención de los servicios de salud en general tiene una distancia de 4% con respecto al nacional mientras que el de la Secretaría de salud es menor a 1%. Al parecer hay una baja práctica de detección oportuna entre la población derechohabiente en Sonora.

El Programa es evaluado a través del análisis continuo del comportamiento de cinco indicadores que se analizan de manera ponderada en un índice compuesto por los datos de cobertura global, específica, calidad de la toma¹⁴, grado de eficiencia¹⁵ y control de calidad¹⁶.

De acuerdo con este índice, en el mismo 2001, el estado de Sonora vuelve a quedar entre los últimos lugares de desempeño cuando se aborda el sector salud en general, esto es cuando analizamos los resultados ponderados dirigidos a evaluar al Sector Salud de la entidad. El mayor puntaje del índice lo obtuvo el estado de Zacatecas, con 70 puntos, mientras que Sonora apenas alcanzó 28 puntos este año, por lo que se calificó su desempeño como precario. De nuevo, si se considera solamente los datos de la Secretaría de Salud, Sonora tiene 52 puntos que se califican como un desempeño mínimo del Programa. Los dos datos manifiestan los retos que tiene el Programa en la entidad.

El indicador mejor evaluados en Sonora fue la calidad de la toma, la que obtuvo un porcentaje de más del 85% de las muestras tomadas como adecuadas en la Secretaría de Salud, sin embargo, nuevamente, al evaluar este mismo indicador considerando todo el Sector Salud, el dato disminuye hasta el 58%. Nos parece que estos datos hacen un serio cuestionamiento al desempeño del programa en el Instituto.

¹⁴ La Calidad de la toma es el porcentaje de muestras adecuadas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino respecto al total de citologías cervicales realizadas a mujeres de 25 a 64 años de edad en las instituciones del sector salud. (SSA, 2002b)

¹⁵ El Grado de eficiencia se define como el porcentaje de citologías cervicales con resultado positivo a cáncer o con lesiones precancerosas, respecto al total de citologías cervicales realizadas a mujeres de 25 a 64 años para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en el sector salud.

¹⁶ El control de calidad se define como el porcentaje de citologías cervicales con resultado negativo que fueron reexaminadas por el patólogo respecto al total de muestras negativas a cáncer y a lesiones precancerosas detectadas en mujeres de 25 a 64 años de edad en las unidades médicas del sector salud

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del año 2000 y la de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003 nos dan información que nos muestran el indicador de cobertura a partir de una muestra poblacional. Las encuestas son parte del control del Programa y las lleva a cabo la Secretaría de Salud y el INSP.

En estas encuestas, la cobertura poblacional se define como el porcentaje de mujeres de la muestra que respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si se habían hecho la prueba durante el año en que fueron aplicadas. En las encuestas también se les preguntó si se lo habían hecho durante los años previos. En este sentido, la ENSA nos señala una cobertura nacional de 31% en el año 2000 y de 37.8% en el 2003.

Cuando inició el año 2000, el Programa de Detección Oportuna señaló como meta el tener al 80% de la población cubierta para el 2006, se pensó que sería factible cubrir de 30 en 30 a la población total en mayor riesgo, a cinco, los datos de primera vez, sumados a los de las mujeres con prácticas subsecuentes trianuales muestran una cobertura del 68% de la población a nivel nacional, pero los datos contrastan con los resultados de la ENSA que reportan el dato de cobertura poblacional de 37.8%.

La práctica de detección oportuna depende de múltiples factores institucionales y de los saberes de las mujeres usuarias o no de los servicios de salud. De acuerdo con los datos del ENSAR, en el 2003 este dato alcanzó el 55% a nivel nacional y solo 4.7% no conocía la prueba. Los datos de cobertura reportados por el Programa son del 63% en este sentido, sumando las de primera vez y la población cubierta de manera subsecuente.

En el IMSS se llevó a cabo una evaluación (Gómez Dantés, 2003) de las respuestas de la población derechohabiente utilizando los datos de la ENSA 2000 sobre sus prácticas de detección oportuna. En el estudio se señala que del 31% que respondieron haberse practicado el Papanicolaou, se distribuyeron en los servicios de salud siguientes: el 39.2% en la SSA, 26.5% en alguna de las unidades del IMSS y 18.2% en servicios privados.

Al clasificar las respuestas considerando únicamente la población de mujeres mayores de 20 años que refirieron ser derechohabientes del IMSS, la prevalencia de

la realización de la prueba en el último año fue de 32% del total de las mujeres derechohabientes encuestadas.

Al interior de esa población, el uso del Papanicolaou se encuentran variaciones de acuerdo a la edad de la siguiente manera: las mujeres entre 40 y 49 años dijeron haber solicitado la detección en un porcentaje superior a las de otros grupos de edad (45.5%), las de 50 a 59 años (39.4%) siguen en tanto frecuencia de la respuesta y las de 30 a 39 años (38.7%). Los grupos de mujeres mayores de 60 años es notablemente menor, (30%) y en las mujeres más jóvenes sólo llegó al 22%.

De acuerdo con este análisis de la ENSA, al considerar la práctica de detección oportuna de la población derechohabiente por entidad federativa, los datos señalan a Sonora como el estado en donde las mujeres derechohabientes acudieron con menor frecuencia, solo el 25% de la población femenina derechohabiente reportó esta práctica durante el último año, dato que contrasta significativamente con el de Nayarit, entidad en la que se presentó una respuesta afirmativa en el 45% de la población del IMSS. De acuerdo a este indicador, solamente doce entidades tuvieron un promedio superior al nacional, el cual apenas alcanzaba el esperado anual debido del 30% de la población.

El estudio nos permite profundizar un poco más en la utilización de las instituciones de salud debido a que hace la diferencia del lugar a donde acudió la población derechohabiente encuestada. Al respecto señala que del total de las derechohabientes que se realizaron la prueba, un 57.5% se hizo la prueba en alguna unidad del IMSS, 15.1% se realizó la toma en alguna unidad médica privada, 14.5% acudió a la SSA y 7.6% en IMSS-Oportunidades.

Los datos de cobertura del IMSS tienen un subregistro importante dado que el 42.5% de las mujeres derechohabientes no acudieron a sus Unidades para la prueba.

La cobertura es un indicador cuya construcción ha de precisarse siempre en los textos epidemiológicos sobre la forma en que se construye el dato, como vimos, no es lo mismo la cobertura global de ahora que la anterior al 2000, ni lo es tampoco la clasificación de la información. El Programa Nacional se plantea llegar a una cobertura del 80%

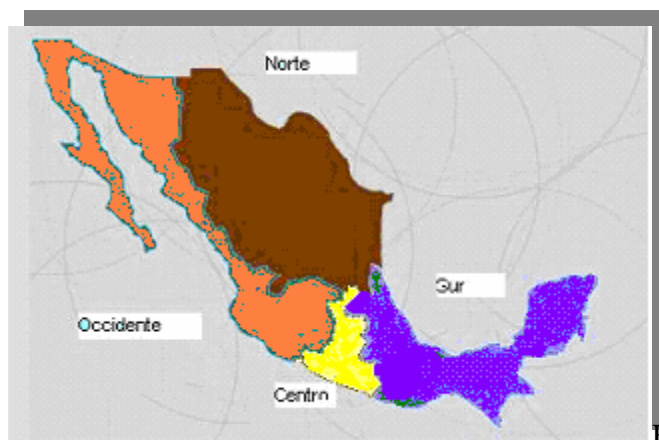
Los datos de la ENSA y del índice nacional precisan bien la metodología que se sigue en un subapartado y lo mismo habría que hacer cuando se presentan los análisis acerca del aumento hacia una cobertura de más de 60% (SSA, 2005). Si se clarifica esta la información, hemos de decir que los datos sobre el Programa son mucho mejores que los que existían antes del 2000 en términos comparativos. El índice permite una mejor aproximación a los elementos selectivos que las instituciones de salud han definido como los que determinan la posibilidad de disminuir la mortalidad.

La calidad de práctica cotidiana del programa y de la relación entre el personal y las mujeres así como las representaciones y prácticas de la enfermedad son también parte del problema cuya punta de iceberg es la dificultad para aumentar la cobertura estatal del Programa de DOCC. El programa no existe en el vacío, por lo que brevemente presentamos la regionalización del IMSS y la ubicación en el organigrama de las dos UMF en donde trabajamos.

Regionalización del IMSS y distribución administrativa en Sonora

De acuerdo con su distribución geográfica (ver ilustración 2), el IMSS divide al país en cuatro grandes regiones: Norte, Sur, Centro y Occidente. La región-zona Occidente tiene su sede en la ciudad de Guadalajara e integra a los estados de Jalisco, Colima, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora. Esta organización es la vigente a partir de 2002, anteriormente el país se dividía en siete regiones y Sonora conformaba la región nor-occidente con Sinaloa y las dos Baja Californias.

Ilustración 2. Regiones del IMSS, 2002



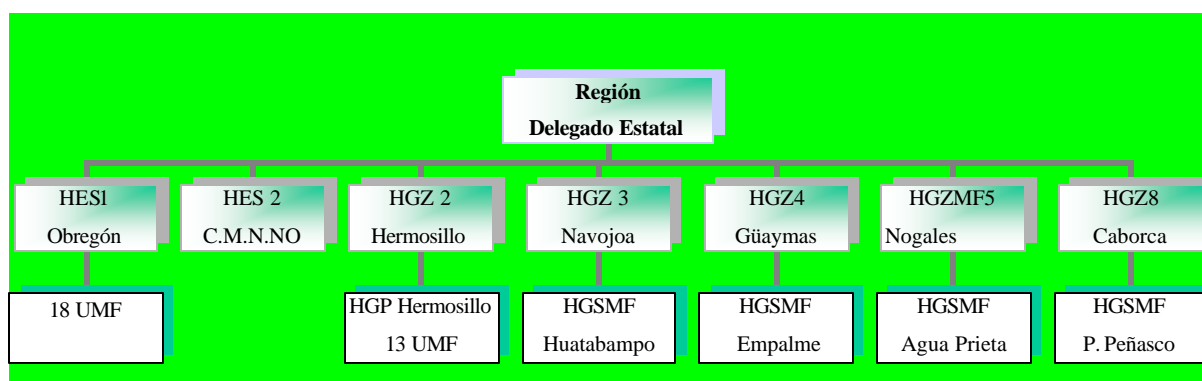
Fuente:

<http://www.imss.gov.mx/IMSS/organizacion/dirRegionales/index.htm> (10 de diciembre de 2002).

En el IMSS, las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), se definen como el microespacio en el que se interrelaciona la capacidad instalada y los servicios médicos de la institución con la finalidad de ofrecer respuestas organizadas a las necesidades y demandas de salud de la población derechohabiente. Su administración y gestión en servicios de salud está a cargo del Comité de Administración del Área Médica de Gestión Desconcentrada (CAAMED). En Sonora, en 2001 se organizaron los servicios del IMSS en seis AMGD: Navojoa, Obregón, Guaymas, Hermosillo, Nogales y Caborca. Esta forma administrativa comprende servicios y organizaciones, entre ellas se encuentran las Unidades de Medicina Familiar.

Estas Unidades son el primer contacto de los derechohabientes y proporcionan servicios de salud. Su responsabilidad es realizar acciones de promoción, educación y fomento a la salud, así como la atención de daños a la salud y rehabilitación temprana, además son el primer nivel de los servicios médicos en donde la Atención Primaria a la Salud se pretende sea el eje de la atención. En este sentido, en el Modelo Institucional de Atención Integral, se señala que las UMF deben privilegiar la atención a la salud y no al daño así como contribuir a mejorar el nivel de salud y a la calidad de vida de la población derechohabiente. En la ilustración No. 3 se presentan los servicios médicos que conforman la Delegación de Sonora.

Ilustración 3. IMSS, Estructura de AMGD Delegación Sonora



HGZ	Hospital General de Zona
HES	Hospital de Especialidades
HGP	Hospital de Gineco-Pediatría
HGZMF	Hospital General de Zona con Medicina Familiar
CMNNO	Centro Médico Nacional del Noroeste

Fuente: Documento entregado por la Delegación Estatal IMSS Sonora, 2002.

El área médica de gestión desconcentrada AMGD de Hermosillo comprende 13 UMF, cuatro de las cuales se encuentran en la ciudad de Hermosillo (UMF 37, 2, 65 y 63) y el resto se localiza en Ures, Sahuaripa, Aconchi, Costa, Puerto Libertad, Nacozari, Moctezuma, Cumpas y Esqueda.

La ciudad de Hermosillo cuenta con cuatro Unidades de Atención de Medicina Familiar en la zona urbana y en dos de ellas fue donde realizamos el estudio. En este trabajo las llamaremos la UMF A y la UMF B. Seleccionamos estas dos Unidades porque entre ambas cubren casi la totalidad de los servicios de Detección Oportuna del norte de la ciudad, que hasta años recientes había sido un área de crecimiento urbano, principalmente como espacio para la construcción de viviendas.

De esta manera, consideramos una Unidad de mayor dimensión y antigüedad, ubicada cerca de servicios hospitalarios y otra más cercana de las viviendas de los trabajadores. La Unidad A se conformó con personal que anteriormente laboraba en la Unidad B, con la finalidad de acercar los servicios a la población, lo cual generó

una mayor utilización de los mismos de los derechohabientes que habitan en áreas cercanas a la UMFA, de esta manera, casi el mismo número de médicos, atiende una demanda mayor en términos reales por la reubicación y acercamiento a más derechohabientes de un servicio que anteriormente se concentraba en la zona hospitalaria de la ciudad.

Para finalizar este capítulo, señalaremos que los procesos de s/e/a como el del cáncer cervical son procesos complejos, en los que participan múltiples factores, no como hemos señalado en este capítulo que son de diversa índole, por lo que consideramos que la colaboración entre los estudios epidemiológicos y los que abordamos la perspectiva del actor social, no tenemos solo divergencias, sino que al menos existe la posibilidad de complementariedad de esfuerzos para aportar a estos estudios de qué manera procesan estas prácticas institucionales de salud pública, las mujeres a quienes dirigen sus esfuerzos. El punto de partida es distinto y la metodología arroja nuevos elementos a considerar para los procesos de educación para la salud. En este trabajo sabemos que la complementariedad es una palabra que se dice fácil y se borda con dificultad, sin embargo pensamos que vale la pena reconstruir otras miradas y encontrar otros posibles indicadores de seguimiento que permitan involucrar en el trabajo de lograr una mejor cobertura del Programa, el esfuerzo de otros espacios e instituciones que vayan en el mismo sentido. La propuesta de la vacuna ha ido dejando de lado en el discurso de los salubristas, la presencia de los factores sociales, económicos y culturales, no vaya a reducirse antes de tiempo el problema desde la perspectiva de los actores que atienden a la población, antes de saber si es esta ya una opción confirmada, va a pasar tiempo para ello y descuidar lo que se tiene parece no ser una buena opción.

III LA INTIMIDAD DEL PAPANICOLAOU: ENTRE RUTINAS Y METAS

En este apartado nos enfocaremos principalmente a describir y analizar las actividades desarrolladas por el personal que labora en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer, y la prueba del Papanicolaou al interior de las Unidades de Medicina Familiar en donde realizamos el estudio y a las cuales llamaré UMF A y B. El tiempo de trabajo etnográfico en cada institución fue de dos meses. Durante el mismo, iniciamos la observación a las ocho de la mañana y terminamos con el primer turno a la una o dos p.m., para reanudar a las tres de la tarde. En la UMF B únicamente cubrimos el turno matutino. El lugar donde pasamos la mayor parte del tiempo fue en el área en la que las personas esperan que las atiendan para los programas de vacunación o para el DOC. En la UMF A, este espacio es un pequeño pasillo en el que tuvimos la oportunidad de contactar a las mujeres y de hablarles de la investigación. En la UMF B es una parte de la sala de espera general de consulta familiar.

Durante el tiempo que estuvimos en las UMF, acompañamos a ochenta y siete mujeres en el proceso de espera y toma del Papanicolaou, 44 en la UMF A y 43 en la UMF B, entre las cuales, 42 permitieron además, audiograbar la conversación durante el Papanicolaou. El análisis de la relación entre enfermeras y mujeres se basa en estos materiales.

Tabla 12. Número de pruebas de Papanicolaou observadas y audiograbadas en las dos UMF

	Pruebas observadas	Pruebas audiograbadas
UMF A	44	27
UMF B	43	15
Total	87	42

Fuente: Registros de consentimiento informado y de audio-grabaciones.

Durante el semestre de enero a junio de 2002, la población adscrita fue de 31,995 derechohabientes, en la UMF A. De ellos el 51% eran mujeres. De ellas, el

48% era de 25 años y más, es decir, la población prioritaria a la que se ha de dirigir el Programa de Detección Oportuna de Cáncer. Hasta diciembre de 2001, atendía a la población derechohabiente que era residente de 51 colonias del norte de la ciudad.

La UMF A tenía una población adscrita a la UMF B de 63,798 derechohabientes, de los cuales el 53% eran mujeres. Hasta diciembre de 2001, atendía la población derechohabiente de los residentes en 41 colonias de la ciudad. Como se desprende de estos datos, la UMF B tiene una adscripción de casi el doble de derechohabientes que la UMF A. Además, la UMF B se encuentra ubicada cercana a la zona hospitalaria mientras que la UMF A se ubica directamente en una zona habitacional de la mancha urbana.

La UMF A comprende un grupo de médicos y personal que a finales de la década de los 90 fue reubicado de la UMF B hacia una instalación menor (ubicada en el noroeste de la ciudad) de esta manera no se amplió el número de plazas requeridas sino que se distribuyó las que ya se tenía y se les acercó a una zona de la ciudad con gran crecimiento poblacional. Los médicos entrevistados señalaron que de esta forma se incrementó la demanda de la población pero no el número de personas que las puede atender, con las implicaciones de saturación de trabajo que esto conlleva y la reducción del tiempo dedicado a la consulta. La UMF A cuenta con cinco consultorios que trabajan en horario matutino y vespertino, mientras que la UMF B tiene diez, que también tienen horario doble. En los consultorios de Medicina Familiar y en Medicina Preventiva se sigue este mismo horario de atención, sin embargo, en la práctica encontramos una serie de tiempos muertos como los dedicados a un descanso de media hora a medio turno (al cual tiene derecho el personal), o el tiempo que requieren las actividades de limpieza del área, las cuales hacen que el horario real en la UMF A sea de nueve a siete y en la B de ocho de la mañana a siete de la noche con las interrupciones señaladas.

El personal del Programa de DOC: “...aquí, el resultado no se ve”

En el programa de DOCC se involucran diferentes actores que laboran en la UMF entre los que se encuentran los siguientes: director, administrador médico, enfermeras, asistentes médicas y trabajadoras sociales. Estos profesionales de la salud

tienen diferentes posiciones en las estructuras de jerarquía de la UMF y sus formas de contratación generan dinámicas cotidianas.

De acuerdo a lo que señalaron algunos de los trabajadores de las UMF, el IMSS prefiere contratar a su personal entre los mismos familiares, de manera que no aumenten los posibles derechohabientes a quienes hay que otorgar servicios.

Pues yo entré por un familiar, porque antes y siempre y hasta hoy ingresan a trabajar por si tienes familiares aquí y ellos ya te consiguen la propuesta y puedes entrar, antes era mas fácil, yo inicié allá en ciudad Obregón, allá empecé a trabajar, y luego ya después de 6 años me vine a Hermosillo. (E5)

De acuerdo con el personal de la UMF, en los reglamentos sindicales se señala que para las contrataciones del personal se da prioridad a los familiares de los trabajadores, ya que de esta forma, la institución reduce parcialmente sus apoyos a la familia que ya se encuentra entre su derechohabiencia. Aún con esta característica, la persona que quiere ingresar a la institución sigue un camino arduo que implica una primera selección y que incluye períodos de varios años de suplencias en las que viven condiciones de inseguridad laboral y no tienen asegurado su ingreso.¹⁷

Una vez dentro del Instituto, los trabajadores administrativos, de intendencia o de otros servicios, consideran que el IMSS ofrece varios caminos de profesionalización que les permite llegar a obtener mejores empleos al interior del mismo una vez que obtienen algún tipo de plaza, por ejemplo, un trabajador puede ingresar al Instituto en el servicio de limpieza o cocina y posteriormente involucrarse en procesos de formación por los que puede ir cambiando de nivel y tipo de trabajo, algunos se forman como citotecnólogos, enfermeros, trabajadores administrativos o asistentes médicas.

En las Unidades de Medicina Familiar esto se refleja en las relaciones de parentesco que se dan entre el personal, de manera, que por ejemplo, una enfermera

17 En los reglamentos encontramos en estos términos que en los Estatutos del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, 1999, en el artículo 3º. Fracción XXII, el cual señala la responsabilidad sindical de “velar porque los familiares de los trabajadores fallecidos o incapacitados, miembros del Sindicato, reciban pronto y eficientemente los beneficios del Fondo de Ayuda Sindical, de Defunción o Invalidez Total Permanente y proponer a los hijos y familiares de los socios y de preferencia de los fallecidos para que obtengan trabajo en el Instituto en los términos del Reglamento de Bolsa de Trabajo.”

que trabaja en Medicina Preventiva puede tener frente a ella, en el espacio de consulta familiar, a una hija que está trabajando como asistente médica o bien a sus sobrinos como parte del equipo de limpieza. También sucede que cuando parte de la familia se traslada de ciudad, el personal busque plazas disponibles en el mismo sitio y solicita el cambio, de esta manera, dos de las enfermeras solicitaron cambio hacia la ciudad de Hermosillo en Medicina Preventiva, lo que no necesariamente implica que exista interés en el área de trabajo, algunas con el tiempo van encontrando sentido a su ocupación. Si bien un trabajador puede ingresar de otras formas, la información sobre la apertura de posibles plazas de trabajo o de laborar sustituyendo a otros trabajadores durante períodos cortos, fluye rápidamente entre los canales familiares.

Las diferentes profesiones que se involucran en las actividades cotidianas del Programa de Detección Oportuna de Cáncer en la UMF se relacionan entre sí con base a status definidos no solamente por los organigramas, con una estructura jerárquica que se impone y construye con mayor o menor consenso entre todos los trabajadores. De esta manera, una de las asistentes describió esta estructura delimitada:

El mando lo tiene el director, debajo de él está el coordinador de la tarde, luego el administrador, el médico de urgencias, los médicos familiares, las enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes (asistente 1, UMF A).

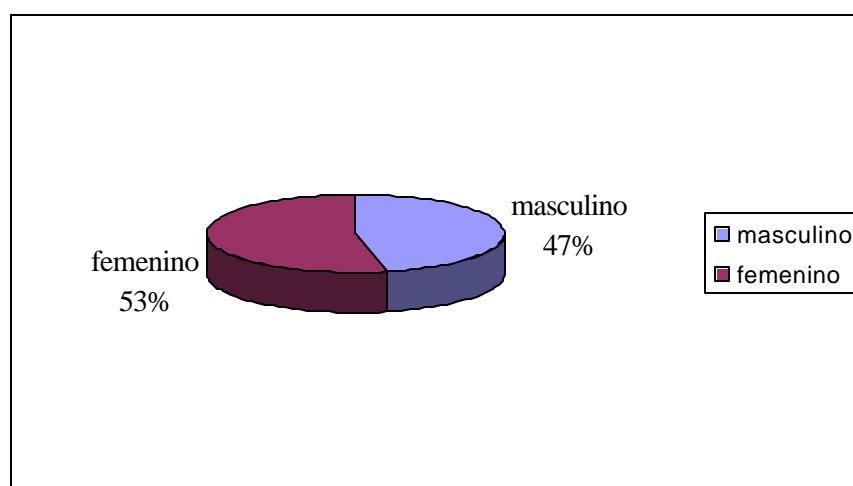
Nos llama la atención la importancia del administrador en esta jerarquía, por encima de los médicos de urgencia y de los médicos familiares, porque se reconoce la importancia y la fuerza de la administración en términos de “decidir qué se hace y qué no” en la UMF, en conjunto con la dirección. Continuando con esta descripción de la estructura, utilizando el mismo criterio de posiciones y jerarquías, ubicaríamos más abajo todavía al personal de limpieza (intendencia) y los encargados de seguridad.

En la UMF A trabajan diez médicos en los consultorios de medicina familiar. Cinco en el turno matutino y cinco en el vespertino, además se encuentra el médico que labora en urgencias y el director de la UMF. En la UMF B, trabaja el doble de

médicos atendiendo diez consultorios por la mañana y diez por la tarde, y el director de la UMF, los servicios de urgencias se refieren al hospital cercano.

Con los médicos realizamos tres sesiones de cuarenta minutos en las cuales tocamos temas relacionados con el programa de DOC. Las mismas se realizaron en el turno matutino en ambas UMF y en ellas pudimos obtener algunas características de los médicos que estaban activos en la consulta familiar los días en que se llevaron a cabo, mismos que presentamos (ver gráfica 16) para dar una idea del personal médico que labora en la UMF. De ellos el 47% son hombres y el 53% mujeres.

Gráfica 16 Sexo del personal médico turno matutino en la UMF A y B



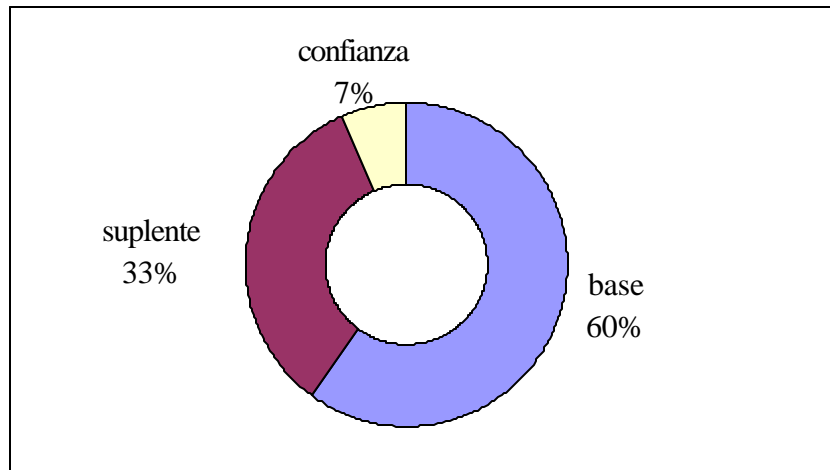
Fuente: elaboración propia etnografía 2001, 2002.

El promedio de edad de los médicos del turno matutino de las dos UMF es de 43.4 años. Ocho de los quince médicos son mujeres. Han trabajado en promedio 13 años en la institución, hay poca diferencia entre hombres y mujeres al respecto.

El 60% de ellos es personal de base y el 33% suplentes (ver gráfica No.17). La estructura laboral expresa la rotación en los consultorios de Medicina Familiar ya que el personal suplente rota por las diferentes UMF cubriendo a médicos que se encuentran de permiso y señala diferencias en los tipos de contratación y de seguridad en el empleo de los médicos familiares que durante el tiempo que trabajamos en la institución cubrieron a una tercera parte del personal de base.

También expresa las formas de contratación que se privilegian por el instituto, las cuales responden a una lógica de costo beneficio ya que implican menos prestaciones hacia este tipo de personal.

Gráfica 17 Forma de contratación de los médicos familiares de las UMF A y B



Fuente: elaboración propia etnografía 2001, 2002

En la UMF A entrevistamos a cuatro de los médicos de base y a un suplente, mientras que en la UMF B, entrevistamos a cuatro suplentes y seis médicos de base. Los que se clasifican como suplentes cubren las consultas de otros médicos por diversas razones, desde permisos por enfermedad “incapacidad” hasta períodos vacacionales.

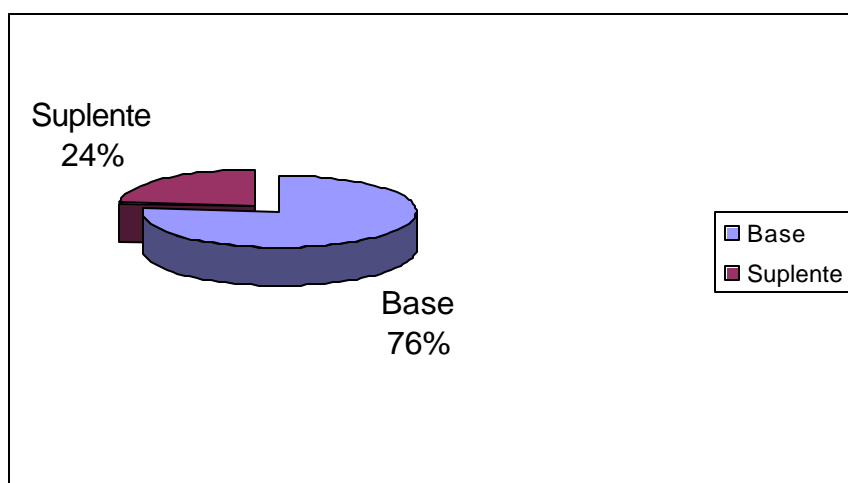
Las funciones que se esperan del personal médico en relación con la detección oportuna de cáncer son la referencia e invitación a la prueba y posteriormente, el análisis de los resultados, definición de tratamiento o referencia en caso de ser necesario, bajo la supervisión directa del director de la UMF a quien se le entregan los resultados positivos a cáncer o VPH.

Cada UMF cuenta con un administrador. Ellos juegan un papel central en las actividades cotidianas ya que de acuerdo al presupuesto se decide el tipo y cantidad de material e instrumentos de trabajo. En el caso de Medicina Preventiva, en los casos en que se termina alguno de los materiales para la toma del Papanicolaou es necesario acudir primero con el director y el administrador para solicitar la compra de los mismos o se suspende la atención hasta en tanto no puedan obtenerse.

Las Asistentes Médicas son las personas que se encuentran en las salas de espera, en un escritorio ubicado frente a cada una de las puertas de los consultorios. Sus actividades son una mezcla de prácticas administrativas, de limpieza y de asistencia al médico. Al llegar por la mañana, media hora antes de la consulta tienen que verificar el instrumental. Ellas reciben a los derechohabientes y organizan los tiempos de la consulta al asignar las citas.

En la UMF A son cinco consultorios y en total laboran en los dos turnos diez asistentes médicas, mientras que en la B son diez consultorios en total y veinte asistentes. El 24% de ellas son suplentes y el resto personal de base del IMSS.

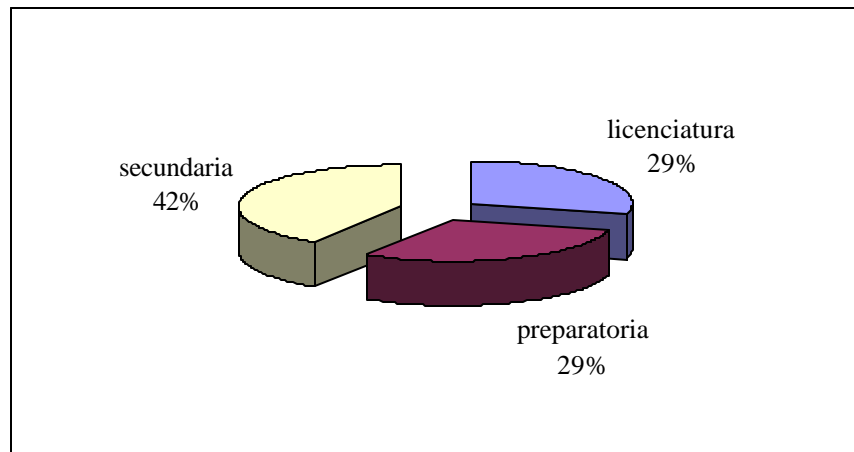
Gráfica 18 Forma de contratación de las Asistentes Médicas en las dos UMF



Fuente: Elaboración propia, información etnográfica 2001-2002.

El promedio de edad de las asistentes médicas entrevistadas era de 38 años, 29% tiene estudios de licenciatura, 29% de preparatoria y el resto de secundaria. En promedio, las asistentes tienen doce años de trabajar en el IMSS y cuatro de hacerlo en la UMF en donde las contactamos. El 70% de las ellas tenían tan solo dos años o menos en las Unidades de Medicina Familiar.

Gráfica 19 Escolaridad de las asistentes médicas UMF A y B



Fuente: Elaboración propia, información etnográfica 2001-2002

Las asistentes que tienen nivel de licenciatura son las más jóvenes de edad, y quienes tienen un tipo de contrato eventual que las hace rotar por las diferentes UMF de la institución.

El papel de las asistentes médicas en ambas clínicas es muy importante, son quienes reciben, canalizan y contienen a los usuarios cuando se quejan y demandan los servicios de consulta médica. También son ellas quienes reorganizan el número de consultas para el turno con base en quienes no llegan, o no lo hacen a tiempo. Tienen contacto directo con las personas que se encuentran en la sala de espera y en el programa de detección oportuna su papel es el de apoyar la promoción en este lugar. Son ellas quienes reciben el resultado del Papanicolaou de las enfermeras de Medicina Preventiva y lo archivan en el expediente que corresponde cuando las mujeres no acuden a la UMF por los mismos.

Las asistentes que han sido contratadas de manera más reciente en las UMF son las que presentan mayor escolaridad, lo que parece relacionarse con la carencia de empleo y la necesidad de trabajar porque solamente se pide secundaria para ingresar al puesto. El desempleo ha hecho atractiva la posibilidad de ocupar este puesto, en la mayoría de los casos como una forma de acceso a otras plazas cuando sea posible, entre ellas hay licenciadas en trabajo social, educadoras y abogadas. La

formación que se requiere para trabajar en este puesto son 9 años de estudio (secundaria). El director de la UMF A señaló que esta composición del personal genera conflictos ya que la organización de las asistentes en otro tiempo lo ejercían las Trabajadoras Sociales o personas con mayor nivel educativo, sin embargo, ahora quien tiene el puesto de trabajador social puede ser de nivel técnico y no tiene la misma autoridad con las asistentes cuando son profesionistas, por lo que en la UMF A se ha optado por no tener una coordinadora entre las asistentes. La estructura jerárquica no corresponde con el nivel de escolaridad de las personas que trabajan como asistentes médicas lo que tiene como repercusión principal que no se organicen actividades de capacitación para los diversos programas que se pretende promover y entre los cuales las asistentes tienen un papel que cumplir.

Algunas asistentes que fueron capacitadas hace más de 20 años, señalan que cuando las coordinaban, las trabajadoras sociales tenían cursos del personal médico o de enfermería en los que aprendían a lavar instrumental, entre ellos, los espejos del Papanicolaou, pero en la actualidad esto es responsabilidad de las enfermeras. También mencionaron que esta actividad ha disminuido debido a la utilización de espejos desechables.

En la UMF B sí se cuenta con una coordinadora de asistentes médicas, quien les pide que entrevisten a las mujeres y registren si tienen una práctica de detección oportuna, en sus registros anteriormente sólo se dirigían a mujeres que tenían hijos, pero hace dos años les dieron la indicación de que era a todas para que los archivos estuvieran más completos.

Cada una de las dos UMF cuenta con una trabajadora social, mismas que laboran durante el turno matutino. La escolaridad de las dos trabajadoras sociales es de nivel técnico Sin embargo, en las dos UMF encontramos a profesionistas tituladas de la licenciatura en Trabajo Social que laboran en otras actividades esperando poder solicitar un cambio de plaza acorde con su profesión.

En la UMF A, durante el período de estudio, la trabajadora social atendía a la población ubicada en la entrada de la UMF. Compartía el estante con personal administrativo frente la sala de espera. Como parte de su trabajo, con los pacientes aborda temas tales como la anticoncepción, la identificación de síntomas de

deshidratación, los cuidados durante el embarazo, la diabetes, la situación socioeconómica de los derechohabientes, y otros temas que se consideran de mayor intimidad como los métodos anticonceptivos, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la detección oportuna de cáncer. En la UMF B utilizaba el espacio en donde se realizan las sesiones los médicos en un área privada, por lo que contaba con mejores condiciones de privacidad.

Entre las actividades de la trabajadora social, relacionadas con el Papanicolaou en la UMF A señaló que en 1999 difundía el programa de DOC utilizando un video que ponía en la sala de espera y daba folletos informativos a las usuarias, sin embargo, con el tiempo los recursos de promoción se vieron disminuidos de tal manera que durante el período de observación sólo contaba con un solo folleto, mismo que enseñaba a las mujeres y les pedía que se lo devolvieran al terminar de revisarlo. Las trabajadoras sociales también organizan las pláticas para embarazadas y los grupos de diabéticos, para lo cual invitan a médicos y enfermeras para que les hablen de diversos temas relacionados con el embarazo, la lactancia y cuidados postnatales; y de la necesidad de realizarse el Papanicolaou, por lo general durante la última charla previa al parto, durante la cual les sugieren acudir tres meses después del mismo. En la UMF B, la trabajadora social entregaba folletería cuando contaba con ella, daba información sobre los requisitos para acudir a la prueba y al igual que la de la A buscaba a las mujeres vía telefónica o utilizaba la ambulancia para ir a localizar a quienes tienen diagnósticos positivos a cáncer, displasia o VPH.

Durante el tiempo que pasamos en la UMF A, las trabajadoras sociales localizaron a tres mujeres que tenían diagnóstico de metaplasma por considerar que este era también un diagnóstico de cuidado, y en la UMF B la trabajadora social utilizó la ambulancia para localizar a una mujer con displasia y le hizo los trámites necesarios para que acudiera a consulta. La trabajadora social de la UMF B le pidió que fuera de manera urgente a su consulta.

En la UMF A laboran tres enfermeras en el consultorio de Medicina Preventiva, dos durante el turno matutino y una en el vespertino. Las enfermeras tienen a su cargo las actividades de detección oportuna de cáncer además de los programas de vacunación, medicación a personas con tuberculosis, toma de presión,

detección de cáncer mamario, detección oportuna de diabetes y participación en las campañas nacionales de vacunación. Su trabajo recibe el apoyo de estudiantes de la escuela de enfermería.

En la UMF B Hay cuatro enfermeras en el turno matutino, una de ellas es la coordinadora del área de vacunación y DOC; dos se dedican a las actividades de vacunación y una exclusivamente al Programa de DOC de manera rotatoria. El trabajo de la enfermera que toma la muestra, al igual que en la UMF A, se ve apoyado con estudiantes de la escuela de enfermería del mismo Instituto, quienes prestan su servicio en este lugar.

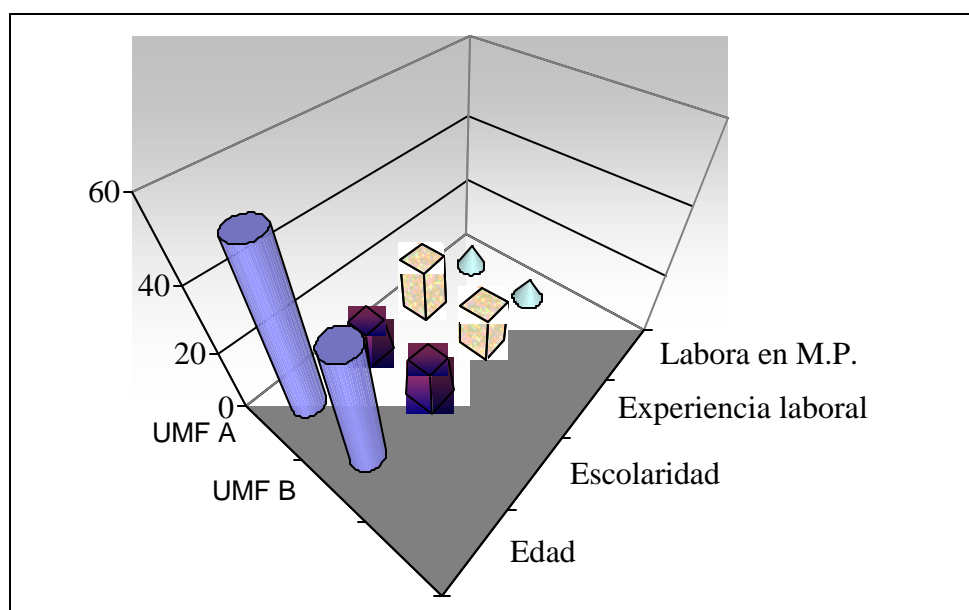
Las historias laborales de las enfermeras varían en cuanto al tiempo de ingreso en el instituto, dos de ellas estaban a punto de jubilarse y negociaban las mejores condiciones de salida de la institución así como posibles actividades a futuro, mientras que otras acababan de ingresar.

El promedio general de edad de las enfermeras que laboran en Medicina Preventiva en las dos UMF es de 45 años, sin embargo en la UMF A el promedio de edad es mayor, de 51 años, mientras que en la UMF B es de 38. El promedio de años de trabajar en el IMSS es de 17 años en el caso de las enfermeras de la UMF A y de 11 en la B, y en Medicina Preventiva es similar, han trabajado en el primer nivel de atención en promedio, ocho años las enfermeras de la A y 7 las de la B. El título profesional con el que cuentan el 86% de ellas es de auxiliar de enfermería.

Las enfermeras que trabajan en la UMF A están más próximas a la jubilación, mientras que en la UMF B hay personal más joven y la perspectiva de la vida cotidiana en la institución es distinta en estas etapas (ver gráfica No. 20). Para quienes la jubilación se aproximaba la perspectiva cotidiana del trabajo es distinta en términos de que ellas y sus compañeros de trabajo al saber que está por terminar con la etapa laboral acompañan y aprenden del proceso de jubilación en la institución. Por ejemplo, los trabajadores de intendencia, entre quienes la E2 tenía algunos sobrinos, acudían de manera cotidiana al consultorio de Medicina Preventiva y preguntaban sobre cómo era su proceso y las condiciones de jubilación, a la vez ellos le señalaban que era tiempo de que llegara su jubilación y que mientras llegaban sus papeles “le estás trabajando de gratis ya al Instituto”.

Para eventos de capacitación no consideraron candidata a la enfermera que estaba más próxima a jubilarse, ella tuvo que gestionar la oportunidad de participar. De esta manera, la relación entre los próximos a pensionarse y las actividades cotidianas puede cambiar en algunos términos y en algunos casos se tiene menor disposición a cambiar las prácticas de atención que han otorgado durante toda su vida en el Instituto, como sucedía con la E3, quien a pesar de haber recibido la indicación de no solicitar el período de 24 horas sin relaciones sexuales y siete días posteriores a la menstruación para el Papanicolaou, se negaba a considerarlos en su práctica porque su experiencia le decía que era más factible que le regresaran las muestras del laboratorio. Al respecto el director señalaba que “hay empleados que ya no van a cambiar” y como directivo lo único que podía hacer para modificar las prácticas de atención en la UMF era esperar que se jubilara y trabajar con la persona que la reemplazaría.

Gráfica 20 Comparación del personal de enfermería en las UMF A y B



Fuente: Elaboración propia, información etnográfica 2001-2002.

En su historia laboral al interior del instituto, cuatro de las enfermeras pasaron por otras actividades dentro del IMSS y se formaron en este proceso, una trabajó en la

cocina, otra más en puericultura y como asistente médica, otras más fueron enfermeras en urgencias y en ginecología pero tuvieron problemas de salud o familiares por los que buscaron el cambio de su plaza. Tres de ellas entraron directamente a Medicina Preventiva. Al preguntarles por qué están en ese lugar, seis de ellas señalaron que llegaron al puesto porque fue ahí donde consiguieron trabajo cuando pidieron cambio de horarios o plazas, o cuando hicieron el examen para entrar al IMSS. Tres de estos casos (E1, E3, E6) solicitaron la plaza porque era la manera de volver a estar cerca de su familia, fueran esposos o hijas que se habían mudado a Hermosillo. Una de ellas (E2) se lastimó la columna en su trabajo en la sala de emergencias y por el tiempo que le quedaba en el instituto prefirió cuidarse en un espacio en el que no tuviera que hacer labores que pudieran perjudicar más su salud.

Entre las siete enfermeras solamente encontramos a una que buscara la plaza por interés de trabajar en los programas preventivos, durante los cuales su participación en el programa de detección oportuna de cáncer cervical en los meses de observación, fue casi nula, pues su trabajo se enfocaba principalmente a actividades administrativas y al programa de vacunación.

La representación sobre las jerarquías y la valoración del trabajo del personal de enfermería incluye al menos cuatro tipos de enfermeras en una primera clasificación por su formación profesional, de menor a mayor reconocimiento: a) las estudiantes de la licenciatura en enfermería que prestan el servicio y realizan su trabajo comunitario; b) las auxiliares de enfermería; c) la enfermera general y d) la enfermera con alguna especialidad. Esta última tiene formalmente una mayor jerarquía sobre la segunda.

En la práctica las enfermeras reconocen esta diferenciación de acuerdo a la formación pero sobre todo de acuerdo a la práctica. Quienes tienen más años en la institución señalaron que estudiar más no garantiza un mejor desempeño. En general, el personal de enfermería comparte que en los servicios de salud, hace treinta años, cuando algunas de ellas entraron a trabajar, no era la formación académica el camino privilegiado para acceder a los puestos de enfermería. Se valoraba más la experiencia, la capacitación continua en las instituciones de servicios de salud de mayor reconocimiento y la confianza que tenían en su trabajo sus compañeros de trabajo,

principalmente la opinión médica. “Ahora es diferente, el grado académico tiene mayor peso”, pero entre quienes laboraban en Medicina Preventiva solamente una de ellas era Enfermera General y tenía la especialidad en Salud Pública, las demás eran auxiliares.

Otra forma de diferenciar tipos de enfermería por el mismo personal de Medicina Preventiva, refleja el orden en que se valora el trabajo preventivo frente al curativo. Ya que hay algunos puestos a los que se les reconoce mayor grado de dificultad, responsabilidad y sacrificio por lo que son más valorados entre el personal de enfermería: a) el primer lugar, en este sentido, lo tienen las enfermeras que trabajan en terapia intensiva; b) en segundo lugar las que trabajan en quirófanos y urgencias; c) y en tercero y último lugar se encuentra el trabajo de quienes laboran en Medicina Preventiva. Aun cuando el personal de enfermería reconoce formalmente la importancia de su trabajo, principalmente durante el tiempo de las campañas de vacunación, señalaron que es únicamente en estos días de campaña cuando el personal de las UMF reconoce su esfuerzo, principalmente por la cantidad de personas que acuden al IMSS o por la asignación de personal a la campaña, pero por lo general, los días de trabajo rutinario señalan que su trabajo no se considera como labor de enfermería y el personal comenta que en ocasiones no hacen nada. Durante la estancia en las UMF, tuvimos oportunidad de escuchar esta valoración negativa de su trabajo por parte sus de sus compañeros de otras áreas, entre ellos asistentes médicas y médicos familiares, o del servicio de urgencias.

Las relaciones al interior de Medicina Preventiva reflejan estas jerarquías, en la actualidad tiene un peso laboral el grado de estudios del personal de enfermería para tener acceso a plazas o a mejores condiciones de ingresos. Los procesos que privilegiaban la experiencia práctica y la recomendación y aquellos que privilegian la formación académica se encuentran en un mismo tiempo y espacio en los espacios médicos actuales, como en el consultorios de MP, de manera que por ejemplo, en la UMF A observamos dos tipos de liderazgos que convivían cada día: a) el formal que tenía una enfermera especialista en salud pública y b) el de la enfermera con más edad, antigüedad, experiencia reconocida de las técnicas que aplica y participación sindical. En la UMF B la enfermera que coordina Medicina Preventiva tiene la

combinación de los dos liderazgos, es decir, es un personaje fuerte en la vida sindical de la institución y la de mayor edad y antigüedad, pero también tiene la responsabilidad formal de coordinar las actividades de Medicina Preventiva. Cuando la jerarquía institucional se une a la sindical la fuerza de negociación de la persona que se encuentra en esta situación es mayor.

Como representante sindical en el turno nocturno en el hospital, me tenía que pelear con la jefa de enfermeras, pero yo tenía el poder de los que habían depositado su confianza en mí y con ese poder no dejaba que las movieran del turno, es decir, había acuerdos sobre en qué momento se podía mover al personal, por ejemplo si a la hora de llegar en lugar de llegar las 10 necesarias llegaban 8 era posible decirle a una enfermera que se fuera para urgencias por ejemplo, pero si ya había pasado tiempo, una o dos horas en las que las enfermeras hacían su trabajo en un área, preparaban su medicamento y su rutina, y en ese momento llegaba la jefa y la quería mover, yo no me dejaba porque entonces le harían doble trabajo y no es justo, hay otros modos de cubrir esto y sobre todo de verlo a tiempo. Me peleaba con los médicos, pero es que el sindicato cuando se trabaja bien, es muy importante, cuando es bien trabajado, el sindicato defiende a los trabajadores, por ejemplo, un trabajador o un empleado de confianza no puede ofender a otro trabajador, si es así, por ejemplo el director de la UMF, está comisionado como empleado de confianza, pero si hace algo contra algún trabajador, el sindicato puede pedir que le quiten ese permiso, esa comisión y lo regresen a su base (E2).

Por lo general, las coordinadoras del área no toman la prueba de Papanicolaou, son las demás integrantes del equipo quienes se rotan la práctica, mientras que en la B aunque había un rol para rotarse este servicio, en realidad durante ocho meses había sido responsabilidad de una de las integrantes del equipo a quien no le molestaba trabajar en el DOC y a quien sus compañeros reconocían su habilidad para la toma. El cambio en el rol se había suspendido porque una de las enfermeras se había ausentado por enfermedad y el enfermero que la sustituyó era hombre; debido a esto, los Papanicolaous habían disminuido considerablemente por lo que acordaron que la misma enfermera regresara a la toma de la prueba por un tiempo más.

Finalmente, las siete enfermeras de Medicina Preventiva coinciden en señalar que el trabajo de medicina preventiva no es valorado entre sus compañeros de trabajo porque lo que se considera digno de reconocimiento de la actividad de enfermería son

las actividades relacionadas con los procesos de atención a la enfermedad, no su prevención. El personal que labora en las salas de urgencias, en quirófano o terapia intensiva es el de mayor reconocimiento porque tienen que actuar y decidir en momentos de mucha tensión. Dos de las enfermeras se refirieron a ellas como “héroes” (no utilizaron la palabra heroínas). A continuación transcribo una parte del diario de campo en la que una de ellas hace explícito lo anterior:

Enfermería es poco valorada, el trabajo se ve como algo sin mucho valor... Es que si ponemos jerarquías, lo máximo es el trabajo de las enfermeras en los quirófanos, tal vez no, primero el de las “terapistas” (enfermeras que trabajan en terapia intensiva). Una vez conocí a una, muy rápido, en un evento, yo quería platicar mucho con ella, son héroes, no pude hablar mucho tiempo con ella. La veía como una jovencita ve a una estrella de basket ball, con esa admiración. La vida en el hospital es diferente, aquí es más lento, allá no puedes perder tiempo, ¡qué esperanzas!, aquí le puedo decir: “Espéreme un poquito”, allá llegan a urgencias y hay que tomarle la presión, luchar contra la enfermedad, cada caso es un reto y son unos héroes. Tienes que responder y poner a funcionar las neuronas rápido, ahí aprendes que la vida depende del tiempo con el que reaccionas, en cuanto llegas tienes que tomar presión, canalizar... No me imagino cómo pueden dormir las terapistas, ¡peor si son terapistas en salas pediátricas! Aquí es más lento, el resultado no se ve. En quirófano son muchas cosas yo le preguntaba a un médico ¿cómo podía dormir y bailar, si trabajaba con bebés, si se le muere uno o no lo puede curar? Él decía que había que seguir. Eso sí me costaría mucho. ¿Cómo poder dejarlo a un lado y seguir la vida? Pero si yo hubiera tenido la oportunidad de escoger en las mismas condiciones la plaza de hospital o la de medicina preventiva hubiera escogido la de hospital. Yo pienso que el trabajo de preventiva no se valora, piensan que somos unas flojas, y es que si lo comparas con el hospital, como te digo con las de quirófano y las terapistas... a mí me gusta ahora, pero me gustaba mucho el hospital, aprendes mucho cada caso (E3).

A excepción de una de las enfermeras, las demás señalaron que cuando entraron a trabajar en ese lugar se cansaban o desesperaban por los ritmos y el tipo de trabajo, pero después vieron conveniencias por las facilidades de horario y por considerar que tienen una responsabilidad diferente, que fueron aprendiendo a valorar, pero cuya importancia ellas mismas consideran menor y tienen que hacerla explícita con sus compañeros no en pocas ocasiones. El problema principal de sus actividades es que no se ven resultados espectaculares, no se convierten en heroínas,

ni tampoco cuentan con información que les indique de qué ha servido su esfuerzo - como por ejemplo el comportamiento de las tasas de mortalidad o morbilidad- solamente saben cuál es la cuota de Papanicolaous que deben cubrir durante el semestre o el año.

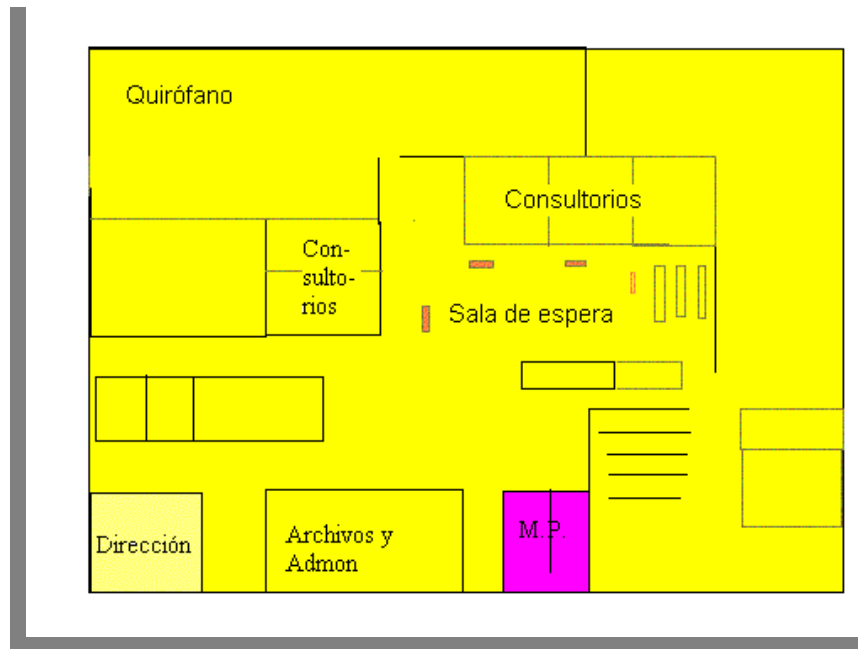
La delimitación de los espacios del Papanicolaou en las UMF

El espacio en la UMF A

El primer contacto con la UMF A lo tuvimos durante 1999, cuando tenía poco tiempo de haber iniciado sus labores. El espacio de paredes blancas y grandes ventanales se compone de una farmacia, consultorio dental, estacionamiento, cinco consultorios de Medicina Familiar, una sala de emergencias que cuenta con un pequeño quirófano en donde se llevan a cabo operaciones que no requieren hospitalización (ambulatorias), el archivo, la administración y la dirección, además de dos baños y un pequeño patio entre los consultorios, y el área de emergencias (ver ilustración 4).

En la entrada, en una barra que comparte con personal administrativo, se encuentra la Trabajadora Social. Durante el tiempo que duró el estudio negoció con los directivos de la Unidad que le fabricaran algún tipo de separación que diera privacidad a las personas con las que habla de diversos temas, algunos de ellos considerados íntimos, como cuando proporciona información sobre planificación familiar o cuando se les canaliza a diferentes tipos de servicios médicos. Después de seis meses de gestión logró que construyeran un espacio con material transparente que si bien no permitía condiciones ideales de privacidad, separaba al menos al personal de áreas administrativas y del archivo, de las entrevistas con los pacientes.

Ilustración 4. UMF A



Fuente: Elaboración propia, 2001.

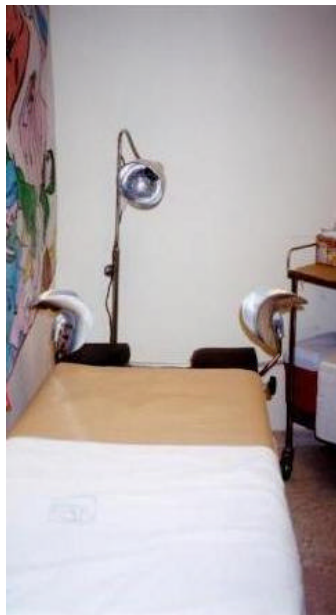
En el recuadro delineamos los espacios según su utilización. La clínica es pequeña en relación con la cantidad de personas que atiende, pero en sus tres años de funcionamiento permite a los derechohabientes facilidades de acceso al acercar el servicio a sus hogares. Anteriormente, la población que atiende acudía a otras UMF más grandes pero lejanas de esta zona de la ciudad, ubicadas a más de 30 minutos en transporte público.

Los espacios al interior de la UMF son limitados y son motivo de negociación y conflicto. Durante el tiempo que duró la observación etnográfica, Trabajo Social no contaba con un lugar apropiado para trabajar, sino que compartía un espacio común con la asistente del consultorio dental y el personal de afiliación. A raíz de un diagnóstico y sugerencias que realizaron estudiantes de la escuela de Trabajo Social de la Universidad de Sonora y de las gestiones del director, de la responsable de Trabajo Social y de la enfermera que coordina Medicina Preventiva, lograron que se construyeran una separación de cristal que actualmente posibilita una mayor privacidad en su trabajo.

El consultorio de Medicina Preventiva de la UMF A tiene las dimensiones aproximadas de los consultorios de Medicina Familiar, pero se encuentra dividido en dos partes por un panel, por un lado el espacio de vacunación y el de la toma de la prueba del Papanicolaou (ver ilustración No. 5)

Dicho consultorio mide aproximadamente 3.30 m. por 3.30 m., y dentro de este lugar, el área del Papanicolaou tiene 1.30 m. de ancho por 3.30 de largo, un breve espacio en el que se toma la muestra, se convive, se come, se muestran artículos variados para su venta.

Ilustración 5. Interior del consultorio de Medicina Preventiva UMF A



Área del Papanicolaou



Área de vacunación

El panel que divide ambas áreas no llega al techo, pero las enfermeras consideran que “es un logro”, ya que presionaron al delegado del IMSS cuando visitó la unidad para que se construyera una pared, porque al inicio del trabajo, en 1999, el espacio estaba dividido solamente por una cortina y los niños que acudían a vacunación no siempre respetaban la división.

En 2001 observamos algunos cambios en la distribución del espacio que conocimos durante las primeras visitas a la UMF a mediados de 1999, el más importante fue la ubicación de la cama. Anteriormente, al abrir la puerta de la

división, la parte final de la cama ginecológica, el instrumental y el asiento utilizado por el personal de enfermería se encontraba justo a la entrada y era factible que en alguna ocasión sucediera que alguna persona entrase y observase directamente la toma, la distribución estaba pensada en la comodidad de las enfermeras para tener un poco de más espacio durante la toma, pero no en términos de la privacidad o confianza de las mujeres. El cambio se debió a la sugerencia de una enfermera que llegó a trabajar en este lugar y movió la mesa de exploración en sentido contrario, de manera que si alguien abriese la puerta, vería inmediatamente que el cuarto se encontraba ocupado pero solamente observaría la cabeza de la mujer. La misma enfermera colocó flores en la habitación contigua para tratar de hacer más acogedor el lugar, se trata de iniciativas personales no de la institución.

La fotografía anterior muestra algunos posters en las paredes y muebles del consultorio de Medicina Preventiva, pero el único que es accesible para su lectura desde la silla donde se sientan las mujeres es el de la prueba del Papanicolaou, que está justo enfrente, en los archiveros, tras el escritorio de las enfermeras. En repetidas ocasiones pudimos observar que las mujeres preguntaban por la prueba cuando llevaban a vacunar a sus hijos, luego de que lo observaban. La ubicación de los posters puede apoyar el trabajo de las enfermeras cuando se encuentran en lugares estratégicos, de otra manera corren el riesgo de no estar al alcance de los usuarios del servicio médico.

En el cuarto del Papanicolaou hay un dibujo (ver ilustración No. 6) que hizo una estudiante de enfermería en 1999 que representa la toma del Papanicolaou. Desde la óptica del personal de enfermería representa “lo que es la técnica de la toma”, sin embargo, posiblemente por su ubicación, las mujeres entrevistadas después del Papanicolaou no reportaron haberlo observado, veían que había algo en la pared, pero entre los sentimientos negativos que genera la prueba y la ubicación del dibujo, no repararon en sus detalles ni en su contenido.

Ilustración 6. Representación del Papanicolaou en la UMF A



Fuente: Información etnográfica 2001.

El dibujo representa la toma del Papanicolaou como una prueba médica con tintes de operación quirúrgica porque el personal que lo realiza está vestido como si estuviera en una práctica de este tipo.

Cuando el personal de enfermería se refirió al dibujo entablaron una polémica acerca de si la parte superior era la luz del quirófano o la representación de un cervix, no recordaban qué había dicho al respecto la autora pero ninguna cuestionó que se hubiera dibujado a la mujer o al personal de enfermería con esa ropa, ni que el tomador de la muestra pareciera ser un hombre. Antes bien señalaron que “está muy bien porque dice cómo es” refiriéndose a que desde su punto de vista tiene una función educativa e informativa.

El dibujo nos arroja una imagen de la prueba como técnica especializada, que es realizada por un médico que parece ser hombre, con la boca tapada, como símbolo del cuidado de asepsia, a pesar de que la prueba se realiza en condiciones de higiene que no requieren de estos cuidados, y de que el personal que labora en el área y toma la muestra por lo general es femenino y se trata de una técnica relativamente sencilla que los médicos les han delegado. Nuestra interpretación del dibujo es que su conjunto resaltan tres elementos que no forman parte de la práctica misma

necesariamente: la masculinidad del tomador, la profesionalización requerida para el Papanicolaou hasta el grado de la medicina y la asepsia.

Entre las negociaciones para el uso de los espacios que observamos en la UMF A, se encuentra el que solicita el servicio de ortopedia, mismo que no cuenta con un consultorio determinado en la UMF debido a que el especialista acude a este lugar una vez a la semana, los viernes, de manera que para ese día se requiere de un lugar para su trabajo.

Para tratar de solucionar la carencia de un espacio físico para ortopedia, en ocasiones se recurrió a la suspensión del servicio en el consultorio dental y en otras en el de Medicina Preventiva. Cuando sucedió esto último, se suspendió la toma del Papanicolaou en la institución y la dirección de la UMF solicitó al personal de Medicina Preventiva que acudiera a las maquiladoras para realizar trabajo preventivo “de inducción”, incluyendo en los servicios la prueba del Papanicolaou. Entre el personal de enfermería el cambio de rutina generó conflicto, algunas de las integrantes describieron que era “quitarles sus condiciones de trabajo” y muy a su pesar, acudieron a trabajar en la maquiladora. La actividad parecía estar más en función de utilizar el espacio que con base en una estrategia de vinculación con los centros de trabajo.

En la UMF A, no se cuenta con un espacio con la finalidad específica de convivencia durante el tiempo de descanso, por lo que el personal adapta sus espacios de trabajo para ello. Atravesando la calle hay puestos de comida donde los pacientes y el personal compran diversos alimentos. A pesar de no existir un espacio designado para el tiempo de descanso, en la UMF hay varios lugares para pasar ese momento. Uno de ellos es el cuarto del Papanicolaou, el cual es un punto de encuentro para el personal de limpieza, de enfermería y trabajo social. En otro espacio se reúnen las asistentes médicas, ellas utilizan las mismas paredes donde se encuentran los expedientes para ubicar entre los mismos un lugar para descansar, subir los pies, tomar café y algo más durante su descanso en medio de la jornada laboral.

El archivo es otro lugar de encuentro entre el personal que ahí labora, el administrador y algunos médicos familiares. También se utilizan de la misma forma el espacio de urgencias cuando está libre, la parte exterior del estacionamiento y la

jardinera. En estos dos últimos lugares se llevaron a cabo celebraciones de eventos del personal tales como el día del médico, de la enfermera, el nacimiento de un bebé, despedidas para el personal que se va a trabajar en otro lugar y la bienvenida de un trabajador o directivo.

Los espacios de trabajo se transforman por un momento en área de descanso y convivencia que están regulados en la jornada laboral, pero además expresan las relaciones al interior de la UMF. En muy contadas ocasiones (tres durante los dos meses) entró personal médico a Medicina Preventiva, y siempre a solicitud del personal de enfermería, para que revisara a una mujer o para compartir con ellos algo de comer.

Las relaciones de jerarquía se expresan en la utilización de los espacios y en ese sentido, el cuarto del Papanicolaou es un espacio del personal que se encuentra en el nivel inferior de las jerarquías pero que tiene en esta UMF el “privilegio” de contar con un lugar para descansar y convivir, así como para compartir la mercancía que vende el mismo personal de la UMF o amistades a quienes se les permite hacerlo. El tipo de productos va desde un labial, pinturas para el cabello, comida y ropa, hasta carros y rentas, o ventas de casas o terrenos.

En el consultorio de Medicina Preventiva, si se requiere algún servicio durante el tiempo de descanso, los alimentos, la ropa o cualquier mercancía se cubre de las miradas de las usuarias con papel de estraza.

La convivencia durante el descanso reproduce o fomenta relaciones entre personal por lo general del mismo nivel de status en la UMF. Los espacios delimitan relaciones más o menos diferenciadas de profesión y actividad laboral, así los médicos se reúnen en el cubículo del director cada miércoles para estudiar algún tema, las asistentes se reúnen tras los archivos y las enfermeras en urgencias o en Medicina Preventiva. La jardinera detrás los consultorios es un espacio común donde se celebran ocasiones especiales cuando baja el calor y cuando los baños no presentan problemas por el drenaje, ya que al quedar frente a este lugar, el olor a veces no permite que se realicen estos eventos. Durante el tiempo de observación, la jardinera se utilizó para dar pláticas a mujeres embarazadas y diabéticos, para actividades de corte de pelo y para festejar a asistentes médicas que cambiaron de UMF o que se

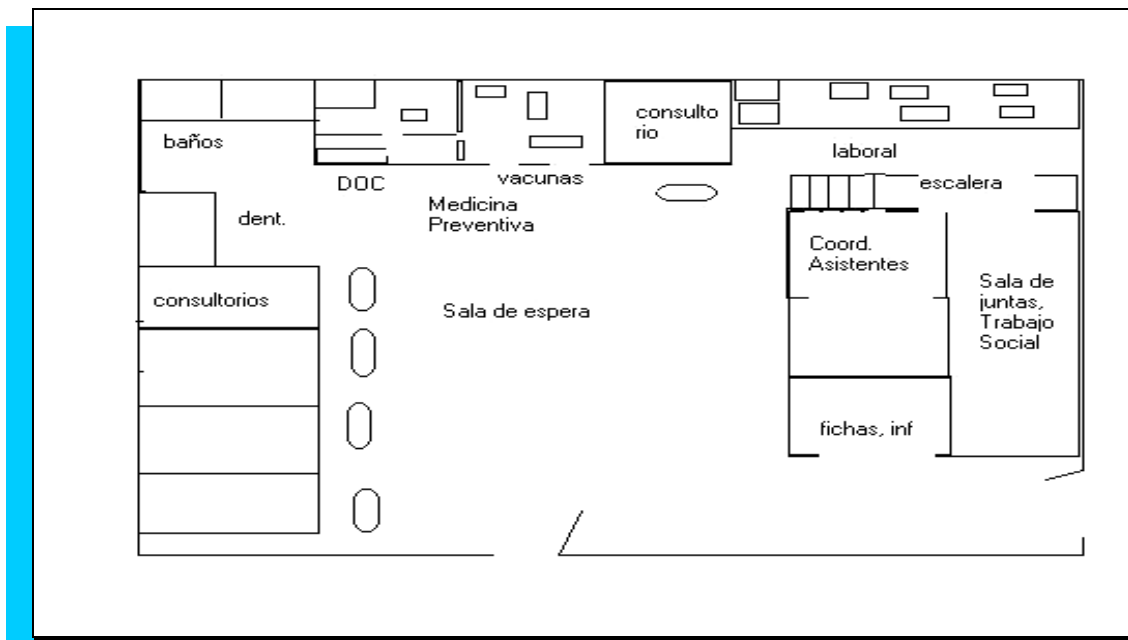
retirarían tres meses debido a embarazo. También se celebró ahí el día del médico y el cumpleaños de una de las asistentes.

El espacio en la UMF B

El primer contacto con los directivos de la UMF B se hizo en noviembre de 2001, tenían escaso un año de haber iniciado el traslado de los consultorios y el personal a un edificio cercano al hospital en el que atendían los médicos familiares. En ese entonces, hacía falta que la mitad de los consultorios se reubicara (ver ilustración No. 7).

Las necesidades de mayor espacio en el hospital se desahogaron entre otras cosas, con este movimiento de los servicios de primer nivel de atención a la “nueva” UMF. Durante los dos meses que estuvimos en la UMF, el cuarto donde se toma el Papanicolaou se reubicó en cuatro ocasiones, por lo que fue posible observar el proceso de negociación sobre el lugar donde se tomaría la muestra, es decir, nos tocó acompañar el proceso de discusión para su nueva ocupación.

Ilustración 7. UMF B planta baja como quedó de manera definitiva



Fuente: Elaboración propia, UMF 2002.

Los actores involucrados en la toma de decisión de manera jerárquica fueron el director de la UMF, el médico epidemiólogo y la coordinadora del personal de enfermería que labora en el Programa.

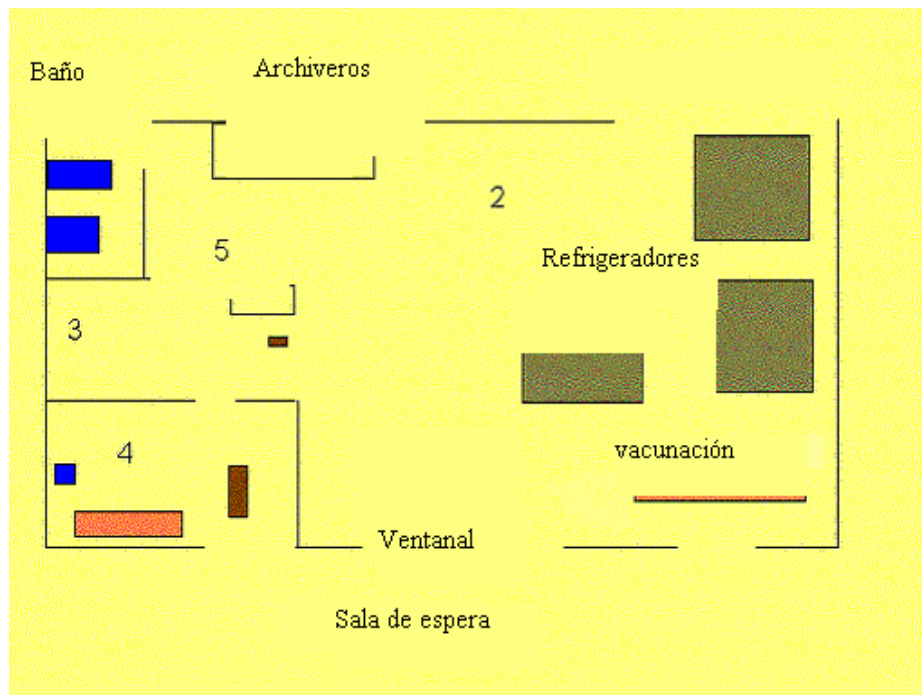
Cuando llegamos a la UMF, el consultorio de Medicina Preventiva se dividía en dos consultorios espaciosos, uno que ocupaba el programa de vacunación y otro para la prueba del Papanicolaou, éste se encontraba ubicado también en el primer piso pero en un espacio que correspondía a los consultorios de Medicina Laboral en el plano de la UMF. Los planes iniciales señalaban que este servicio pasaría hacia medicina preventiva y medicina laboral se reubicaría en donde se realizaban las citologías. El plan se siguió pero en su aplicación hubo algunas modificaciones importantes a considerar por las cuales el lugar y la ubicación del mobiliario cambiaron en cuatro ocasiones. El siguiente dibujo comprende el primer piso del edificio, y la forma en que quedó distribuido el espacio al final.

Un año atrás, cuando se encontraban en el Hospital, el Programa de Detección Oportuna de Cáncer compartía espacio con el Programa de Planificación Familiar lo que tenía algunas ventajas y desventajas, desde el punto de vista del personal de enfermería, esto permitía aprovechar la oportunidad de que las mujeres acudieran a la revisión del dispositivo y al mismo tiempo a hacerse la prueba.

El personal médico también lo veía oportuno porque de esta manera contaba con el apoyo del personal de enfermería, no solamente para el lavado de los espejos vaginales sino además para la revisión de los dispositivos. Sin embargo, entre el personal de enfermería algunos trabajadores consideraban que esta relación implicaba realizar actividades que no les correspondían lo que generó cierto malestar que se manifestó cuando les propusieron mantener la misma ubicación en el espacio de Planificación Familiar. Tiempo después de la separación de los dos consultorios, la enfermera que tomaba los Papanicolaous notó disminuciones importantes en el número de tomas que podía realizar durante su turno a comparación de los que hacía cuando los dos servicios ocupaban el mismo espacio físico con el Programa de Planificación porque “era más fácil, les decía que si querían aprovechar de una vez y muchas decían que sí, y les hacía las dos cosas” (E6).

Cuando se trasladaron al nuevo edificio (ver ilustración No.8), el espacio destinado al Papanicolaou ocupaba el lugar que finalmente correspondería a Medicina Laboral. Se ubicaba a un lado de la sala de espera, era un espacio amplio de aproximadamente seis metros cuadrados; en los cuales se distribuía el acceso a dos consultorios de Medicina Familiar, el escritorio de la enfermera y una separación con una cortina para la cama de exploración en donde se tomaba el Papanicolaou en un área de aproximadamente tres metros cuadrados.

Ilustración 8. Cambios de ubicación del mobiliario e instrumental para la toma del Papanicolaou al interior del Área de Medicina Preventiva



Una vez dentro del área de Medicina Preventiva :

2 Reubicación hacia área de refrigeradores.

3 Cambio dentro del área de MP al cuarto al lado del baño.

4 Último movimiento hacia el espacio que cedió el médico epidemiólogo.

Nota: Iniciamos la numeración con el dos, porque la primera reubicación cuando pasó de Medicina Familiar a Medicina Preventiva.

Las enfermeras del turno matutino dijeron estar muy cómodas con la ubicación, el único inconveniente era el paso de los pacientes hacia el consultorio,

pero el lugar era amplio y les permitía contar con un espacio únicamente dedicado a la prueba. También era centro de reunión entre el personal de enfermería y de vez en cuando convivían con el médico del turno matutino, sobre todo antes de que iniciara la consulta. El área de Medicina Preventiva, se dedicaba exclusivamente a la vacunación durante esta primera etapa de la investigación.

A finales de febrero se llevó a cabo el cambio de ubicación del mobiliario para la toma del Papanicolaou hacia Medicina Preventiva, sin embargo, las condiciones en esta área habían cambiado. Los cambios a que nos referimos son que se había logrado que se abriera una plaza para un epidemiólogo que fue asignado a la UMF B para que trabajara en combinación con el equipo de Medicina Preventiva, pero no se contaba con un espacio destinado a su consultorio, se le instaló en el lugar en donde inicialmente se había pensado que podría quedar el servicio de DOC y el lugar donde pudiera haberse ubicado la mesa de exploración se vio reducido. A lo anterior se sumó el hecho de que los refrigeradores de las vacunas ocuparon un espacio mayor del que se había planeado inicialmente, lo que recortó aún más las opciones de ubicación de la toma del Papanicolaou.

La primera sugerencia para la reubicación de la mesa de exploración para la toma del Papanicolaou la hizo la enfermera que coordina el área de Medicina Preventiva. Ella sugirió que estuviera en la parte posterior de los refrigeradores, de manera que éstos hicieran la función de división del servicio de vacunación, sin embargo los refrigeradores no cubrían del todo y justo enfrente hay un gran ventanal con vista hacia la sala de espera. El médico epidemiólogo sugería que el escritorio de la enfermera de DOC y la mesa de exploración entraran en el mismo espacio. En este lugar, la toma de la muestra se llevó a cabo únicamente por dos días, no fue posible introducir el escritorio a la misma área de trabajo.

La negociación del espacio se llevó a cabo entre el epidemiólogo y la coordinadora de Medicina Preventiva, la enfermera de Detección Oportuna de Cáncer no fue tomada en cuenta directamente durante la decisión de cómo acomodar los refrigeradores, y durante uno de las tomas de citología, ella le comentó con molestia a la señora que atendía que no le parecía una buena opción porque no podría meter ahí su escritorio, por lo que se tendría que quedar en el espacio común tal y como estaba

en ese momento. Para realizar este cambio, en una mañana tumbaron una división y colocaron la mesa de exploración detrás de los refrigeradores, sin embargo, la enfermera de detección oportuna presionó a su coordinadora para renegociar la ubicación de la toma y logró que se utilizara un espacio junto al baño, un lugar muy pequeño (ver ilustración No. 9) en el que la mesa de exploración tenía que estar esquinada porque de otra manera no era posible realizar la toma como puede observarse en seguida.

Ilustración 9. Tercer lugar de la toma de la muestra en la UMF B



Además del pequeño espacio que se ocupaba, en él había un archivero, el bote de basura y durante un tiempo algunas cajas con materiales. No dejó de llamarnos la atención lo apresurado de las decisiones respecto de los arreglos porque había que aprovechar el tiempo que tenían destinado a esa área el personal de mantenimiento que tenían designada la tarea y el recurso. En esos momentos se revisaban las decisiones y se hicieron cambios en relación a los plafones, toma corrientes, cortinas, puertas, o muebles.

El cuarto no tenía ventilación y era del tamaño de un clóset de metro y cincuenta por un metro de ancho, con lo que el carrito del instrumental y el escritorio de la enfermera quedaron fuera nuevamente, pero la cama de exploración quedó protegida de las miradas de la sala de espera. Mientras tanto, al médico epidemiólogo se le asignó un consultorio con entrada directa desde la sala de espera que contaba con mejor iluminación y era de tamaño suficiente para colocar la mesa, el escritorio de la enfermera y el carrito de material. Durante un mes se tomó la muestra en este espacio reducido al que dividía una cortina del área común. El personal de enfermería se quejaba entre sí de haber empeorado en comparación con el espacio que tenían en el hospital, y con mayor razón en relación con el último lugar donde estuvieron tomando la muestra. La mayor parte de las mujeres a quienes conocimos durante la toma del Papanicolaou, no se quejaron del espacio, lo describieron como pequeño pero limpio, a excepción de una de ellas quien en tono de broma lo describió a las enfermeras como los cuartos y las cortinas de un burdel.

Con el médico epidemiólogo había una relación muy tensa: La coordinadora consideraba invadido su espacio laboral, su nivel de jerarquía y su espacio y trataba de delimitar sus funciones ante la autoridad del médico.

Después de un mes, el epidemiólogo consideró que él no requería un consultorio tan amplio para recibir en él a pacientes a los que no tenía que valorar físicamente. Por iniciativa propia cambió su escritorio al espacio donde se tomaba el Papanicolaou y los últimos diez días de la observación, la prueba se llevó a cabo en el espacio donde el doctor había estado (ver ilustración No. 10) ofreciendo consulta de programas preventivos y seguimiento epidemiológico. En este espacio cupo holgadamente la cama de exploración, la mesa de instrumental, el escritorio de la enfermera, sus papeles y pósters informativos, de los cuales ninguno se refería al Papanicolaou.

Ilustración 10. Cuarto y último lugar de la toma de la muestra en UMF B



El inconveniente del nuevo espacio es que la puerta se encuentra al lado del lugar en donde de la cabecera de la mesa de exploración y directamente frente a la sala de espera. Al igual que lo hacen los de vacunación, el personal de enfermería tiene que cerrar la puerta con seguro cada vez que entra una mujer a realizarse la toma de la muestra, esto con el fin de asegurar su privacidad. Sin embargo, la ubicación actual permite una mayor ventilación del espacio cuando se abre la puerta y si se cierra la cortina que conduce hacia el nuevo cubículo del epidemiólogo y se asegura la puerta de acceso al DOC, el espacio permite bajar y subir de la mesa a las mujeres con comodidad y además es posible ayudarlas con mayor facilidad, a diferencia del espacio anterior en el que no cabía más de una persona a la vez.

La ventanilla donde se entregan y solicitan los resultados de Papanicolaou queda enfrente de la sala de espera (ver ilustración No. 11), por lo que la intimidad de la prueba se pierde, en ocasiones las enfermeras piden a la mujer que entren al

espacio del DOC o de vacunación para recibirlos, pero por lo general se entregan en ventanilla.

Ilustración 11. Ventanilla de Medicina Preventiva UMF B



Como puede observarse en la fotografía, tomada desde el interior del espacio de Medicina Preventiva, la ventanilla frente a la que se forman las personas que acuden a los programas preventivos no permite al personal ni a las mujeres una entrega confidencial de resultados, y aun cuando el programa indica que es el médico familiar quien ha de hablar con ellas sobre éstos, en ocasiones en este lugar se les confirma si salieron bien o de lo contrario, si hay algún problema se les pide que acudan con mayor urgencia a su médico.

Los espacios que se utilizan para la prueba proporcionan condiciones para una atención de mayor o menor calidad, sin embargo, las decisiones para la mejora de los mismos no parte de las necesidades de quienes hacen de manera cotidiana el trabajo de detección oportuna o bien, para ejercerse dependen de los recursos y de las jerarquías de autoridad.

En la UMF A, la construcción de la división entre las dos áreas de vacunación y de DOC, fue a insistencia de una de las auxiliares de enfermería que aprovechó la visita de un directivo a la UMF para solicitarla, mientras en la UMF B, el lugar en donde se encuentra actualmente la toma de DOC, dependió fundamentalmente de la decisión del médico del área y de la enfermera de medicina preventiva, en ninguno de los dos casos se había considerado en el diseño, la necesidad de mejorar las condiciones de privacidad y las necesidades que implica el mismo procedimiento.

Las decisiones para mejorar las condiciones dependieron de la insistencia y negociación del personal por dos vías distintas, en la UMF A la enfermera auxiliar pasó por encima de los canales del director de la UMF y de la responsable del área, mientras que en la UMF B se respetaron los niveles de jerarquía durante el proceso de negociación del espacio, en ambas situaciones se lograron mejoras para las usuarias y para el espacio de trabajo del personal de enfermería. Los espacios son los escenarios en donde se llevan a cabo las prácticas de DOC, pero a su vez delimitan y propician relaciones entre el personal y entre usuarias y prestadores de servicios médicos. Si bien existen los límites de recursos institucionales, durante la definición de los mismos pensamos que se requiere una reflexión sobre el tipo de interacciones que se llevan a cabo en ellos y establecer mecanismos institucionales para partir de la experiencia y necesidades detectadas por el mismo personal que labora en su interior y no solamente de la buena voluntad de quienes ahí laboran.

La rutina del Papanicolaou

En la reconstrucción de las rutinas del personal de enfermería y de las mujeres durante el Papanicolaou, podemos analizar la práctica del Papanicolaou, la relación que establecen con las mujeres, identificar algunas de sus variantes e implicaciones de las formas de organizar la atención a las personas que solicitan servicios de MP. A través de ellas se reproduce y se recrea lo que es el programa de DOC en las UMF mismo que tiene una estructura formal similar pero que implica algunas variantes en las prácticas del programa de DOCC en las dos UMF en que realizamos el estudio que describiremos a continuación.

En las dos UMF, el personal de enfermería es responsable de las actividades de detección oportuna de cáncer cervical, mamario, diabetes, tuberculosis,

hipertensión arterial, vacunación de SABIN (polio), triple viral, cuádruple, rubéola, DPT, antirrábica, hepatitis, BCG, antitetánica, neumonía, así como de la distribución de antiparasitarios, sobres de suero oral y cartillas de la mujer.

El personal de Medicina Preventiva recibe el mismo salario por su jornada laboral, sin importar el número de pruebas de DOC que realice durante su jornada, su trabajo es evaluado al final del año de acuerdo a las metas que se establecen conforme a los padrones de derechohabencia, pero durante la jornada laboral no hay mayor incentivo económico ni en tanto reconocimiento de logros del Programa de DOC. La evaluación que conocen es respecto de las metas del número de pruebas a realizar pero no existen mecanismos establecidos para que se reconozca lo logran con su trabajo cotidiano en términos de disminución de la mortalidad por cáncer cervical o por algún otro programa, el personal desconoce de esta manera los resultados de su trabajo.

En el capítulo anterior señalamos ya que antes de llegar a Medicina Preventiva e iniciar este proceso, la mayoría de las mujeres acude en una ocasión previa a solicitar información y posteriormente regresa a hacerse la prueba. Los siguientes ejemplos son los más comunes para diferir la prueba.

Sra.: Vengo a hacerme la prueba del cáncer.

E2: ¿Cuándo fue la fecha de su última regla?

Sra.: Antier fue mi último día de regla, me mandó el doctor a que me la hiciera.

E2: ¿Desde cuándo no se lo hace?

Sra.: Hace 2 ó 3 años. El doctor ya van dos veces que me lo pide.

E2: Así no se lo puedo hacer, tienen que pasar siete días después de su menstruación m'hija.

Sra.: Pero ya me lo pidió de vuelta.

E2: Aquí te espero porque si no, no te va a servir.

Sra.: Me dijo el médico.

E2: Es que ellos a veces no manejan lo de aquí y así no se puede. Aquí te espero.

(La señora se queda callada y se retira).

Sra: Vengo a ver si puede hacer la prueba del cáncer.

E2: ¿Fecha de última regla?

Sra: Hace dos meses que no me baja la regla.

E2: No, así no se la puedo hacer. Cuando le venga la menstruación, cuente una semana después de que se le quite la regla a partir del último día de sangrado, y sus 48 horas sin relaciones sexuales, sin medicamento por abajo, siete días después de que se le quite la regla.

La señora se fue.

Sra: ¿Aquí me pueden hacer la prueba del cáncer?

E3: Sí, aquí es, pásele ahorita que no hay nadie. ¿Viene en condiciones?

Sra: ¿Cómo debe venir uno?

E3: siete días después de tu regla, 24 horas sin relaciones, no usar medicamento por abajo y su baño diario.

Sra: Ah... bueno, otro día vengo.

E3: Aquí la esperamos

El número de días, el posible embarazo o alguno de los requisitos que las mujeres guarda en silencio son los motivos por los que no se atendió a estas mujeres. Los requisitos no son los que indica la normatividad, la cual solamente señala el estar menstruando como impedimento.

Lo anterior implica, para la mayor parte de ellas, dos visitas a las UMF, la primera en la que por lo general acuden a cualquier otra práctica de atención médica o administrativa, durante la cual se les informan sobre los requisitos y la segunda en la que por lo general van a hacerse la prueba porque consideran que cumplen con los mismos. En la UMF A esto sucede con mayor frecuencia que en la B porque el personal de enfermería que ahí labora, solicita a las mujeres más requisitos que en la UMF B. En este segundo espacio, las mujeres hacen una misma fila con otras personas que acuden a vacunarse o a recoger resultados del Papanicolaou, y al llegar a la ventanilla les recogen su tarjeta o cartilla, con ella, la enfermera que toma la prueba va llamando a quien sigue, de manera que las mujeres tienen que esperar tan solo entre

Una vez que las mujeres acuden a la UMF para que se les tome la prueba, el patrón general de la rutina del Papanicolaou en las dos UMF comprende cuatro momentos diferentes: a) la espera; b) el llenado de los formatos; c) la toma del Papanicolaou; d) las indicaciones finales.

a) La espera

En la UMF B las mujeres aguardan en la sala de espera durante un tiempo que varia, dependiendo el número de personas que las anteceden, entre cinco y 20 minutos. En la UMF A la espera se realiza en las afueras del consultorio en la misma fila de las personas que acuden a vacunación y dependiendo de la hora de llegada y el número de personas que esperan el tiempo para que las atiendan es de entre 15 y 35 minutos aproximadamente. En ocasiones, las mujeres se hacen acompañar por algún familiar o amistad en esta parte de la rutina, pero, por lo general, al entrar al consultorio lo hacen solas.

En la UMF A, la espera de las mujeres es más prolongada que en la B, por varios motivos, en primer lugar, porque en las mañanas el personal de enfermería se dedica primero a preparar los materiales del programa de vacunación y atienden durante la primera hora a las personas que acuden a actividades de este programa porque son más que las que van al Papanicolaou y se busca que la fila de espera no crezca demasiado y no se retrase la atención en general. A comparación de lo que sucede en la UMF B, en donde hay una persona disponible para el DOC desde las ocho de la mañana.

Un segundo motivo de la diferencia en el tiempo de espera se encuentra también en esta forma organización del servicio ya que las mujeres no son atendidas por una misma persona que se dedique tanto a vacunación como al DOC, el vínculo entre los programas lo pueden encontrar las mujeres en el personal que las atiende en ventanilla cuando solicitan la prueba, pero la enfermera que las atiende por lo general se dedica a realizar la citología. Finalmente, la experiencia del personal de enfermería respecto de la toma implica diferencias en la estrategia de manejo de la tensión de las mujeres, en la pericia para localizar el cérvix y la rapidez de realizar la prueba.

Es decir, la organización de las actividades cotidianas del personal de enfermería impacta los tiempos de espera de las mujeres que solicitan la citología. En la UMF A una misma enfermera toma el Papanicolaou, promociona y aplica algunas vacunas, mientras que en la B, se canaliza a las mujeres con personal distinto para cada programa. La estrategia que siguen en la UMF B permite dar seguimiento a las actividades que tiene una persona responsable de la toma matutina, mientras que en la

UMF A la práctica y el seguimiento de cada una de las enfermeras se diluye en los reportes de enfermería.

En ninguna de las UMF, el personal de salud tenía a su disposición materiales de promoción del Programa que pudieran llevarse las mujeres, en la A había un poster mientras que en la B no había más que un letrero que señalaba el lugar en donde se realiza el programa de DOC. En años anteriores en la UMF A había un video que ponían en la sala de espera, mismo que retiraron porque tenían problemas con el volumen y el ruido de la sala.

b) Formatos

Una vez que es su turno, las mujeres entran y se sientan en el escritorio de las enfermeras, esto es similar en las dos UMF. Las enfermeras aplican un cuestionario de rutina que se envía posteriormente al laboratorio junto con las laminilla (ver en anexos). Los datos básicos que se solicitan a las mujeres son número de afiliación, número de consultorio en el que recibe atención médica, nombre, lugar de residencia y un teléfono o nombre de alguna persona para localizarla en caso de que hubiera necesidad. Posteriormente se indaga sobre las condiciones gineco-obstétricas, entre ellas la fecha de última regla y finalmente hay algunas anotaciones para registrar las observaciones de sintomatología que puede realizar la enfermera durante la exploración. Además de tocar este tipo de temas, en algunas ocasiones las enfermeras preguntaron más sobre planificación familiar, o bien sobre quién las envía al DOC y en contadas ocasiones (dos) sobre estilos de vida (ejercicio). Por lo general, el formato lo siguen más o menos al pie de la letra. Las interrupciones a esta rutina por parte de las usuarias fueron muy pocas, en la UMF A, solamente se rompió el formato de la entrevista con otros temas a iniciativa de las mujeres en tres ocasiones, la primera cuando una de las mujeres habló sobre el estado de salud de una enferma que cuidaba y que el personal de enfermería conocía por haber sido trabajadora del Instituto durante muchos años y en dos ocasiones más en que las usuarias llevaron un regalo al personal de enfermería para agradecer la atención.

En la UMF B, las interrupciones fueron más frecuentes cuando las mujeres eran más jovencitas de parte de la enfermera, en sentido contrario, las mujeres que rompieron la rutina abordaron en uno de los casos, una mala experiencia en otro lugar

sobre la prueba del Papanicolaou; la narración de otra mujer acerca de que un médico en otra institución le aseguraba que el DOC no servía y que era mejor que acudiera a algún lugar en que le hicieran un estudio con el colposcopio directamente. En dos ocasiones más las mujeres negociaron con el personal que sus hijos se quedaran en el escritorio mientras les hacían la prueba al otro lado de la cortina y una más preguntó con qué se hacía la prueba, si era espejo desechable y si tenían tamaños más pequeños. Al menos siete mujeres en la UMF B y cuatro en la UMF A preguntaron a las enfermeras sobre sus preocupaciones respecto de síntomas que les preocupan antes de la prueba. Un ejemplo de cómo se rompe el proceso de llenado del formato es el siguiente, en el que la enfermera inicia ampliando el tema de planificación familiar y la mujer narra sus preocupaciones acerca de su dificultad para lograr el embarazo y los síntomas que le preocupaban. La mujer tenía 23 años de edad.

E6: Si no te cuidas ¿quieres embarazarte?

Sra.: (La señora levanta la voz)¿mande? Lo que pasa es que yo batallo mucho para embarazarme

E6: Ah bueno, No ovulas, por eso...

Sra.: Y ahorita traigo un problema, me duele mucho, mucho mi, adentro siento mucho malestar.

E6: ¿En la vagina?

Sra.: ¡No, adentro, adentro!

E6: ¿Hasta adentro? ¿del cuello? Muy bien, ¿desecho, comezón, ardor? ¿Molestias con la relación? Sra.: nada, nada, nada

E6: ¿molestias en las relaciones?

Sra.: nada, nomás me duele y la vez pasada que vine, estaban en otra parte

E: sí Sra.: y le dije yo a la, a la doctora que cada rato a mi me baja, me sale como, no orines, sino, como desecho, pero no... E6: medio líquido eh?, que parecen orines pero Sra.: sí, pero no es, no apesta ni nada, entonces yo me

acabo de hacer prueba de, exámenes de orina, a ver si tenía infección y no, porque quiero embarazarme y no, todo salió bien.

Mientras en la UMF B el tema de la vacunación prácticamente no aparece en los diálogos, en la A es parte de la rutina, de manera que encontramos el tema en el 86% de los Papanicolaous observados, en la B solamente en el 7 % de los encuentros registrados hay diálogos de la enfermera al respecto.

E2.Sus vacunas doña, ¿cómo anda con sus vacunas?

Sra. ¿Qué vacuna?

E2. Su vacuna de la neumonía, la vacuna del tétano...

Sra. No.

E2: ¿Segura que no sabe usted?

Sra. No mas la del ¿cómo se llama?

E2. Quiere que le ponga la de la neumonía es una vacuna sola para 5 años.

Sra. Y quería que me pusiera la del tétano, porque me caí y se me metió una piedra aquí y como soy diabética.

E2: ¿Y desde cuándo no se pone vacuna del tétano?

Sra. ¡Uuuu! ya hace mucho

E2. ¿Qué tan mucho?

Sra. Tendría como tres años en el seguro

E2: ¿Pero cuándo ingresó al Seguro madre?

Sra. Al Seguro entré, tengo como 11 años, como 11 años. Y este, se me clavó una piedra ahí, y no me la quité luego y ya cuando me la saqué, ya me dolió, una piedrita chiquita pero me la puse a sacar con un saca cejas y viera, me la volví a mover y el chorro de sangre, y soy muy sangrona con cualquier cosita, y me dijeron ¡vacúnese para el tétano!

Durante esta parte del Papanicolaou, en las dos UMF las enfermeras entregan la tarjeta o cartilla de la mujer, en la cual anotan la fecha en la que se hicieron el Papanicolaou y les sugieren que la lleven consigo cuando regresen por sus resultados. Sin embargo, en la UMF A se pregunta sobre el programa de vacunación y se invita a las mujeres a que se apliquen las vacunas que se tienen disponibles en el consultorio, mientras que en la UMF B, la enfermera se remite a llenar el formato en los aspectos del programa del DOC y los datos generales de la mujer. En los dos lugares, la cartilla cumple un papel importante en términos de la búsqueda de los resultados, sobre todo cuando la mujer no es derechohabiente, o cuando no se encuentra registrada en esa unidad sino en otra para que los reciba en la UMF en donde tiene acceso a consulta. En todos los casos se les pide que lleven el documento cuando acudan por sus resultados, porque en ella se encuentra la anotación de la fecha en que se llevó a cabo la toma y la enfermera puede buscar más fácilmente la información en sus registros.

Además de llenar el formato del laboratorio y de ser necesario la cartilla o tarjeta, las enfermeras llenan un registro en su libro diario en el que cada día se puede encontrar la información necesaria para organizar y localizar los resultados cuando se reciben. Este procedimiento es distinto entre las dos UMF debido a la ubicación en la

que se encuentran, en la B, la enfermera puede recoger en el laboratorio los resultados mientras que en la A el personal de enfermería depende del envío que hace el laboratorio de los mismos.

En la UMF B, en esta primera parte se le informa a la mujer que sus resultados llegan un mes después y ha de acudir por ellos al lugar en donde se encuentran. En la UMF A esto sucede al final de toda la rutina.

E5: ¿Fecha de tu última regla?

Sra.: no, recuerdo la fecha

E5: Pero no estás menstruando ahora?

Sra: No

E5: mjm, muy bien, en un mes van a estar tu resultado, vas a venir a recogerlo aquí con la tarjeta esta, ¿muy bien?, pásale ahí enseguida, corre las cortinas, quítate tu pantalón, tu pantaleta y te subes a la mesa, por favor. (Se dirige a otra señora que entró al espacio al mismo tiempo que la otra seora) Ahora sí te puedes sentar.

Una diferencia importante entre las prácticas del personal de enfermería de las dos UMF es la solicitud de requisitos diferentes, mientras que en la A se solicitan siete días posteriores al término de la menstruación, 24 horas sin relaciones sexuales, no utilización de medicamento vaginal y baño diario, en la B únicamente se pide que no se encuentren menstruando.

E2. ¿Fecha de última regla?

Sra: La semana pasada, el 20.

E2: El 20 de octubre, ¿tratamiento vaginal, no has tenido?

Sra: No

E2: ¿Relaciones las ultimas 24 horas?

Sra: (con la cabeza dice que no)

E2: ¿Baño diario normal?

Sra. Sí.

Durante esta parte de la rutina, suele haber más interrupciones en la UMF A que en la B. Entendemos por interrupciones los momentos en los que cambia la rutina porque alguien extraño a la prueba hace algún tipo de comentario verbal o entra al área en donde la enfermera se encuentra haciendo esta parte de la entrevista, incluyendo a otras enfermeras, usuarios, personal de intendencia, médicos, etc.. En la

UMF A, la ubicación del consultorio propicia esta situación debido a que los usuarios necesitan tocar la puerta en caso de que se encuentre cerrada, para preguntar si se les puede atender, o bien, si se encuentra abierta, se asoman sin que medie otro tipo de personal como sucede en los consultorios de Medicina Familiar en los cuales la figura de la asistente médico es clave en términos de lograr la privacidad durante la consulta. Las enfermeras responden a los usuarios desde dentro que esperen su turno para lo cual interrumpen el diálogo con la persona que se encuentran atendiendo.

Debido a lo anterior, el 85% de los Papanicolaous que fueron grabados en la UMF A presentan alguna forma de interrupción durante los distintas partes de la rutina del Papanicolaou, pero principalmente en esta primera parte en donde se concentra el 66% de las mismas, como ejemplificamos a continuación:

E1 : ¿Fecha de última regla?

(Entra una señora al consultorio de medicina Preventiva)

Sra. ¡Vengo a vacunar!

E1. Sí, mi amor, ahorita, terminando con ella vas pasando, con todo gusto,

Sra. Bueno

E1. (se dirige a la señora que abrió la puerta) Cíerrela por que la voy a interrogar, ahorita la atendemos m'hija ¿eh?.

En la UMF B, hubo menos interrupciones en general incluyendo la primera parte del Papanicolaou solamente se dieron en cinco ocasiones. En este lugar, hay dos condiciones que favorecen este resultado, la ubicación al interior del consultorio y el personal que atiende la ventanilla que permite filtrar a las personas que acuden a la DOC.

Esta parte de la rutina termina cuando el personal de enfermería le indica a las mujeres que pasen al área en donde se encuentra la mesa de exploración, en la UMF B es un proceso rápido y el personal que trabajaba en el DOC les pedía de manera uniforme a todas la indicación de correr la cortina, quitarse la ropa y subirse a la mesa de exploración. Al mismo tiempo que las mujeres hacen esto, las enfermeras de las dos UMF terminan de anotar los datos y llenan el portaobjetos con la información del número de derechohabiente o bien con el nombre y datos de fecha de nacimiento de las usuarias. Con ella en la mano pasan al espacio en donde toman la muestra. Durante esta etapa, el personal de enfermería refirió como dificultades para la

práctica el no contar con materiales tales como formatos para el laboratorio, pero principalmente los problemas que les plantean los lápices para escribir en vidrio cuando no tienen buen filo.

Las pocas mujeres que acudieron con sus hijos pequeños, negociaron en este momento que el personal de enfermería cuidara a sus hijos mientras se realizaba la toma, lo que pudimos observar en una sola ocasión en la UMF B cuando un estudiante de enfermería se hizo cargo de una niña menor de tres años de edad.

c) La toma del Papanicolaou

En las dos UMF el personal de enfermería deja la laminilla en la mesa del instrumental, con algunas variantes, por ejemplo, hubo algunas enfermeras que la utilizan para abrir la bolsa en donde se encuentra el espejo desechable y pide a las mujeres que se acomoden hacia la parte inferior de la mesa de exploración ginecológica. Las enfermeras se colocan los guantes y proceden a tomar la muestra.

Por lo general la enfermera entra cuando la mujer ya se encuentra arriba de la mesa de exploración y da indicaciones sobre cómo debe acomodarse, lo que podemos ilustrar con en el siguiente ejemplo de la UMF A:

E3. ¡Tus pompis las quiero aquí, y tus corvas, van a quedar ahí, tus pies van a colgar para acá, (Se escuchan ruidos de cuando la señora acomoda las piernas en las piñeras, como que están moviendo algún cajón, o algún instrumento de aluminio) (La enfermera empieza a tararear una canción, mientras se prepara para la toma)

Sra. ¿Acostada?

E3. ¿Mande? Acuéstate y luego te recorres o te impulsas con tu cadera, (continúa tarareando la canción, durante 20 segundos, se detiene y le dice a la señora, mientras saca los instrumentos: abre la bolsa del espejo, deja cercanos el citobrush y la espátula de madera) Vas a sentir una molestia. ¿No? Respira con la boca abierta, eso con la boca abierta, no aprietes tus pompis, por que si las aprietas te lastimo ¿no? ...Esta bien tu cuello.

En la UMF A no se contó con bata para las mujeres durante el período de observación, y en la B había cada día una sola bata que permanecía sobre la mesa de exploración. La mayor parte de las mujeres preferían utilizarla como sábana o no usarla posiblemente como comentaron algunas mujeres porque no saben quien la

utilizó antes que ellas y temen que les puedan transmitir alguna enfermedad. En la UMF B, por lo general la enfermera describía la postura para el DOC como un parto.

Sra.: ¿Me subo aquí a la cama ?

E: Sí, así como si fueras a tener un bebé (la enfermera prepara los materiales, se acerca a la mesa móvil y abre el plástico del citobrusch, con el vidrio del portaobjetos, rompe el plástico de los guantes y se los pone y toma el abatelenguas

Este momento es el de mayor tensión para algunas mujeres debido a que es el momento en que se realiza el procedimiento. Sobre todo para las que acuden por primera ocasión. Entre los Papanicolaous grabados, en siete de ellos hay manifestaciones verbales de molestia y tensión, cuatro se registraron en la UMF A y tres en la B, además entre ellos, tres son de mujeres que acudieron por primera vez. En dos ocasiones además, con mujeres con práctica subsecuente, durante la toma se rompió el pato debido a la presión que ejercieron con sus muslos por encontrarse muy tensas y a que los espejos o patos desechables tienen una parte que es frágil para detener la apertura necesaria. Por lo general no representa riesgo de dañarles pero la tensión aumenta con ello y no es posible tomar la prueba de los lugares necesarios cuando la enfermera no puede observar lo suficiente para la toma, o bien en ocasiones es necesario utilizar uno nuevo. En una ocasión más, la enfermera señaló después de que la paciente se había retirado que el espejo se había atorado y que había sido necesario romper con presión de su mano la cejilla para poder retirarlo, lo cual señaló es una desventaja de los espejos de plástico y las enfermeras tienen que aprender a trabajar con ellos para no lastimar a las mujeres.

Durante el Papanicolaou, por lo general las mujeres voltearon hacia el techo (60% de las mujeres) y/o los cerraban los ojos con fuerza (30%) y algunas se esforzaron por bajar su ropa (25%) y trataban de cubrir con ello su cuerpo. La comunicación no verbal en general expresa tensión en poco más del 70% de ellas.

Las principales dificultades que señaló el personal de enfermería durante la prueba se deben en gran medida a que se compra un solo tamaño de espejos, el mediano y en ocasiones, la diferencia de lograr con ellos una buena citología depende

de la pericia del personal de enfermería para lograr una buena toma con estas condiciones. Las mujeres muy estrechas o por el contrario, que requieren de un instrumento más grande, requieren que la enfermera encuentre la forma de ver el cérvix con estos instrumentos que no se ajustan al tamaño requerido por todas las mujeres.

E3: (risa). Sí, aquí estaba en junio, (se refiere a un enfermero que tomaba la muestra antes). Voy a mover tantito el espejo...no le alcanzo a mirar el cuello, ¿no doña? Me dice si la molesto, o mejor dicho, si la molesto no me diga nada, si le duele.

Sra.: No.

E3: No, si le duele me dice, es que estos espejos están muy cortitos, no, no alcanzo a mirar (silencio de 5 segundos mientras E3 intenta ver el cuello).

Algunas enfermeras aprenden a manejar con una mano el espejo y en caso de tratarse de mujeres estrechas, no lo abren del todo para evitar lastimarles, mientras que cuando se trata del segundo caso tienen que presionar para lograr ver el cérvix y obtener el material para la citología lo que ellas llaman “hacer que salte” para poder observar y tomar la muestra.

El espacio reducido en donde se toma la muestra puede convertirse a la vez en una dificultad añadida a la práctica de la toma debido a que no siempre se contó con una buena iluminación y la postura de la lámpara se volvía muy complicada al no tener lugar para colocarla de manera que alumbrara de manera adecuada.

Pero la principal dificultad que se mezcla con las cuestiones técnicas de la prueba, de acuerdo al personal de enfermería, es el manejo de la tensión que sienten las mujeres en estos momentos, para lo que no han recibido capacitación alguna. En la vida cotidiana de su servicio profesional han aprendido estrategias diversas, que van desde aportar información sobre el procedimiento y tratar de calmar a la paciente describiendo lo que se le hará, hablar de temas que sean familiares que el personal considera que serán interesantes para las mujeres con el fin de distraerlas mientras toman la muestra, hasta el silencio y el regaño. Todas ellas implican la búsqueda por construir relaciones que las enfermeras califican como de mayor confianza de las mujeres, por supuesto desde una postura de jerarquía superior frente a las usuarias, de las que esperan reconocimiento a la profesión y a su experiencia. Las primeras se

dirigen a dar mayores elementos a las mujeres sobre lo que es la prueba y los últimos van construyendo más la relación en términos de obediencia/sumisión.

Las estrategias variaron en función del nivel de tensión de las mujeres, en combinación con la frecuencia de la práctica y la edad. Es decir, cuando las mujeres acudieron por primera vez y eran más jovencitas, las enfermeras pusieron mayor cuidado para explicarles en qué consistiría el procedimiento, como en el siguiente Papanicolaou, principalmente porque consideran que las mujeres no saben cómo es el procedimiento y pueden estar más tensas que quienes ya han tenido experiencias previas:

E3: Súbete aquí, mira tus pompis las quiero en este .. y te vas a poner piernas

Sra.: Así, ¿como si fuera a parir?

E3: ¡Como Si fueras a parir! Te me vas a poner ahí.

Sra. ¿No me va a doler?

E3: No te va doler, mira va a ser un poco molesto por que tu sabes que es un poco molesto, ¿verdad? Pero no es doloroso si te platicaron que es doloroso yo te digo que no es cierto, ahorita tu te vas a dar cuenta que no es doloroso y si tu cooperas con migo menos doloroso va a ser, más bien es molesto, porque por que estoy yo introduciendo un aparatito, en tu vagina, en tus partes, es molesto no es la misma, pero no es cosa del otro mundo ¿bueno?... tu vas a cooperar conmigo, mira no es muy grande, es esto (lo enseña de lejos)

Sra.: ¿Me duele aquí?, ¿No está muy abierto eso?

E3: Ya voy a terminar, aguántame un momentito. Ya fue todo.

Cuando las enfermeras proporcionaron información acompañaron el diálogo en algunas ocasiones con descalificaciones de la información que obtienen las mujeres en sus redes familiares y de amistad, presuponiendo que es negativa y que les induce al temor, en la UMF A en el ejemplo anterior, la enfermera le estaba tomando la muestra a una mujer muy jovencita, de 18 años de edad, y en el siguiente en la B se trata de una usuaria de 19 años, en los dos casos, las enfermeras toman en consideración lo que piensan que las mujeres saben sobre la prueba para descalificarlo pero ofrecen a cambio poca información, se espera que la mujer más bien aprenda de su experiencia, en el mejor de los casos, se les enseña el aparato durante la prueba pero desde lejos, cuando la mujer ya se encuentra sobre la mesa de exploración.

E6: (a la señora) Completamente en la orilla tus nalgas mijita, hasta acá y aquí los talones, por favor, esto es un poco molesto ¿eh? Agradable no es, desde ahorita te b digo, ¡Bájate mas, no te de pena! A ver, acuéstate, pon tus pies aquí, ahora resbálate pa cá pa' enfrente. (Se escucha el papel que cruje mientras la señora se acomoda) Más, un poquito mas, Ok, esta perfecto, vas a separar bien tus piernas, lo mas que puedas, a ver (Sra. Agg y luego Ríe nerviosa) E: no te Ay, ay sí que buen chiste. No te de pena m'hija, separa bien las piernas, es un ratitito, sepáralas, entre mas separadas estén y estés más tranquila, flojita, esto molesta menos porque de hecho pues t va a molestar un poquito. Sra: IJJ E: Tranquila ¿sí?, por favor, es un ratito nada mas, necesitamos un ratito pa tomarte la muestra, ¿te está molestando?

Sra.: no

E: ¡Ah, ya ves?, ¿y que te habían dicho?

Sra.: Que dolía.

E6: ¿Qué te cortaban un pedazo? Así dicen muchas (mujeres), ya fue todo, pero espérame porque tengo abierta esta cosa...Sra: Muchas dicen, ¿no es cierto te cortan un pedacito?

E6: ¿Así te han dicho?

Sra.: eso me dijo mi vecina... E6:No, no le hagas caso a la vecina, ven y háztelo y ya veremos ¿Verdad?, m'hija, eso fue todo.

Con las mujeres que tienen las características contrarias, es decir las que son de mayor edad, aproximadamente de 25 años en adelante, que han tenido varios partos vía vaginal y que tienen una práctica subsecuente, el personal de enfermería establece una relación distinta, solamente espera confirmación de lo que presupone ya tiene como información suficiente sobre la prueba. Por lo general, se le pregunta a la mujer en tono de afirmación “ya sabe a lo que viene, ¿verdad?” y al recibir respuesta afirmativa se procede a tomar la prueba sin que medie mayor explicación sobre el procedimiento, acompañándolo de algunos comentarios sobre el momento en que introducen el espejo vaginal.

Un ejemplo de lo anterior en la UMF A es el siguiente, en un Papanicolaou de una mujer con práctica subsecuente de 45 años de edad:

E2: No, no está bien. Se va a quitar su ropa interior, se me va a subir aquí, ¿ya sabes cómo Lucía?, ¿sí?

Sra.: Sí.

E2: ¡Ah! Bueno, no te dije nada.

En la UMF B no hubo mayores diferencias en este sentido, el siguiente es un Papanicolaou de una persona con práctica subsecuente y 28 años de edad:

E6: Un poco más, a ver acuéstate, porque luego acostadas se van para arriba, resbálate un poquito más.

Sra.: ¿así?

E6: ¡Muy bien!, esto te va a molestar un poquito, ¿ya sabes, no?

Sra.: ¡Sí!

E6. digo, o a la mejor un poquito mas de lo normal, porque como tú no has tenido hijos.

Sra: Ajá.

E6: Voy a tomar la muestra... eso es todo, espérame a que cierre el cajón para que te puedas bajar.

Las diferentes formas de manejar la tensión de las mujeres durante los Papanicolaous observados las podemos clasificar entonces como: 1) aquellas que ofrecen algún tipo de información sobre el procedimiento; 2) los temas de distracción; y 3) levantar la voz, regañar a la paciente para lograr el control de la situación. Aun cuando en las dos UMF se utilizan las tres estrategias, en la A se utilizaba más la conversación como forma de distracción del paciente, mientras que en la B, en la mayor parte de los Papanicolaous, se utiliza el silencio y la rapidez de la toma acompañada de indicaciones breves. En una misma prueba pueden utilizar uno o los tres tipos de relación.

El manejo del primer tipo lo encontramos de manera más frecuente en los Papanicolaous de primera vez, y sobre todo con las mujeres más jovencitas.

E2: Bien, bien, voy a tocar tus partes.

Sra: Sí.

E2: Voy a tocar ¿eh? para separar.

Sra: Sí .

E2: Todo el material que utilizamos aquí es desechable ¿eh?

Sra: Ajá.

E2: este es el espejo mira (se lo enseña de lejos) para que lo conozcas

Sra: O.K.

E2: y es desechable lo usamos una vez, vas a ponerte flojita, vas a respirar profundo, voy a empezar, no te me jales, ponte flojita, flojita, flojita, no te pongas tensa para que no te moleste, flojita, voy a introducir, si sientes una molestia así que no se pueda aguantar me dices, ahí ya lo introduje eh?

Sra: Ajá.

E2: Ahora voy a separar para tomar la muestra, es lo mas molesto que vas a sentir, eso eh? ya voy a tomar la muestra, primero la tomamos con un cepillito que es este mira.

Enf: Se toma la primera muestra, eso te molesta? Es todo.

Cuando hay situaciones de tensión, el primer intento para manejar la prueba en la mayoría de las enfermeras fue el platicar de temas diversos tales como los embarazos, los hijos, los lugares en donde crecieron o nacieron, lugares de esparcimiento cercanos a la ciudad y espaciamiento de los embarazos, principalmente con el objetivo de distraer a las mujeres. Por ejemplo, en la UMF A cuando una mujer que se encontraba muy tensa no permitía que la enfermera introdujera el espejo.

E2. Pero si no te he tocado todavía mujer ¿Cuántos más piensas tener?

Sra. ¿Eh?

E2: Hijos, ¿cuántos piensas tener?

Sra: Tres no más.

E2. Tres, ¿Tuviste niña o niño?

Sra. Niña.

E2. ¿Mujercita?

Sra. Sí.

E2. ¿Cómo le pusiste?

Sra. América.

E2. ¿Igual que tú?

Sra. ¿No?

E2. Le hubieras puesto Alejandra, está muy bonito el nombre de Alejandra, ¡ahí esta! (se refiere a la localización del cérvix) ¿Por qué América?

Sra. Porque, le va a al América.

E2. ¿Mmj?

Sra. Por que le va al América mi esposo.

E2. A que canijo, le hubiera ido al Guadalajara le hubiera puesto Chivas.

Sra. (Sonríe la Señora) ¡No! (Se escucha un quejido).

E2. Ahora vas a aguantarme tantito. (Se escucha como que se queja la señora pero es más leve, que los anteriores).

E2: Ya paso, ahora si te puedes recorrer para allá m'hija.

Las enfermeras indicaron que esto lo han ido aprendiendo principalmente en su experiencia laboral, incluso sin darse cuenta, de lo que pudieron observar en sus centros de trabajo sobre cómo manejaban otras enfermeras las situaciones de dolor; y señalaron que depende mucho del modo de ser de cada quien, “algunas son muy simpáticas y logran hasta hacer que se rían las personas, otras son más serias y no, más difícil” E3, pero no hablaron de capacitaciones recibidas.

La última de las formas de proceder, se encuentra en formas que expresan algún tipo de enojo o reclamo del personal de enfermería hacia las mujeres mientras se les indica cómo han de permanecer para que pueda tomarse la prueba.

E4: ¿Sí? (levanta un poco la voz) Mira lo único que te pido es que no me cierres las piernas, y que tus caderas no las subas para arriba, ¡déjamelas ahí donde estás!. ¡tranquila!, a ver, tranquila, ponte flojita, si no, así no sirve.

E4: Pero ¡mira nada más!, ya rompiste el espejo, ¡qué bárbara! si no te tranquilizas no te la puedo tomar, así no m'hija, así no. ¡Necesito que respires hondo y te calmes! o de plano no sirve, cálmate ya.

El ejercicio de autoridad se encuentra presente en los tres tipos de relación para realizar el procedimiento técnico de la citología, la diferencia fundamental se encuentra en la forma de la relación que se establece para lograrlo.

En la misma técnica de detección oportuna encontramos variaciones que describieron las enfermeras en la forma de tomar la muestra, por ejemplo, el personal de enfermería mencionó diferentes criterios en el número de vueltas que había que dar al citobrush para lograr una buena toma y lo mismo sucedía en relación con las condiciones para que una mujer acudiera al Papanicolaou. No es materia de esta investigación describir la parte técnica de la prueba, la posición en la que nos encontramos durante las observaciones no nos permitió ver esta parte del procedimiento con claridad, pero nos interesa destacar que entre las explicaciones que dieron a ello las mismas enfermeras, se encuentra el proceso de aprendizaje, que depende muchas veces de quienes les antecedieron y enseñaron en los centros de trabajo más que en la escuela.

Los estudiantes de enfermería expresaron que su aprendizaje básicamente fue en las UMF y señalaron que al compartir sus experiencias con compañeros que se encuentran en otras UMF identificaron diferencias sobre lo que se les sugiere en cuanto a la forma de tomar la citología, por ejemplo por ejemplo describieron que el número de veces que se da vuelta al cepillo varía desde una hasta siete rotaciones y refieren que en su formación escolar es mínima la formación que reciben porque las muestras se realizan con maniquí y la formación que se refiere al Papanicolaou forma

parte de una materia que integra los programas preventivos en general, lo que deja muy poco tiempo para el aprendizaje en profundidad de cada uno de ellos.

La escuela del IMSS trabaja en colaboración con las enfermeras del área de MP, y mientras pasan por este servicio es cuando aprenden a tomar la muestra y si hacen su servicio en este lugar, se les incluye en el rol que ha de realizar la toma de DOCC.

Durante la prueba, es práctica común del personal de enfermería de ambas UMF el describir lo que observan a las mujeres, lo cual implica comentarios sobre flujos anormales, inflamaciones, o el buen estado de su cuello. En ocasiones les pidieron que acudieran con su médico antes de que llegaran los resultados para iniciar el tratamiento. Cuando lo valoran necesario y las mujeres acuden al servicio médico durante el turno que les corresponde, piden al doctor que las atiende que acuda al espacio de Medicina Preventiva para que realice la exploración y pueda darles tratamiento, pero esto solamente ocurrió en dos de los Papanicolaous observados.

E3. Afloja, para que no te, ¡eso muy bien!, ¡Está muy bien tu cuello!

Sra. ¿Sí?

E3: Sí todo se ve bien.

De acuerdo con el personal de enfermería y el personal médico, la exploración ginecológica que implica el DOC poco se realiza en el consultorio, sobre todo cuando las mujeres no solicitan la consulta por algún tipo de problema, de manera que el Papanicolaou forma parte de las prácticas de observación que se transfieren a los espacios de enfermería, lo que implica que bajo su criterio, han de llamar al médico en caso de considerarlo oportuno para que se le de tratamiento a la mujer o para que observe alguna característica y son ellas las que explican a las mujeres sobre las características de sus flujos vaginales.B

Sra. Sí, ayer lo sentí cristalino, y por lo mismo, dije voy a hacerme la prueba.

E3. Cuando es cristalino, estás ovulando, aunque tu tengas salpingo tu cuerpo sigue respondiendo, cuando ovulas es que estas lista para salir embarazada cuando tienes relaciones, cuando es transparente, si tu lo tocas es, pegajoso, como un chicle, hasta lo puede estirar, cuando sale blanco, o de otro color café o apestoso es cuando hay infección, ¿no? Ahorita traes un desechito blanco, el desechito blanco es, son bacterias que, viven siempre con la vagina que con el calor o con la humedad, se reproducen mucho y tienden a inflamarse

el cuello, ¿no? sí necesitas tratamiento para esto, a ver si son de esas bacterias que están en la vagina,

Sra. ¿y mi cuello como se ve?

E3. Tu cuello, inflamado pero no mucho, está bien, pero es por lo mismo, el mismo desechito.

Sra. Ayer lo noté el desecho yo, deste...

E3. A lo mejor se juntó con tu fecha de ovulación, y ya se hizo más mucho, ¿no? pero no, no es alarmante.

Cuando la enfermera toma la muestra, tira el instrumental que ha utilizado y la fija en la laminilla para guardarla en un depósito con las demás que se han obtenido durante el día. Posteriormente se retira del área para dejar que la mujer se vista y la espera en el escritorio para llenar los formatos en donde se especifican algunos espacios para sus observaciones.

Por lo general, en esta parte de la prueba no entra más personal que el que se encuentra tomándola, las interrupciones que se detectaron son principalmente de personal de enfermería que labora en la misma área de Medicina Preventiva, quienes por lo general a través de la división o cortina preguntan alguna cosa a la enfermera. Sin embargo, en la UMF A, las condiciones de privacidad son más relativas debido a la distribución del espacio físico, ya que al otro lado de la división, cuando se cierra la puerta para la toma de la prueba, se les da acceso a otros pacientes (mujeres y hombres) para vacunación u otras prácticas de detección oportuna. El personal de intendencia tuvo acceso también a la parte del consultorio donde se encuentra el escritorio de las enfermeras, y desde este lugar conversaban brevemente con las enfermeras durante la toma. En la UMF B las actividades de vacunación continuaron pero la ubicación en donde se llevan a cabo no interfieren con la privacidad de la prueba.

d) Las indicaciones finales

Cuando la mujer sale del área donde se realizó la toma de la prueba, en la UMF A, se le indica que ha de regresar en un mes por sus resultados y se le aplican las vacunas que le hacían falta. En la UMF B, únicamente se despide de la enfermera y en ocasiones se le recuerda lo que ya se le indicó respecto a recoger sus resultados en un mes. Por lo general durante esta conversación final se realiza el cambio de papel de

estraza de la cama de exploración, procedimiento en el que registramos un olvido en los registros de las rutinas de los ochenta Papanicolaous.

E3. Dentro de un mes con el favor de Dios, va a estar tu resultado, ¿Lupita te llamas?

Sra. Bueno, ¿Aquí mismo vengo?

E3. Sí, ¿quieres preguntar aquí? o si quieres irte, allá tienes el expediente con el médico, por que lo pasamos a tu expediente. O le puede preguntar a la muchacha, la secretaria.

Sra. Bueno.

En esta última parte de la rutina, en ocasiones se le recuerda que ha de traer la cartilla de la mujer y se le sugiere que acuda al médico en caso de ser necesario:

E5. Deberías de ir con el medico, dile que la enfermera te hizo la prueba de cáncer, dile que esta inflamado tu cuello, no hay erupción, que nada mas esta inflamado tu cuello, o si te quieres esperar hasta que estén tus resultados.

Las mujeres salen del consultorio de Medicina Preventiva y la enfermera llama a la siguiente en la fila en la UMF A, o bien utiliza el orden en que entregaron sus documentos en la UMF B.

Nos parece importante señalar de nuevo que las prácticas del personal de enfermería que observamos fueron posiblemente su mejor esfuerzo frente a personas externas a la institución y a la profesión. La presencia de la investigadora en el área modifica las prácticas cotidianas en mayor o menor medida, y no obstante que la observación se realiza tratando de no intervenir, somos concientes que los dos meses de estancia en los consultorios de Medicina Preventiva no son suficientes para conocer las prácticas del personal tal y como son cuando no hay alguien externo; sin embargo consideramos que la observación nos permite reconstruir las prácticas del personal, sobre todo de aquéllas que responden a una imagen de lo que consideran su mejor esfuerzo y como tales las analizamos. Por ejemplo, en las definiciones de su mejor esfuerzo sobre la práctica de Papanicolaou, la privacidad no incluye las interrupciones del personal de enfermería.

De acuerdo con lo anterior, para el personal de enfermería una práctica de detección oportuna sin problemas es aquella en la que las mujeres cumplen con los

requisitos para la prueba y se comportan de acuerdo a la expectativa de manejar su tensión, de manera que logren la postura y la suficiente soltura para facilitar los aspectos técnicos de la toma con el objetivo de lograr una muestra que contenga las células que puedan ser analizadas por el personal del laboratorio. Las evaluaciones a las que están sujetas consideran el número de Papanicolaous con relación a una meta anual y la reducción del número de tomas sin la calidad suficiente para que se pueda realizar el diagnóstico. No hay evaluaciones en términos de la relación que se establece con las mujeres ni sobre las condiciones físicas en las que tienen que desempeñar sus prácticas.

En las relaciones con las mujeres, el personal de enfermería establece el control de la interacción, desde la forma en que promocionan o establecen la espera, o bien durante la prueba, ya que permiten a las usuarias hablar de algunos temas o como sucede por lo general, las interrumpen una vez que han obtenido la información que buscan o que satisface su curiosidad. La segunda parte el personal de enfermería juega un papel más imperativo, como señalamos anteriormente las indicaciones de postura son las más importantes y los diálogos por lo general se establecen para buscar que las mujeres se relajen lo suficiente para tomar la muestra.

Las mujeres no son pasivas durante la interacción, incluso en una ocasión una mujer solicitó que utilizaran instrumental más adecuado, la enfermera guardó silencio y prefirió realizar la técnica sin abrir del todo el espejo.

Sra: ¿No tiene un espejo más chico? Porque soy muy muy estrecha y me da miedo que me lastimen.

E6: No, pero no te preocupes no te va a pasar nada.

Sra: Es que ya me han dicho que pida uno más pequeño.

E6: Bájate un poquito más, ahí está bien. Verás, eso es todo.

La pericia de la enfermera logró que la toma se realizara sin problema, la usuaria no insistió en su solicitud pero de hecho se contaba con espejos más pequeños en el área de planificación familiar.

Durante la rutina no hay un momento para describir a las mujeres lo que es la prueba, en ocasiones durante la misma se enseña rápidamente el espejo o se habla de lo que se hace. Por lo general se indica el momento en que se introduce el espejo y el

momento en que se toma la muestra, las mujeres se enteran de ello por lo que sienten o por lo que señala el personal, pero en sí misma ni la rutina cotidiana ni los programas contemplan que en el consultorio de Medicina Preventiva se dedique tiempo a la educación para la salud de manera sistemática, ni se cuenta con materiales educativos que pudieran utilizar.

Capacitación sobre el Papanicolaou del personal de enfermería

La capacitación que refieren las enfermeras es de tres tipos: a) la que tienen durante el período escolar de formación, b) la que reciben en cursos de actualización en diferentes lugares del estado, región o república, c) la que se lleva a cabo en la práctica cotidiana de la institución que es la que parece ser la de mayor impacto en la práctica del Papanicolaou. En este sentido, si bien reciben capacitación en la escuela de enfermería sobre cómo tomar el Papanicolaou, esta formación está muy alejada del tiempo de la práctica en la institución, en realidad es en la práctica profesional donde se capacitan.

La formación escolar entre las enfermeras que estudian en la escuela del IMSS la capacitación para el programa de DOC se imparte durante el segundo o tercer semestre cuando se estudia un conjunto de programas preventivos. Por lo general esta capacitación se da en el salón de clases, personal docente de la escuela la describió como una sesión en donde los alumnos aprenden a tomar la prueba con un maniquí. Son grupos de setenta alumnos por lo que no todos pueden hacer la práctica, de manera que aunque se les entrega la norma para que aprendan a tomar el Papanicolaou, es durante sus prácticas en los diferentes tipos de servicios de la institución cuando tiene oportunidad de aprender y en el servicio social si se integran a este programa.

Durante el servicio son supervisadas por la jefa del área de Medicina Preventiva, es entonces que en realidad se lleva a cabo el aprendizaje, a partir de la experiencia cotidiana y las indicaciones del personal de enfermería que les supervisa. Permanecen ahí una semana durante las rotaciones en los diferentes tipos de servicios del instituto.

La maestra responsable de la materia de los programas preventivos señala que ha recibido reportes de sus alumnas sobre las diferencias en este tipo de capacitación

sobre la técnica y la forma de localizar el cuello, de abrir el espejo, de evitar que se atore, el qué hacer cuando se terminan los materiales desechables, el cómo y cuántas veces rotar el citobrush o qué extremo de la espátula de aire es el más adecuado para recoger las células del fondo del saco vaginal.

La capacitación en la práctica depende en gran medida de la disposición que tienen los trabajadores que laboran en MP y es ahí donde se reproducen los usos y costumbres de la toma de la muestra o de las rutinas. La disposición para enseñar la técnica se interpreta y valora entre el personal de la UMF de manera positiva, como una muestra de disposición y aceptación que te va haciendo profesional pero a la vez, es una forma de descargar tareas que no son agradables. Durante el estudio, el personal de enfermería, de trabajo social o las asistentes médicas nos ofrecieron la posibilidad de participar en este tipo de aprendizaje en repetidas ocasiones. Sin embargo, es necesario recordar que este aprendizaje no toma en cuenta en la práctica el parecer de las personas a partir de las cuales se aprende, en el caso de la observación del Papanicolaou esto implicó situaciones difíciles para la investigadora cuando se le quería enseñar algo que implicaba ver el cuerpo de las derechohabientes sin pedir consentimiento a las mujeres, o bien pidiéndolo en situaciones de vulnerabilidad.

El personal de enfermería no tiene un espacio de capacitación continua en la UMF, a diferencia del personal médico que tiene un espacio semanal para ello. No cuentan con espacios periódicos de discusión sobre sus prácticas o temas que pudieran mejorar su trabajo cotidiano, ni entre sí, ni con el personal de otras unidades de la ciudad o la región.

La capacitación formal incluye cursos esporádicos que organiza el mismo Instituto que se llevan a cabo en otros espacios. Es en este sentido que las enfermeras señalan que les falta capacitación, que el instituto ofrece continuamente cursos pero la mayor parte de las veces no se llevan a cabo en Hermosillo, por lo que es difícil asistir, sobre todo porque llegan tarde los avisos para poder solicitar los viáticos y sus ingresos no les permiten pagar los costos o no consideran que les corresponde hacerlo.

El asistir a un curso de capacitación es considerado un privilegio y un estímulo para el trabajo, por lo general es una de las enfermeras quien puede asistir debido a que las demás continúan con el trabajo cotidiano.

Durante el tiempo de observación, no hubo seguimiento sobre cómo se llevan a la práctica las nuevas indicaciones aprendidas en los cursos, en este sentido, el director de la UMF señaló que en ocasiones los cambios no son aceptados fácilmente. Por ejemplo, en la última capacitación sobre el Papanicolaou la responsable del área le señaló a las otras enfermeras que había cambios en cuanto al número de días después de la menstruación, acortando los días solicitados para la toma del Papanicolaou, pero como les han regresado muestras aduciendo que no es posible su lectura por presencia de sangrado, una de las enfermeras sugirió que era mejor seguir pidiendo siete días después de que termina el período menstrual.

Otro ejemplo expresado por el director, es que la Norma Oficial publicada en 1998 señala que se le ha de realizar el Papanicolaou también a las mujeres embarazadas, pero las enfermeras se niegan a hacerlo por temor a que de presentarse problemas durante el embarazo, les sean adjudicados a ellas.

La persona que asiste a los cursos ha de contar con la confianza de quienes están en el equipo de trabajo. Durante el período de observación, en repetidas ocasiones las enfermeras señalaron que no les da confianza la persona que ha asistido a los cursos, la desconfianza se basa en sus valoraciones sobre su práctica cotidiana, en el descuido de procedimientos o desorganización del trabajo, por lo que carece de legitimidad frente a las otras dos enfermeras. Finalmente, se carece de un proceso formal de seguimiento a los cambios sugeridos en los cursos de capacitación -sobre la práctica cotidiana- que apoye los esfuerzos educativos de los capacitadores.

En la UMF A una de las enfermeras recibió capacitación hace un año, las otras dos enfermeras señalan haber recibido formación relacionada con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino (cacu) hace cinco y diez años.

Actividades de promoción en la UMF y relación con los centros de trabajo

Durante el período de observación en las dos UMF se realizaron actividades de promoción que incluyen desde la presencia de carteles que informan sobre la prueba, materiales audiovisuales en la sala de espera y búsqueda de mujeres en la misma,

hasta el trabajo de vinculación entre centros de trabajo y las actividades de Medicina Preventiva, ya sea por solicitarles que acudan para atender a las trabajadoras o la atención durante un tiempo determinado de mujeres que envían desde las fábricas para que se les practiquen pruebas y/o se les apliquen esquemas de vacunación.

Sala de espera

Durante el tiempo de la investigación en la UMF A, en dos ocasiones se hizo promoción cuando no llegaban mujeres al consultorio de Medicina Preventiva, entonces el personal de enfermería acudió a la sala de espera y en voz alta invitó a las mujeres a que se hicieran la prueba, después se aproximaron a algunas de ellas y les preguntaron desde cuándo no se la hacían e insistieron para que acudieran a tomársela.

En un período previo, durante 1999, nos tocó observar el trabajo de las estudiantes de enfermería, quienes muy temprano en la mañana sacaban un carrito con materiales para detección de glucosa o para tomar la presión, e invitaban a las personas a vacunarse y a las mujeres a la prueba del papanicolaou. Lo anterior lo hacían de manera sistemática en la sala de espera, e incluso ahí mismo aplicaban vacunas en el brazo, pero en cuanto se terminó su presencia en la UMF cesaron las actividades de este tipo en la sala de espera. Durante los primeros meses de la UMF A se contó con un televisor y se ponía un video sobre la detección oportuna de cáncer, pero el ruido en el lugar no permitía escuchar la información y optaron por quitar el televisor. Durante el período de observación no se contaba con folletos informativos sobre la DOC, el único que tenía la trabajadora social lo prestaba para que alguien lo leyera mientras esperaba su consulta, pero por lo general esto sucedía cuando alguna mujer le solicitaba información

En la UMF B no se contaba con folletos ni con postres en la sala de espera, durante la última semana se puso al lado de la ventana un letrero que indicaba el lugar donde se tomaba la muestra. El letrero decía D.O.C. Detección oportuna de cáncer, examen del Papanicolaou (ver ilustración 12).

Ilustración 12 Letrero DOC en UMF B



En la fotografía podemos ver que el letrero se encuentra al lado del ventanal donde las personas solicitan información sobre vacunación o sobre la prueba, mismo que está en la sala de espera.

Consultorio de Medicina Preventiva

Al interior del consultorio de Medicina Preventiva en la UMF A se contaba con un cartel que invitaba a las mujeres a hacerse el Papanicolaou, la ubicación del mismo era frente a la silla donde se sentaban, el lugar permitía que las mujeres lo leyeran con facilidad, no así un material en el que se especificaban las características de las mujeres que requieren la prueba y la frecuencia de la misma de acuerdo con los resultados. Este material estaba ubicado lejos de la silla, el texto escrito era extenso y el tamaño de la letra no permitía leerlo con facilidad desde el lugar donde se encontraban las mujeres. En la UMF B no había material visual que promocionara la detección oportuna ni dentro del consultorio ni fuera.

Relación con las maquiladoras

La promoción en los lugares de trabajo se establecieron en la UMF A a través del director, quien realizó los contactos con una maquiladora para que el personal de Medicina Preventiva acudiera a tomar la prueba, y con el apoyo de una enfermera que ahí labora, realizar otras acciones preventivas en un consultorio que la misma maquiladora tiene. Para que los trabajadores acudieran se les llamaba de acuerdo a la línea que podía ser sustituida por unos minutos en grupos de cinco personas, sin embargo, las enfermeras no cuidaron la privacidad de la información frente a otras compañeras de trabajo al preguntar frente a las demás personas si las mujeres cumplían los requisitos para la prueba. En la UMF B no se acudió a las maquiladoras durante el tiempo de la investigación, pero el epidemiólogo hizo los contactos con dos de ellas para que enviaran a las mujeres a la UMF, así lo hicieron dos fábricas que enviaron a las mujeres en transporte de ellos mismos y con tiempo limitado, por lo que se les dio prioridad en la atención cuando llegaron a Medicina Preventiva solicitando diversos servicios.

Uno de los médicos que trabaja en relación cercana con los centros de trabajo, narró la experiencia de llevar los servicios médicos a las maquiladoras. En su experiencia, al intentar acercar la prueba de detección oportuna, no se había tenido éxito porque no se cuida la privacidad de la misma, “las trabajadoras no quieren que sus compañeros se den cuenta de que van a hacerse la prueba, tendríamos que hacerlo de otra manera, de manera que no sepan los demás para qué se anotaron, para que se cuide más que no se sepa porque una de las cosas que evaluamos en esa experiencia que te cuento, fue que por eso no fueron las trabajadoras, porque a otras cosas sí fueron pero al DOC no” (médico laboral).

En el desarrollo de este capítulo, las relaciones médico/paciente se construyen a través de rutinas compuestas por la adaptación a la práctica de procedimientos en los contextos de las instituciones o agrupaciones médicas que van desde las formas de acceso al servicio al ingresar a la institución, los horarios de atención, el tiempo que se dedica a un paciente, el llenado de formatos de registro, y en el caso del

papanicolaou, la toma de la muestra y los diálogos y registros por escrito de las personas que acuden a la prueba.

Otros autores han utilizado el concepto de ritos (Salas Valenzuela, 1998) para referirse a las conductas repetitivas dentro de los espacios de la consulta que aluden a un manejo del tiempo, del espacio y que implican relaciones de autoridad diferenciadas. En este trabajo coincidimos con la apreciación de que en cada toma, las relaciones se ritualizan en el sentido que Giddens señala sobre las rutinas, es decir, como las formas predominantes de la actividad social cotidiana que disminuyen los sentimientos de angustia al proporcionar a los actores sociales seguridades de cómo hacer su trabajo o recibir un servicio. Según el mismo autor, las rutinas han de ser ubicadas en los contextos de las relaciones considerando los límites de espacio, tiempo y relaciones de poder que se ejercen en las interacciones (Giddens,1998:308).

El estudio de los contextos y rutinas de una interacción es inherente a la investigación de una reproducción social. No es una idea estática, antes bien, “contexto” supone en este trabajo lo siguiente: a) Los límites espacio-temporales (por lo común tienen marcadores simbólicos o físicos). Entre ellos nos interesó el espacio de Medicina Preventiva y dentro del mismo, donde se realiza la prueba del Papanicoalou. b) La co-presencia de actores que interactúan y que hace posible la visibilidad de una diversidad de expresiones faciales, gestos corporales, elementos lingüísticos y otros medios de comunicación. Observamos principalmente en este sentido la relación entre enfermeras y mujeres. c) Y finalmente las relaciones de poder y negociaciones que se establecen durante la interacción en términos exclusivos de la estructura de la rutina y las jerarquías al interior de la UMF.

Las rutinas tienen dos componentes principales, las prioridades estructurales de la institución de eficacia y eficiencia ante recursos limitados, con sus normas y procedimientos explícitos, y por otro, las prioridades del personal de enfermería y las de las usuarias que se encuentran cada día durante la toma del Papanicolaou. Si bien las estructuras construyen las condiciones en las que se lleva a cabo la práctica cotidiana, las delimitan, esto no sucede como algo aparte de los sujetos que participan en las relaciones; la dualidad de estructuras se pone de manifiesto en las prácticas

cotidianas de atención y tienen resultados no necesariamente previstos o acordes a lo que se busca en los programas y normas escritas.

La organización formal de la DOCC difiere en las dos UMF en algunos aspectos importantes desde el número de trabajadores y la organización del personal de enfermería, los espacios físicos que dificultan la privacidad, incluso la distribución de las prácticas en términos de horario. Las dos prácticas se realizan de manera rutinaria y siguen un esquema general común, por ejemplo, la normatividad sugiere que las mujeres se tomen la muestra cada tres años, en la práctica en la UMF A se promueve una práctica con una separación de dos años y en la UMF B anual.

Podemos clasificar dos formas de práctica en cuanto a la organización y distribución de responsabilidades en el área de medicina preventiva, la primera de ellas integra más los diversos programas que atiende y la segunda se divide las responsabilidades y parte del personal se especializa en la toma del Papanicolaou. En términos numéricos la segunda distribución arroja mejores resultados, los cuales no pueden ser explicados del todo por esta organización ya que la misma ubicación de las UMF influye en el aumento de demanda de la prueba, sin embargo, consideramos que de alguna manera influye la distribución ya que agiliza los tiempos que dura la espera y la toma del Papanicolaou.

La bibliografía señala que las mujeres prefieren ser atendidas por mujeres durante la prueba del Papanicolaou. Como señalamos, en las UMF la práctica recae en el personal de enfermería quienes por lo general son mujeres, pero cuyo perfil de egresados está cambiando hacia una mayor participación masculina. Esto tendrá sus repercusiones en la atención de MP en el IMSS ya que los estudiantes estarán en esta área de trabajo y tendrán responsabilidades que impactarán en la organización interna de los equipos de MP. Nos parece importante discutir con el personal de enfermería la forma de manejar esta situación que será cada vez menos esporádica. Para poner en la balanza los procesos de aprendizaje y el respeto a la cultura en este sentido que propicie una atención de calidad y de calidez.

Por otra parte, la capacitación del personal de enfermería es insuficiente para mantener al personal actualizado y en evaluación constante más allá de los números de las pruebas en relación con las metas a lograr, es decir, en cuanto a la relación con

las usuarias del servicio y la forma de solucionar las dificultades a las que se enfrentan en su práctica diaria. En general se da poca supervisión cotidiana a las prácticas en estos términos que definen la importancia de generar confianza, calidad y calidez durante la toma. La importancia que adquiere la exploración vaginal durante el Papanicolaou habría que dimensionarla mejor en un contexto en el que la atención médica se fragmenta en el mismo servicio de las UMF entre el personal de enfermería y el médico debido a que los tiempos promedio de consulta han disminuido, se fomenta que las revisiones ginecológicas sean canalizadas a programas como el de DOC y se propician prácticas contrarias a lo que se recomienda en los manuales del Programa en los que se sugiere que las mujeres que presentan infecciones reciban un tratamiento previo antes de que se realicen las pruebas y no al contrario, como sucede con frecuencia.

En relación con el tema principal de nuestro trabajo, consideramos que las prácticas rutinarias del programa de DOCC forman parte del proceso de construcción de los saberes de las mujeres acerca de la prueba, principalmente a través de las mismas prácticas en los espacios médicos. En este sentido, desde que una mujer llega y le señalan una serie de requisitos para la prueba, las representaciones sobre la misma se van construyendo o reconstruyendo modificando, ampliando o fortaleciendo algunas nociones previas sobre la misma.

Por ejemplo, los requisitos que las mujeres señalan parten principalmente de la información que se les proporcionó en estos espacios de salud. Si una mujer se acerca por primera vez a hablar sobre este tema con el personal de enfermería de la UMF A encontrará mayores problemas para su práctica que quienes hagan lo mismo en la UMF B, por ejemplo, para seleccionar los días en que podrá acudir de acuerdo a los requisitos, las indicaciones señalan siete días después de la menstruación, si a estos le agregamos los días que dura esta misma dure de entre tres y cinco días, con ciclos de 28 días, significa que la mujer solo se cuenta con catorce días disponibles de los cuales, en las UMF no se ofrece este servicio los fines de semana, con lo cual hay que restar hasta cuatro días menos, de los cuales han de negociar con sus parejas no tener relaciones entre 24 y 48 horas antes con todo ello, los tiempos se reducen a diez días o menos lo que les deja pocas opciones en el día a escoger cada mes. En cambio

en la UMF B solo tienen que considerar no estar menstruando, lo que puede ser entre tres y cinco días de su período.

Aún cuando el personal de enfermería no difunde estas medidas como requisitos, las mujeres pueden suponerlas por sus prácticas anteriores ya sea en la misma o en otra institución, o bien por la socialización de las mismas entre sus redes sociales, por lo que esta construcción de la prueba ha de considerarse y no darse por supuesta cuando una mujer va a solicitar la prueba y cuando se difunde el programa o se invita a una persona a acudir.

Cada vez que tienen una práctica de detección oportuna, las mujeres aprenden algo sobre la misma, por lo que vimos, principalmente a través de su experiencia. No se considera importante ni forma parte de la práctica rutinaria de la toma del Papanicolaou un momento educativo específico sobre lo que es la prueba. A lo anterior habría que agregar que si la primera ocasión que acuden a la prueba no son jóvenes de edad, la enfermera presupone fácilmente que la mujer “ya sabe a lo que va” y no se considera necesaria una explicación previa, ni durante ni después de la prueba, con lo que se propicia que la representación de las mujeres se alimente de sus sensaciones y de la conversación con el personal de enfermería.

Cuando las mujeres están en la mesa de exploración, no pueden ver los instrumentos y el personal de enfermería considera que esto le facilita la relación con las mujeres porque consideran que pueden asustarse al verlos, lo que sucede es que el espejo o pato acaba siendo poco conocido por ellas y en sus representaciones cuentan con sus sensaciones, con lo poco que pueden ver a distancia cuando se los muestran y con la descripción que hace la enfermera del procedimiento de insertarlo y abrirlo. Algunos de estos últimos pueden hacer que las representaciones sobre la prueba sean de un procedimiento más agresivos de lo que son y la sensación del riesgo de ser lastimadas aumente su tensión, en este sentido sucede con las descripciones que hicieron algunas mujeres o las enfermeras de lo que comentan con otras personas de sus redes sociales acerca de que se les “quita un trozo de matriz”. Si durante la rutina el personal de enfermería nunca precisa ni el lugar de la toma ni la forma en que se hace la prueba estas representaciones previas se suman a los comentarios de la descripción del procedimiento en los momentos en que la enfermera indica a la mujer

que “va a sentir un pellizquito” después de haberle informado que va a introducir un espejo. Las mujeres que no conocen la utilización técnica de la palabra en el instrumental de ginecología, tienen referentes sobre la misma en otro sentido, asocian esta palabra a un objeto que en alguna parte tiene lo que se conoce en la vida cotidiana como un espejo de material reflejante que en caso de romperse corta. Si las mujeres tienen esta idea, la declaración de la enfermera de que “se rompió el espejo” adquiere dimensiones alarmantes y genera mayor tensión.

Lo que las mujeres aprenden de la prueba se difunde posteriormente en sus círculos de mayor confianza, por lo general en la familia o entre algunas amistades, por limitado que sea, y aunque cada vez se puede aprender algo distinto, la primera vez tiene gran importancia en la formación de los saberes.

Consideramos que la prueba del Papanicolaou cuando se logra establecer relación de confianza abre la posibilidad de hablar sobre la prueba con mayor tranquilidad, en diferentes momentos de la rutina, que pudiera ser flexible porque algunas mujeres quieren saber pero no en el momento previo a la toma y otras por el contrario, desean tener información antes de que pase el procedimiento. Incluir en la rutina una breve explicación que disminuya las dudas puede alargar un poco más la prueba pero una buena explicación hará que las siguientes pruebas sean más rápidas y menos tensas. Esta explicación tendría que cuidar la no utilización de términos técnicos y propiciar confianza para que las mujeres externen sus dudas al respecto. Desde los servicios médicos hace falta construir formas de seguimiento a los contenidos y formas en que se puede lograr una mejor educación de la población derechohabiente acerca de las prácticas a que se somete, no solo en los consultorios de Medicina Familiar, sino también en el de MP.

La escuela de enfermería pudiera jugar un papel muy importante en términos de evaluar y ofrecer capacitación continua para el personal de enfermería que labora en MP, de manera que se actualice y cuente con un espacio para compartir los resultados anuales de su trabajo, porque como bien lo expresó una de las enfermeras, su trabajo no se ve, solo se enteran si cumplieron o no la meta, pero no hay retroalimentación constante para modificar prácticas y para valorar su trabajo con un análisis más informado de su parte de cómo ayuda su trabajo cotidiano en la

disminución de la mortalidad, ni del tamaño del problema que enfrentan en la actualidad sobre los datos que arrojan los indicadores y lo que significan para hacer visible ante ellas mismas y sus compañeros de trabajo, lo que significa “hacer lo que no se ve” cada día pero se puede manifestar en detecciones oportunas en la población derechohabiente.

En este sentido, la relación del instituto con las maquiladoras para la toma del Papanicolaou ha experimentado diversas formas, ya sea llevando el servicio hasta las maquiladoras o bien, solicitando que la maquiladora proporcione transporte y tiempo para las mujeres que requieran servicios de MP, una tercera forma es la canalización y el para que acudan en horarios laborales a la prueba. Estas estrategias han sido poco evaluadas, el personal médico que ha estado involucrado en ellas señala que cuando se hace evidente en los centros de trabajo que las mujeres se harán la prueba, no acuden porque la prueba es algo íntimo, porque cuando se hace evidente quiénes se acercan para la prueba un efecto no deseado es que se evidencia que una mujer ha tenido ya relaciones sexuales y las más jóvenes se rehúsan a tomarse la prueba de esta manera. Pero si se difunde en el espacio de trabajo que se harán varias pruebas y entre otras, el Papanicolaou, las mujeres tienden a acudir más.

La intimidad que requiere el Papanicolaou, por sus vínculos con la sexualidad y la reproducción, hacen que la prueba no sea como otras en el sentido de que no importe quién se entere ni las condiciones de privacidad. En este sentido, los espacios de las UMF y su cercanía con la sala de espera no permiten privacidad. Lo saben mejor quienes están tomando la prueba de manera cotidiana. Cuidar el lugar que se escoge para que sea en donde ha de tomarse la prueba no es una cuestión secundaria, ya que entre otros factores, la apreciación y experiencia que tienen ahí las mujeres las invita a regresar o a no volver y el Papanicolaou implica prácticas subsecuentes, no únicas.

La privacidad no se reduce a alguno de los momentos del Papanicolaou y a los aspectos anatómicos, sino que ha de considerarse extensivo hasta en los momentos en que se entregan resultados, si se hará referencia a “cómo salió”, sería necesario buscar las condiciones propicias o referirla con su médico quien cuenta con un espacio mejor acondicionado para ello. Sin embargo, la relación que tienen las

mujeres con el personal de enfermería, en ocasiones es de mayor confianza y les lleva a solicitarles información, para lo que han de estar mejor capacitadas, y sobre todo de buscar mejores condiciones para dar cualquier información, incluso la de referencia.

El espacio, la privacidad, lo que se habla durante la prueba y lo que se deja de hablar, son parte del proceso de aprendizaje con el que cuenta actualmente la población usuaria del servicio de MP, pero la parte de promoción es muy limitada, en ocasiones los postres no se encuentran ubicados en lugares en donde puedan verlos de manera conveniente, o se ubican muy lejos de donde se sienta la mujer, pero sobre todo, el que la rutina no cuente con un espacio dedicado y evaluado de manera sistemática para esta actividad educativa, los saberes de las mujeres se configurarán de manera parcial con comentarios o referencias limitadas.

Las diferentes formas de organización nos sugieren que la necesidad de cubrir metas, puede combinar los términos, de eficacia y de educación. Una buena alternativa parece ser una combinación de lo que se hace en estas dos UMF, ya que si en ambas se contara con personal que canalice a las mujeres, como sucede en la UMF B por la circunstancia de tener un ventanal de acceso, éste no tendría que ser personal de enfermería, sino una asistente que canalice a los usuarios con personal que por su parte se especialice o divida las prácticas de algunos de los programas, pero a la vez, este personal tendría que ser capacitado para que a través de la revisión de cartillas o programas pueda invitar a las personas a que cubran otros aspectos preventivos que se encuentren a su disposición.

La relación entre el personal de enfermería y las mujeres tiende a reproducir algunas características de las relaciones médico y paciente, pero en condiciones distintas, el médico cuenta con el asistente mientras que el personal de enfermería ha de establecer los límites por sí misma, sus relaciones son también verticales, pero el reconocimiento de su jerarquía por parte de las usuarias parece ser distinto al que les impone la investidura del médico. Las enfermeras son consideradas como las que directamente cuidan a los pacientes en los hospitales, pero también la puerta de entrada hacia el personal médico y los servicios.

La relación enfermera mujer, reproduce lo que otros estudios han encontrado sobre la relación médico paciente (Freidson, 1970; Fisher, 1995) es decir, se

construyen relaciones verticales, controladas por el personal médico o paramédico en este caso, que son quienes delimitan los pasos de la rutina en consulta y limitan los tópicos de la descripción del paciente respecto del problema del que busca ser atendido y utilizan palabras técnicas para referirse a objetos y a procesos de s/e/a. Sin embargo, también encontramos diferencias, no solo en la forma de construir la distancia jerárquica entre enfermeras y pacientes, sino en los temas que se desarrollan durante la prueba y el interrogatorio inicial, los cuales pueden relacionarse con la vida sexual y reproductiva por la misma práctica y formularios, pero además por que pertenecen a niveles socioeconómicos, educativos y culturales cercanos y al mismo género lo cual pudiera tender a facilitar este tipo de relación. En la práctica encontramos que no siempre es así, se presuponen muchas cosas y se callan otras más, no existe en la rutina el tiempo para que las mujeres puedan preguntar o resolver sus dudas y el procedimiento es la vía de educación para la salud que construyen.

Entre enfermeras y mujeres, se da por sentado que se habla de lo mismo sin duda alguna, sin recapacitar en que los saberes sobre la prueba y sobre el cuerpo son diferentes. Una persona que hace diariamente exploraciones visuales del cérvix y toma la prueba, no tiene los mismos insumos sobre la misma que la que puede tener una usuaria que acude por primera vez o de manera subsecuente. Para concluir, quisiéramos resaltar la importancia del encuentro entre el personal de enfermería y las mujeres durante el Papanicolaou, ya que a pesar de que no exista en la rutina un espacio para hablar de la prueba, esta relación forma parte del proceso de construcción de las representaciones sobre la práctica que de acuerdo a los discursos de las informantes, influye en conjunto con otros factores para propiciar o retardar prácticas subsiguientes de las mujeres.

IV LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA PRUEBA EN LAS UMF

En este capítulo daremos un giro al tipo de descripción y análisis que venimos haciendo debido a que presentaremos el perfil de las mujeres que captamos cuando acudieron a Medicina Familiar (MF) en busca de consulta médica, y a Medicina Preventiva (MP) para solicitar que se les tomara la citología cervical. La descripción tiene dos objetivos, en primer lugar, describir a la población de la cual escogimos a las mujeres entrevistadas y describir algunas de las características y apreciaciones sobre su práctica recogidas en el momento previo y posterior del Papanicolaou.

Como describimos en el apartado metodológico, durante el trabajo de campo realizamos dos tipos de registros: a) un formato para localizar a las mujeres que tienen una práctica nula o esporádica, (ver en anexos) es decir, con más de tres años desde su último Papanicolaou en los consultorios de Medicina Familiar (solicitando para ello el apoyo de las asistentes médicas y del personal de trabajo social); b) un cuestionario dirigido a las mujeres que acudieron a los consultorios de Medicina Preventiva para que se les tomara la prueba, el cual se aplicó a cien mujeres que acudieron al Papanicolaou.

Para la descripción de la información, utilizamos la misma distribución de rangos de edad con la que seleccionamos a las mujeres para las entrevistas en sus hogares, por ello los rangos no siguen una distancia constante entre ellos, sino que busca identificar a mujeres que pasan por diferentes etapas de su vida familiar, que se encuentran en diferentes momentos en sus vidas familiares, algunas de inicio de relaciones de pareja y de familia, a las que denominamos G1 y en el que incluimos a mujeres entre 16 y 25 años considerando para el inicio del rango al mínimo de edad obtenido. El segundo grupo G2, lo conforman mujeres con hijos mayores de seis años de edad y comprende a usuarias de entre 26 y 45 años de edad y finalmente el G3, en donde encontramos a mujeres que se encuentran más cercanas o que ya han pasado por su menopausia y cuyos hijos son mayores de edad. En este grupo el criterio que se siguió fue que las mujeres tuvieran de 46 años de edad en adelante.

Las mujeres con prácticas esporádicas o nulas

El hecho de que las mujeres que acuden a los consultorios de Medicina Familiar para buscar atención médica lo hagan con relativa frecuencia, no garantiza que se hayan realizado la prueba durante los últimos tres años, algunas incluso nunca han tenido esta práctica. Para localizar a un grupo de estas mujeres, durante los cuatro meses que duró el trabajo en la UMF, solicitamos a las asistentes médicas que preguntaran a quienes acudían a consulta algunos datos para llenar un pequeño formato, y que además estuvieran de acuerdo en participar en el estudio. Las mujeres dejaron sus datos personales con el fin de ser localizadas posteriormente. De esta forma fueron localizadas 59 mujeres. A continuación describiremos su edad y el tipo de práctica de acuerdo al espaciamiento desde la última vez que se lo realizaron:

- Su edad oscila entre los 17 y los 79 años de edad, con una mediana de 31 años y una moda de 24, cifra que nos da una idea más precisa del perfil de las mujeres de este grupo, como puede apreciarse en el siguiente cuadro, en el que hicimos una distribución de acuerdo a los grupos de edad que nos interesa comparar con estos datos. La tabla No. 12 nos muestra que captamos a un 25.4% de mujeres que tenía una edad entre 16 y 25 años, mientras que un 42% estaba entre 26 y 45 años de edad y un 32% eran mayores de los 46 años.

Tabla 13. Distribución porcentual por grupos de edad

Grupos de edad	%
16-25	25.4
26-45	42.4
46 o más	32.2
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con información de cédula de identificación para Medicina Familiar, 2001, 2002.	

- Con respecto al espaciamiento temporal para acudir al Papanicolaou, encontramos que un 39% de las mujeres nunca habían acudido a hacerse la prueba, y un 61% había dejado pasar más de tres años, lo que clasificamos como una práctica esporádica.

Tabla 14. Espaciamiento de la prueba con relación al grupo de edad de las mujeres

Grupos de edad	Espaciamiento				Total
	<i>Esporádico</i>		<i>Nulo</i>		
	N	%	N	%	
G1 16-25	10	40	15	60.0	25.4
G2 26-45	22	52.4	20	47.6	42.4
G3 46 o más	29	87.5	3	9.4	32.2
Total	61		39		100.0

Fuente: Elaboración propia con información de cédula de identificación para Medicina Familiar, 2001, 2002

Entre quienes nunca se han realizado una prueba, el 97% son menores de 45 años de edad, y es que como se señala en el cuadro, solamente se localizó al 3.4% de mujeres mayores de 46 años con esta condición. Cuando las localizamos en sus hogares, nos encontramos con que se habían realizado la prueba de manera regular o esporádica en otra institución. En el cuadro podemos ver que el mayor porcentaje de mujeres que no se han realizado la prueba se concentra en el grupo de 16 a 25 años.

La selección de las mujeres se realizó en los turnos laborales que estudiamos, el 67.8% fueron localizadas durante los turnos matutinos y el 23.7% durante el vespertino.

Estos datos que arrojó el formato para la localización de mujeres en MF solamente fueron los necesarios para encontrarnos con ellas en sus hogares y para localizarlas previamente por vía telefónica, en los casos en que se contara con este servicio. Se necesitaba que el formato fuera pequeño y llamativo para que las asistentes médicas pudieran identificarlo entre los archivos y papeles que manejan en su escritorio y

tenía que ser muy breve para que su llenado no fuera un impedimento en términos del tiempo, de manera que identificamos el consultorio y el turno únicamente con la finalidad de verificar la información en caso necesario.

El trabajo de las asistentes médicas, fue fundamental en esta tarea de localizar a las mujeres para el programa de DOC, sin embargo, es necesario aclarar que durante el período de estudio, las asistentes médicas no siguieron para la selección procedimiento sistemático alguno, pero el ejercicio nos permite una primera aproximación a la importancia y potencialidad de su trabajo para la localización y referencia de mujeres hacia el programa de DOC en el primer nivel de atención.

Mujeres que acudieron a realizarse la prueba del Papanicolaou a MP: Datos de la encuesta

Las mujeres que acompañamos en las UMF, generalmente contaban con poco tiempo para una entrevista en este lugar y las condiciones para realizarlas no permitían hacerlas con la privacidad necesaria. Por ello que pensamos en utilizar un cuestionario dividido en dos partes, una que pudiera aplicarse durante el tiempo de espera y la segunda en el momento inmediatamente posterior a la prueba del Papanicolaou.

Esta dinámica nos hizo construir un cuestionario¹⁸ que inicia con preguntas generales, tiene su punto más alto cuando se le solicita a la mujer expresar sus sentimientos, y posteriormente baja la dinámica con la descripción de los pasos que siguió en su trayectoria hacia la prueba dentro de la institución ese día. Al terminar esta parte la mujer entraba a la prueba y al salir, reanudábamos la relación con preguntas generales sobre los tiempos de traslado, para poco a poco preguntarles sobre su experiencia durante la prueba y sobre las nociones sobre la prueba y el cáncer, y finalizar con la invitación a participar en las entrevistas y si daban su consentimiento, con la solicitud de datos personales de localización.

El cuestionario fue aplicado a cien mujeres que acudieron a las dos Unidades de Medicina Familiar, en la UMF A aplicamos 39 cuestionarios y en la UMF B fueron 61. El número se decidió con base en la frecuencia de asistencia de mujeres a

¹⁸ El cual se anexa al final del documento.

la prueba, reflejada en los Papanicolaous registrados en los cuadernos de las enfermeras, así como en los registros del laboratorio donde se procesa y concentra la información de las laminillas.

En la UMF A se observaron los dos turnos laborales, el matutino y vespertino, y se escogió una de cada dos mujeres que solicitaban la muestra, mientras que en la UMF B trabajamos exclusivamente el turno matutino y seleccionamos a una de cada tres derechohabientes. Por haber considerado dos turnos matutinos, las mujeres que respondieron el cuestionario durante la mañana serán más que las que lo hicieron por la tarde, es decir, el 76% acudieron durante el turno matutino y el 23% durante el vespertino.

Datos generales de las mujeres

Con respecto a la edad de las mujeres de la muestra, el 17% de ellas se ubica entre los 16 y los 25 años de edad; la mayoría, el 55%, se ubica entre 26 y 45 años; y un 28% son mayores de 46. Al igual que sucede con la muestra de las mujeres que tienen una práctica esporádica o nula, la distribución se concentra en el grupo de mujeres que se ha reportado como el que tiene mayor afluencia a los servicios médicos (Dacha, Norberto *et al.*, 2002:349).

Para describir el ingreso aproximado de las mujeres entrevistadas y sus familias, escogimos retomar algunos elementos utilizados para la selección de la muestra del trabajo de Castro y Salazar (2001:190-192), el cual parte de un muestreo probabilístico y polietápico en el que se definen varias características de vivienda, ingreso y servicios para conformar dos grupos: los de condición socioeconómica popular y media. Para encontrar a las mujeres del sector popular, las autoras seleccionaron las colonias en las que el Scince 2000 registró que el porcentaje de la población económicamente activa que recibía en el año 2000 entre dos y cinco salarios mínimos, se conforma por el 50 y 60 % en cada una de las áreas geoestadísticas básicas. Las autoras señalan que lograron encontrar población con las características que nombran como de población media y popular en las áreas geoestadísticas básicas (AGEB), que tenían entre 50 y 60% de PEA con un ingreso entre dos y cinco salarios mínimos.

En este sentido, utilizando el mismo Scince por colonias, hicimos el ejercicio

de ubicar este porcentaje de población entre 2 y 5 salarios mínimos en la población que respondió el cuestionario y obtuvimos que el 73.3% de la muestra tiene esta característica, y ninguna presentó el rango que consideraron las autoras para encontrar población de “condición socioeconómica media”. Esto no significa que en estas colonias no se encuentren personas que vivan en condiciones clasificadas como de sector medio, pero era menos probable que así lo sea cuando habitan en ellas. Entre las mujeres entrevistadas en sus viviendas, el nivel de ingreso fue de entre dos y cinco salarios mínimos (ver tabla No. 14).

Tabla 15. Grupos de SM de las colonias en donde habitan

% de PEA que gana entre 2y 5sm	%
30-40	3.3
40-50	23.3
50-60	73.3
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del Scince por colonias, 2000.	

Lo anterior solamente nos sirve como referente para describir el tipo de mujeres de acuerdo al ingreso de las personas que trabajan y habitan en su misma colonia, grupo del que forman parte al ser derechohabientes del IMSS. El 73% de las mujeres habita en colonias en las que el porcentaje de la PEA con dos y cinco salarios es superior al 50%.

Para complementar la información anterior y lograr una descripción general de las mujeres, encontramos que el promedio de vivir en la misma vivienda es de 18 años, y es que el 75% tienen más de cinco años habitando en el mismo lugar. Antes de 1999, cuando no contaban con la UMF A, la población acudía a diferentes UMF de la ciudad, algunas estaban asignadas a la UMF que cubre la zona centro y otras a la que se ubica en la zona de hospitales del IMSS. Esta última se y enviaron a parte de su personal a la UMF A, ubicada en una zona más cercana a las viviendas de los derechohabientes.

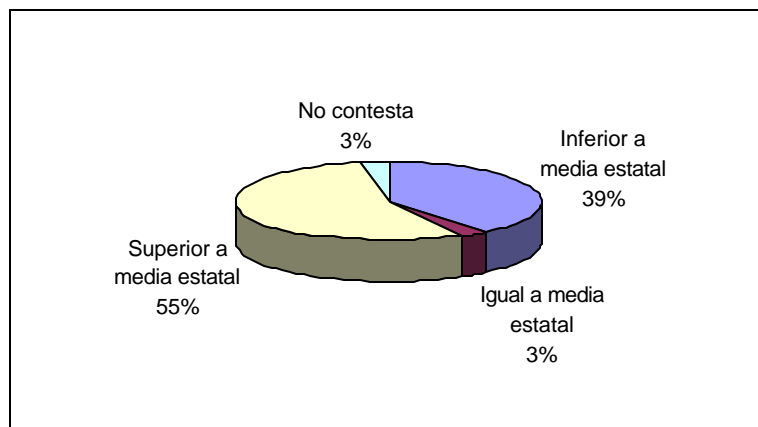
No encontramos mucha variación en cuanto al tiempo de residencia de las mujeres, ya que en el grupo de mujeres más jóvenes, el 71% tiene más de cinco años de residir en la misma vivienda, en las de 25 a 46 años encontramos un 75% y en el de mayores de 46 años es ligeramente superior, con 82%, lo que únicamente hace referencia al tiempo de habitar en la vivienda y colonia. Entre las mujeres, 12% viven en condiciones de hacinamiento si lo definimos como más de tres personas que duermen en una misma habitación.

El 82% de las entrevistadas nacieron en el estado de Sonora; la mitad de ellas en la ciudad de Hermosillo; 32% en otro municipio de Sonora; y 18% son oriundas de otra entidad, principalmente Sinaloa (9%). Solamente el 8% tiene menos de cinco años de residir en la zona urbana de Hermosillo. La muestra se compone principalmente de mujeres que en su mayoría tienen más de cinco años de vivir en la zona urbana y/o de personas que nacieron en la ciudad de Hermosillo. Un 68% de las familias de las mujeres entrevistadas son nucleares, 25% habitan en familias extensas y 7% en hogares monoparentales. La composición de la familia nos interesa en términos de las redes de apoyo con las que pueden contar para acudir a los servicios médicos en general, y a la detección oportuna de cáncer en particular. En este sentido, la información que arroja el cuestionario solamente nos indica que un 50% de las mujeres son migrantes internas o de otra entidad.

El promedio de escolaridad de las mujeres es de 8.1 años de estudio, es decir, tienen estudios de secundaria incompletos. Recordemos que el promedio de grados de estudio reportado para Sonora en 2000 fue de 8 años de estudio para las mujeres. Así que el perfil de las mujeres corresponde al promedio estatal. Sin embargo, la desigualdad entre quienes estudiaron más y menos años entre las mujeres que respondieron el cuestionario, es muy importante si consideramos los casos extremos, es decir, encontramos una escolaridad máxima de 20 años de estudios y una mínima de población que no reporta años de estudio, por ello hay que destacar que un 57% de las mujeres tiene una escolaridad menor a la secundaria y un 40% igual o superior a la misma. La moda se centra entre quienes tienen estudios de nivel de secundaria (ver gráfica No. 21). En comparación con la media estatal, el 55% de las mujeres tienen una escolaridad superior, un 39% inferior y un 3% igual a la misma. La mayor parte

de la población de la muestra tiene una escolaridad más alta que la que alcanzan otras mujeres en el estado.

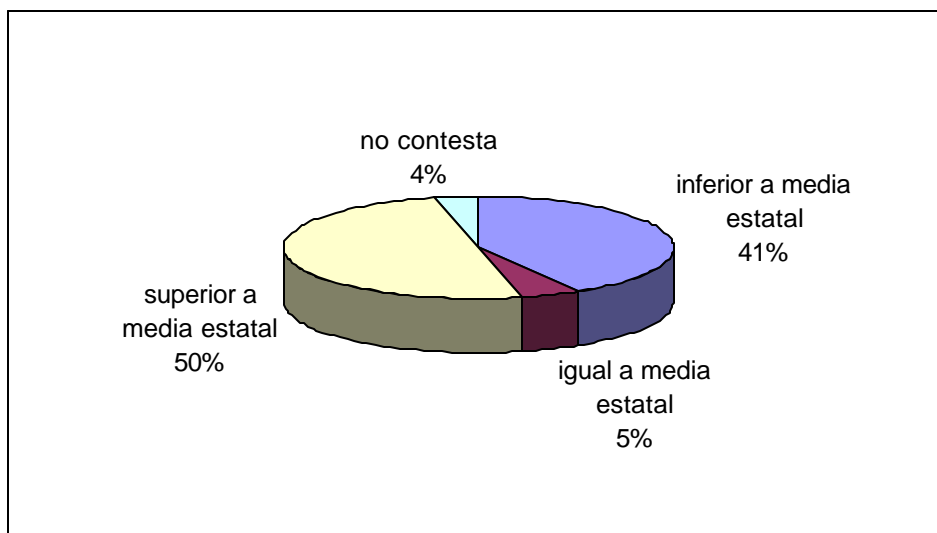
Gráfica 21. Escolaridad de la mujer



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Considerando a las mujeres que tienen pareja (ver gráfica No. 22), la escolaridad que reportaron de las mismas es de un promedio cercano al estatal la cual es de 8.5 para los hombres. El que reportan las entrevistadas es un poco inferior al mismo con 8.3 años de estudios. El máximo grado de estudios fue de 17 años y el mínimo de cero o analfabetismo.

Gráfica 22. Escolaridad de la pareja



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Si consideramos únicamente las respuestas obtenidas en esta pregunta, tenemos que el 50% de las parejas de estas mujeres tienen una escolaridad por arriba de la media estatal, es decir tienen al menos la secundaria terminada y un 41% es inferior a la misma. En los casos en los que se obtuvo respuesta, hay una escolaridad similar en la que la población con estudios de secundaria o más es de un 50%, que es similar a lo que reportan las mujeres de la muestra.

Resumiendo, las mujeres entrevistadas en su mayoría habitan colonias donde los ingresos son entre dos y cinco salarios mínimos, y la mayor parte de ellas lo hace desde hace cinco o más años. El promedio de escolaridad es de 8.1 años de estudio, el 57% de ellas tiene estudios de primaria completos.

Descripción de las mujeres en torno a su vida reproductiva

Cuando las localizamos, el 94% de las mujeres habían tenido al menos un hijo, solamente 6% de las mujeres de la muestra no eran madres. El 62% de ellas tenían entre uno y tres hijos (ver tabla No. 15), sin embargo, como podemos observar en el siguiente cuadro, si organizamos la información de las mujeres que dijeron tener hijos, de acuerdo al grupo de edad, encontramos grandes diferencias en torno a su vida reproductiva

Tabla 16. Número de hijos, distribución por grupos de edad

Edad	Número de hijos			Total
	1-2	3-5	6 o +	
16-25	12	1	0	13
26-45	23	24	6	53
46 y +	2	13	13	28
Total	37	38	19	94

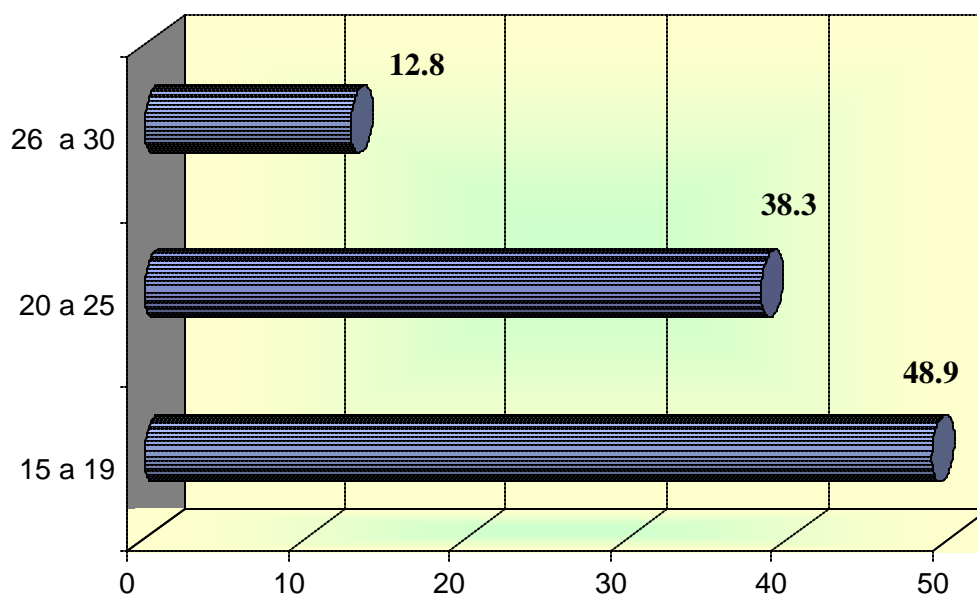
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Un ejemplo de lo anterior es que entre las más jóvenes, el 92% de ellas tenían uno o dos hijos y ninguna más de seis, a diferencia de lo que sucede con las mayores de 46 años de edad, entre quienes el 46% tenían seis o más hijos. Este mismo dato, en el grupo de 26 a 45 años, se presentó en el 11% de las mujeres, entre quienes la

frecuencia se distribuye casi igual entre quienes tenían hasta 2 hijos (43%), y entre tres y cinco (45%), y se presenta en un 6% el caso de 6 o más hijos.

Un dato interesante con respecto a la vida reproductiva de las mujeres es que el 49% de ellas tuvo su primer hijo a los 19 años de edad o antes (ver gráfica No. 23), por lo que sus embarazos se clasifican como embarazos de adolescentes. Por otro lado, sólo el 12% de ellas tuvo a su primer hijo después de los 25 años de edad. La media de edad al primer parto es de 20 años. Los valores extremos de partos de primigestas fueron 30 años como rango superior y 15 años en el inferior. Esta información es relevante ya que las mujeres que inician su vida sexual antes de los 18 años se consideran sujetas a mayor riesgo de enfermar de cáncer cervical, por lo que casi un 50% de las mujeres tienen este factor de riesgo.

Gráfica 23. Edad al primer parto

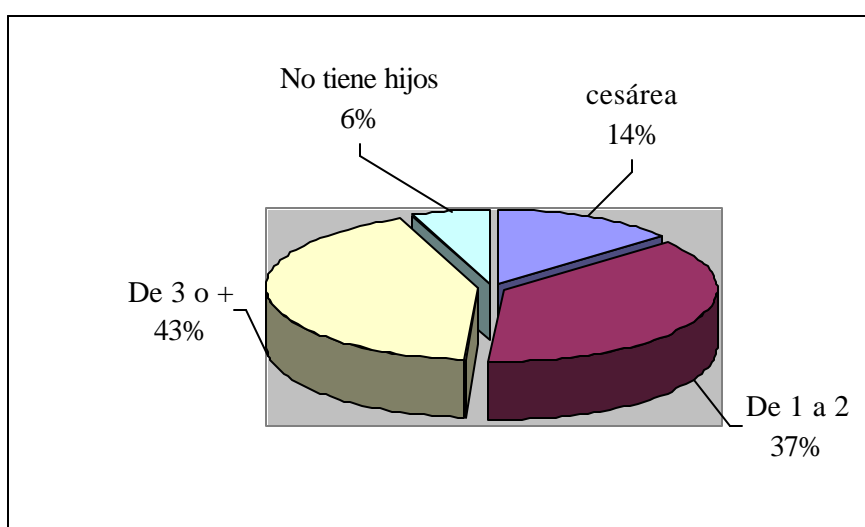


Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Además de la característica que señalamos en el párrafo anterior, encontramos que un 43% de las mujeres de la muestra tuvieron tres o más hijos por vía vaginal

(ver gráfica No. 24). Como señalamos anteriormente, los estudios (Castañeda-Iñiguez *et al.*, 1998:337) sobre los factores de riesgo indican que las personas con más de tres partos por esta vía tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad. Estas dos características nos indican que sería necesario considerarlas cuando se recomienda focalizar la detección oportuna en mujeres entre 25 y 64 años de edad, a fin de considerar a quienes presentan algunos de los factores de riesgo para los procesos de educación en salud y para la detección oportuna.

Gráfica 24. Número de hijos



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Las edades de los hijos (ver tabla No. 16), son un indicador de las condiciones distintas que viven las mujeres en torno al cuidado de los mismos, en este sentido encontramos que el 70% de los primogénitos de las integrantes del G1 tienen menos de cinco años de edad, además de que la edad máxima de ellos es de 10 años, mientras que en el G2, el 6% de los hijos de las mujeres son menores de cinco años, un 50% está entre 6 y 17 años y un 44% ya son mayores de edad. En el G3 encontramos que todos los primogénitos son mayores de edad e incluso, el 86% de ellos tienen más de 26 años.

Tabla 17. Concentrado de la edad del hijo mayor %

	0-5	6 a 10	11 a 17	18 a 25	26 o más
G1 (16-25)	70	30	0	0	0
G2 (26-45)	6	26	24	38	6
G3 (46 y +)	0	0	0	14	86

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Si analizamos de la misma manera las edades de los hijos menores, nos encontramos que en el G1 el 100% de los hijos más pequeños de las mujeres son menores de cinco años de edad; en el G2 encontramos más variedad ya que el 34% de sus hijos menores (ver tabla No. 17), tienen menos de cinco años, pero el 52% oscila entre los 6 y 17 años de edad y el 14% son mayores de edad, sin llegar a los 26 años. En el G3 ninguna de las mujeres tiene hijos menores de cinco años, 18% tiene hijos menores de 17 años de edad y un 82% de sus hijos son mayores de edad, de estos últimos casi un 40% son mayores de 26 años.

Tabla 18. Edad de los hijos menores de la familia (%)

	0-5	6 a 10	11 a 17	18 a 25	26 o más
G1 (16-25)	100	0	0	0	0
G2 (26-45)	34	27	25	14	0
G3 (46 y +)	0	7	11	43	39

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Las diferencias de edad de los hijos mayores y menores, nos interesan en tanto que implican cuidados maternos distintos. Sin querer clasificar a las mujeres en ciclos de vida de un solo tipo, queremos señalar que todas las mujeres que pertenecen al G1 tienen en su hogar hijos menores de cinco años que son más dependientes y propensos a enfermar, mientras que en las mujeres del G2 encontramos más diversidad, el 66% de sus hijos menores son mayores de seis años pero todavía un 34% cuida menores de cinco. En el G3 se concentra la mayor parte de las mujeres

(82%), entre quienes su hijo menor ya es mayor de edad, solamente un 7% de las mujeres cuida a niños que por su edad corresponden a la educación primaria.

Situación laboral

En el estado de Sonora, el INEGI y el Instituto Sonorense de la Mujer (2002:95) reportaron que la población femenina de 12 años y más pasó de 21.4% en 1990 a 31.5% en el año 2000. Debido a que la muestra que tomamos es de población trabajadora que acude al IMSS, el sesgo que esto implica nos proporcionó un número más alto que el estatal, de tal manera que el 45% de las mujeres contaban con un trabajo remunerado. Las mujeres que señalaron recibir algún ingreso, se distribuyen entre los diferentes sectores económicos de la siguiente forma: 17% trabaja en el sector secundario, 18% en el sector terciario o de servicios, y 10% en el sector informal. El porcentaje de mujeres que trabajan (ver tabla No. 18) se concentra entre las mujeres menores de 45 años de edad.

Tabla 19. Mujeres que laboran de acuerdo a grupo de edad

Edad	22 Trabajo		Total
	Sí	no	
16-25	9	8	17
26-45	28	27	55
46 y +	8	20	28
	45	55	100
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

Las mujeres entre 16 y 45 años de edad tienen una distribución de casi un 50% entre quienes trabajan y quienes no, mientras que en las mujeres mayores de 46 años, la mayor parte (72%) no tiene actividad laboral.

Derechohabiencia

Para recibir el servicio de Detección Oportuna de Cáncer no es indispensable ser derechohabiente. Como programa nacional, pueden acudir mujeres sin servicio

médico, es por ello que entre las mujeres de la muestra, un 5% señaló que en el momento en que se les aplicó el cuestionario no contaban con su derechohabiencia activa (ver tabla No. 19). Dos de ellas, sin embargo, habían perdido el acceso a la prestación tras años de tenerlo por su trabajo o el de sus familiares. El 95% restante son derechohabientes de la institución y entre ellas, en su mayor parte, el 50% la tenían por medio del trabajo de su esposo, un 26% más por su trabajo y un 17% porque alguno de sus hijos le otorgaba el servicio. Solamente entrevistamos a un estudiante de la Universidad de Sonora que por serlo tiene derecho al servicio médico.

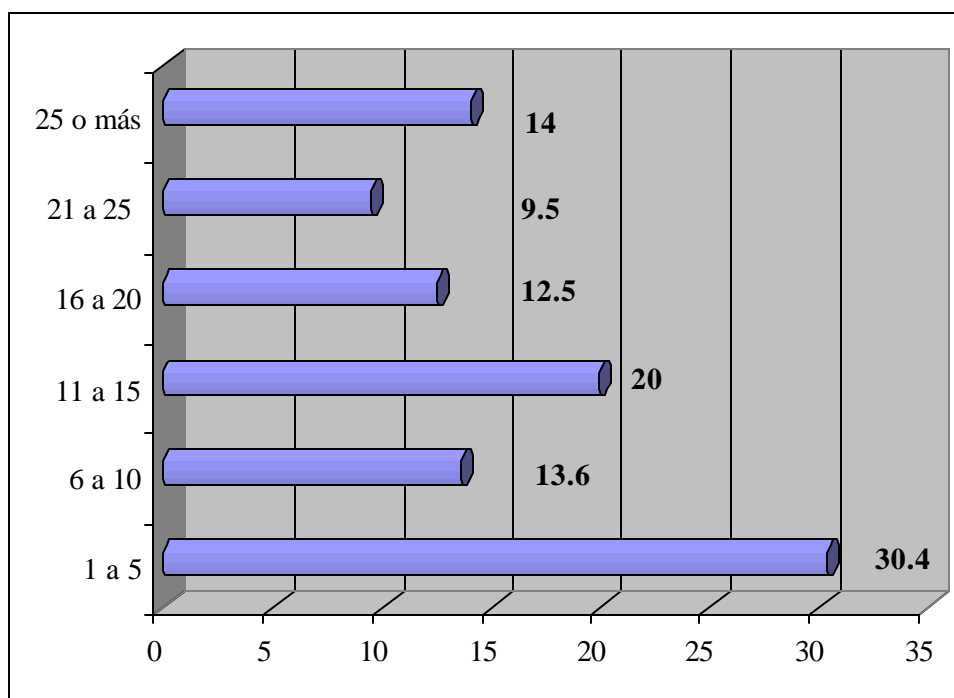
Tabla 20. Derechohabiencia

Derechohabiencia	%
Es asalariada	26.0
Su esposo	50.0
Hijo(a)	17.0
Es hija de trabajador	1.0
No tiene IMSS actualmente	5.0
Estudiante	1.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

La variación en el trabajo de las mujeres o sus parejas y familiares, da por resultado períodos de cobertura y de falta de la misma entre las usuarias del servicio, por lo que les preguntamos sobre su inicio de acceso al IMSS y sobre el período más largo en el que han tenido este servicio médico. Lo que nos interesa de manera particular es señalar si es población que tiene ya varios años acudiendo a la institución y con ello si ha tenido la posibilidad de obtener información en los servicios de salud, o si ya dentro de la institución el personal ha tenido la oportunidad de captarla e invitarla al programa de detección oportuna. En la gráfica No. 25 podemos observar que la vigencia que reportaron las mujeres, de acuerdo con su última fecha de alta, presenta una media de 13 años, el mínimo que presentan es de

menos de un año y el máximo de 42. La moda de estos datos es de un año con el 16% de los casos. Si consideramos sus respuestas a la pregunta en la que se les solicitó información del período más largo en el que tuvieron acceso al servicio médico del IMSS, la media se eleva un poco, a 13.4 años. El 79% de las mujeres tiene una vigencia en el IMSS de dos o más años.

Gráfica 25. Años de vigencia en el IMSS (%)



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Como podemos ver en la gráfica, un 30.4% de la población tiene entre uno y cinco años de vigencia en los servicios médicos del IMSS, es decir, un 69.6% de la muestra tiene más de cinco años de tener acceso al servicio y podría haber contado con una mayor influencia de los servicios médicos sobre sus representaciones acerca de la enfermedad y la prueba.

En la tabla No. 20 presentamos la distribución por edades de la derechohabencia de acuerdo con el número de años de vigencia, considerando para ello el dato de vigencia más larga que registraron las mujeres. Observamos que las

mujeres mayores de 46 años, en su mayor parte (86%), tienen más de 6 años en el servicio médico, lo mismo sucede con el G2, en el caso del 80% de las mismas. Las mujeres del G1 son las que presentan una vigencia menor, dos de ellas no cuentan con el servicio y el 30% de ellas cuenta con más de seis años de derechohabencia. A excepción de tres personas, el 97% de la población que respondió el cuestionario tiene una vigencia mayor de un año, y el 72% de ellas tiene de más de seis años.

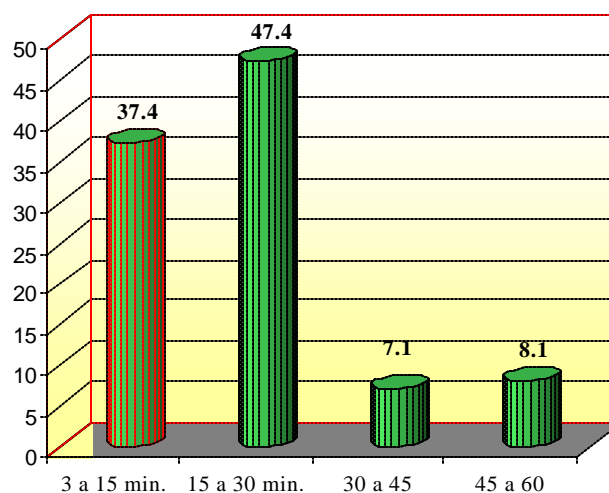
Tabla 21. Vigencia por grupos de edad

Edad	Vigencia larga por rangos			Total
	Sin vigencia	Entre 1 y 5 años	Más de 6 años	
16-25	2	10	5	17
26-45	0	12	43	55
46 y +	1	3	24	28
	3	25	72	100

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

En relación con el acceso a los servicios de salud, consideramos también los tiempos que necesitan las mujeres para trasladarse de su casa a la UMF (donde acudieron a tomarse la muestra), éstos varían entre tres y sesenta minutos, pero la mayor parte de la población, el 84.8%, hace menos de media hora para llegar (ver gráfica No. 26). Las mujeres miden el tiempo que les toma llegar de su casa a la clínica y consideran para ello el transporte público o privado con el que cuenta para movilizarse.

Gráfica 26. Tiempo de traslado hacia la UMF (minutos)



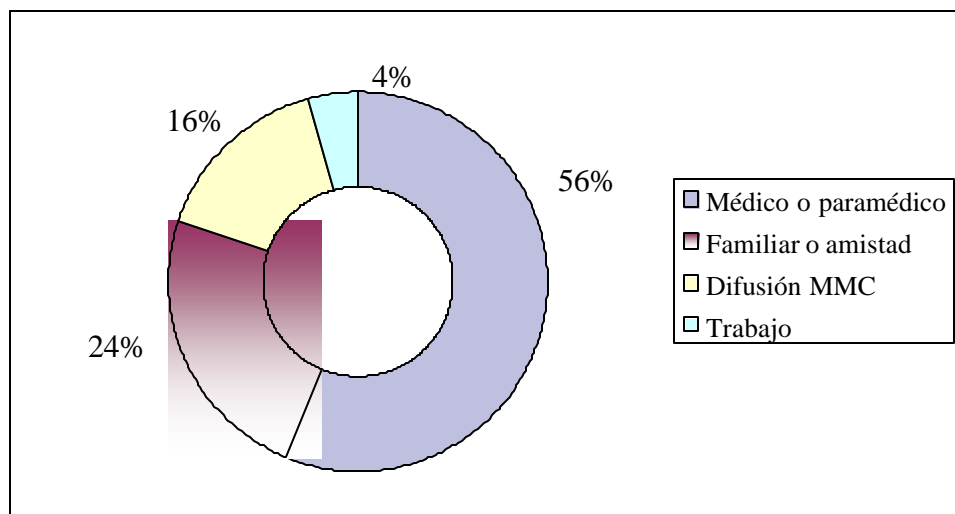
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Sin embargo, para un 15.2% la inversión en tiempo es mayor, considerando las distancias que se tienen en la ciudad. Tomar una hora para trasladarse a algún sitio en la ciudad de Hermosillo está entre los rangos máximos de tiempo para llegar al punto más lejano de la ciudad. El 28% de las mujeres utilizó un automóvil privado para llegar a la UMF, mientras que la mayor parte de ellas, el 63%, se trasladó en camión y una minoría de 9% lo hizo a pie.

Nociones sobre el Papanicolaou

Una de las fuentes de información sobre la detección oportuna del cáncer para las mujeres es el personal médico y paramédico. La gráfica No. 27 muestra que el 56% de las mujeres dijeron haber recibido su primera información sobre la detección oportuna del cáncer cervical por parte de algún médico, enfermera o trabajador social. Mientras que un 24% habló de este tema por primera vez con algún familiar o amiga, un 15% lo escuchó por primera ocasión en algún medio masivo de comunicación y un 4.2% en su espacio laboral.

Gráfica 27. Primer contacto sobre la Detección Oportuna de Cáncer



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Como ya señalamos, el trabajo de difusión del Programa de Detección Oportuna de Cáncer tiene el porcentaje más importante de acuerdo con las respuestas de las mujeres en el cuestionario, sin embargo, las redes familiares o de amistades también son una fuente importante sobre el tema y nos llama la atención que el centro de trabajo también aparezca como un lugar donde el personal de enfermería ofrece pláticas o las invita a realizarse la prueba, además de ser un espacio en el que pueden hablar con sus compañeras.

En una pregunta abierta del cuestionario, preguntamos qué les decían sus amigas sobre la prueba del Papanicolaou (ver tabla No. 21), ellas señalaron que los comentarios son principalmente sugerencias de que se lo debe hacer (54%), o bien, comparten sus temores de tener la enfermedad o el miedo al dolor o la vergüenza que les ocasiona (26%). También hablan del procedimiento y de los requisitos solicitados para tomarles la prueba (3%), un 10% no respondió a esta pregunta y un 7% señaló que no hablan de este tema con sus amistades. La invitación o el deber ser de la prueba es lo que más señalaron compartir entre ellas, aunque es significativo que 26% resaltó los aspectos negativos que incluye la noción de la prueba y 7% consideraron que eran temas muy íntimos y no los comentaban con sus amistades. De ellas, solamente una es del G1, las seis restantes son de G2 y G3.

Tabla 22. Lo que le dicen sus amigas sobre la prueba

Temas	%
Comentarios de que deben de hacerse la prueba	54
Comparten su temor al dolor, a que las lastimen, a estar enfermas y la vergüenza que les da la prueba	26
Describen el procedimiento o los requisitos que les solicitan	3
No hablan de este tema con ellas	7
No contestaron	10
Total	100
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

En el primer rubro, organizamos frases como las siguientes:

- Que hay que hacérselo cada año.
- Que es muy importante hacérselo, para atenderse con tiempo.
- Que es importante hacérselo, porque te da cáncer y ya no hay remedio.

En el segundo, sobre miedos y sentimientos:

- Pues tengo una amiga que está en contra de eso. Les da mucho miedo, y yo (les digo que) no, si se detecta a tiempo se puede curar.
- Tengo unas amigas muy chapadas a la antigua, que dicen que no. Que les da miedo, porque, ¿qué tal si tienen algo? Y yo les digo que mejor, para atenderse. Todo cáncer detectado a tiempo tiene cura. Y luego duran entre cinco, seis y siete años sin pap. Les da miedo, hay personas muy ignorantes, y luego dicen también que les da vergüenza, y les digo, vergüenza ¿cual?, ¿por qué?
- Muchas no vienen porque les da vergüenza; he tenido amigas que les quitan la matriz porque se les juntan los quistes.
- A la mayoría les da vergüenza o les da temor, las personas mayores más pudor.
- No les gusta venir porque las lastiman. Una de ellas vino y salió con una rasquera. Como que le cayó infección y otra que porque le da vergüenza.

- Es muy importante pero nos da vergüenza, nos sentimos incómodas, debemos de estar impuestas porque cuando tenemos al bebé, abrimos también las piernas. No porque duela, nos sentimos tensas, lo bueno que son mujeres (las que toman la muestra).

Sobre los requisitos:

- Que debe tener 3 días sin relaciones sexuales y el aseo.
- Que cada 6 meses o al año se lo tiene que hacer.

En el grupo de quienes no platican encontramos los siguientes ejemplos:

- Nunca platico de eso porque es algo especial.
- Nada platico con ellas, de eso, nada.

La pregunta anterior se relaciona con otras dos en las que pedimos que nos respondieran sobre las dificultades que les comentan sus amistades respecto de la detección oportuna de cáncer (ver tabla No. 22).

Tabla 23. Explicaciones sobre las dificultades de sus amigas para acudir a la prueba

Explicación	%
Miedo (al resultado, al dolor, a que las lastimen)	44.1
Vergüenza	39.7
Desidia	7.4
No tienen tiempo	1.5
Piensan que no les pasará a ellas	1.5
Embarazo	1.5
Malas experiencias previas de la toma de la muestra	1.5
El tiempo que piden de no tener relaciones sexuales	1.5
No sabe	1.5
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

En primer lugar un 60% de las mujeres respondió que sus amistades tienen dificultades para acudir a la prueba, y un 32% señaló que no tienen problemas, el resto no sabía o no contestó. Entre las mujeres que respondieron que a sus amigas sí les costaba trabajo ir a que les tomaran la prueba, encontramos las siguientes explicaciones: el miedo (44%), la vergüenza (39.7%), la desidia (7.4%), la falta de tiempo por sus actividades (1.5%) y quienes no se consideran personas en riesgo.

El 91.2% de las respuestas señalan que la opinión de las mujeres sobre las prácticas de sus amistades se centran alrededor del miedo y la vergüenza que les genera la prueba. Si analizamos la información por grupo de edad, esto se confirma para los tres grupos, sin embargo, encontramos que en proporción, si consideramos a cada grupo por separado, en el G1 representa el (66%), mientras que en el G2 es del (87%) y para el G3 (88%). Pareciera haber menor respuesta relacionada con la vergüenza y el miedo al dolor en las mujeres más jóvenes de la muestra.

Algunos ejemplos de las respuestas de las mujeres son las siguientes:

- Por el miedo de que vayan a tener algo, no quieren saber, mejor que lo detecten a tiempo, porque es una enfermedad muy fea. Luego se cae el pelo y duele.
- Por miedo a que les salga algo, o porque se les va pasando el tiempo.
- Unas porque dicen que las lastiman, les molesta y otras por falta de tiempo.
- Porque se quejan de que les duele y porque se ponen nerviosas pero es normal.
- Desidia, son muy dejadas. A sus hijos sí los atienden pero a ellas no.
- Por vergüenza y por ignorancia, ella dice que nada más tiene relaciones con el papá de sus hijos que no le va a pasar nada.

Las nociones de las mujeres sobre la prueba de Detección Oportuna con respecto al momento en el que es necesario iniciar esta práctica se describen en la tabla No. 23. Como veremos, el 55% de las mujeres señala que después de iniciar su vida sexual y un 32% después de tener a su primer hijo, es decir, 87% de las mujeres de la muestra comparten estas dos respuestas.

Tabla 24. Inicio de la detección oportuna de cáncer cervical

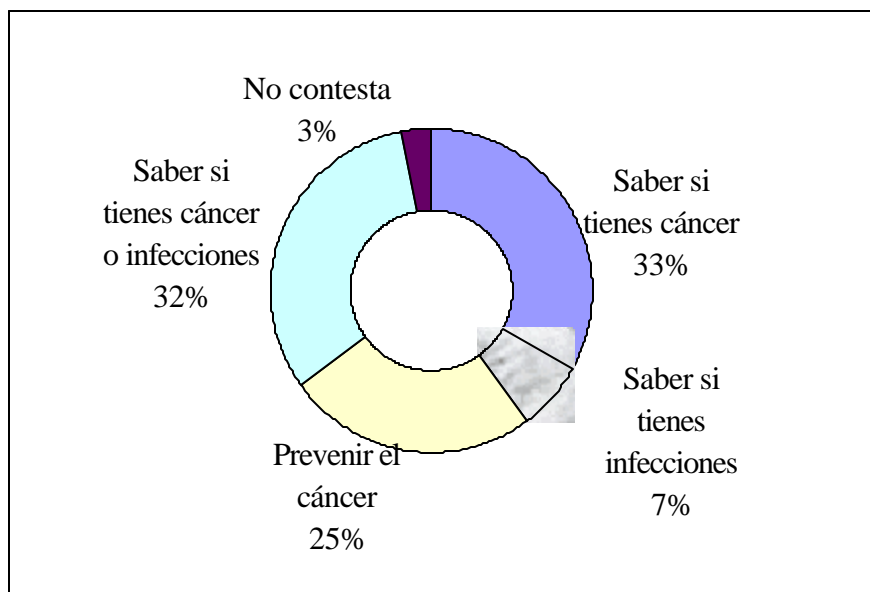
Inicio de la prueba	%
Relaciones sexuales	55.0
Después del primer hijo	32.0
Edad: 35-40 años	4.0
Inicio de menstruación	1.0
No sabe	6.0
No contesta	2.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Si analizamos las respuestas por grupos de edad, encontramos que en los tres grupos las respuestas son similares, sin embargo, en los G1 y G3, las respuestas se concentran en torno al inicio del ejercicio de la sexualidad. Un 12% de las mujeres del G3 señalan que las mujeres de más de 40 años son quienes deben iniciar la prueba, esta respuesta no se presentó en ninguna de las mujeres del G1. Al ser mujeres que acuden a la prueba esto era de esperarse.

En general, solamente un 4% de la muestra comparte que al llegar a los 35 ó 40 años de edad, es necesario hacerse la prueba, es decir, que es una cuestión relacionada con la edad, más que con otros factores tales como las prácticas sexuales y reproductivas. Por otro lado, un 1% señaló que desde el inicio de la menstruación es necesario acudir a los servicios médicos para la prueba y 8% señaló que no saben o no contestaron la pregunta.

La utilidad de la prueba es principalmente para “saber si tienes cáncer” o “prevenir el cáncer (97%) del total (ver gráfica No. 28), pero se mencionó también la utilización de la prueba para saber si se tienen procesos infecciosos en el 39% de las respuestas.

Gráfica 28. Utilidad de la prueba del cáncer



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

En el cuestionario, preguntamos si se les había explicado en alguna ocasión cómo era el procedimiento de la prueba del Papanicolaou (ver tabla No. 24), a lo que un 46% de las mujeres señaló que sí se les había explicado al respecto (antes, durante o después), en alguna de las experiencias previas de detección oportuna.

Tabla 25. Explicación sobre el procedimiento

Explicación procedimiento	%
Antes Primer Pap	33.0
Durante primer Pap	13.0
Nunca, experiencia	45.0
No contestó	9.0
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

El 45% de las mujeres nunca recibió explicación alguna, por lo que saben del procedimiento, principalmente, por su experiencia, es decir, lo que han de responder, la forma de colocarse en la mesa de exploración, lo que se siente durante la misma.

Nueve mujeres más no contestaron la pregunta.

Del 46% de las mujeres que recibieron información sobre el procedimiento, 33% la recibió antes de que les tomaran la muestra, 13% durante el primer Papanicolaou. Si consideramos únicamente a las mujeres que recibieron algún tipo de información, encontramos que en este tema, el 36% la obtuvo del tomador de la muestra, 34% de las amistades o familiares, otro 18% la recibió de su médico familiar (ver tabla No. 25). Al analizar las diferencias por grupo de edad, encontramos algunas similitudes y diferencias, por ejemplo, en el G1 y G2, el 11% de las mujeres recibió información durante la prueba, y en el G3 un 17%. Donde encontramos mayor diferencia es entre quienes señalaron que nadie les describió cómo era el proceso. Entre las mujeres del G1 son el 35% quienes señalan esto, mientras que en el G2 y G3 es el 50% de ellas, es decir, las mujeres más jóvenes obtienen mayor información sobre el procedimiento. En el mismo sentido, las mujeres que tuvieron alguna información antes de la primera vez son principalmente las jóvenes, ya que el 52% de ellas respondió en ese sentido, mientras que en el G2, solamente el 35% lo hizo, y en el G3 un 22%.

Tabla 26. Fuente de información del procedimiento de quienes respondieron afirmativamente sobre haberla recibido

Fuente	%
Personal que tomó la muestra	36.0
Amigas o familiares	34.0
Médico familiar	18.0
Pláticas embarazadas	8.0
No contesta	4.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Si analizamos diferencias en torno a las mujeres de acuerdo con la regularidad

de su práctica de DOC, encontramos que entre las de primera vez, el 16% recibió alguna descripción de la prueba durante la misma, y entre las mujeres con práctica subsecuente, sea ésta esporádica o regular, un 11% obtuvo alguna información durante el Papanicolaou.

Sobre la fuente que les proporcionó información, un 62% de las mujeres la obtuvo de los trabajadores de las instituciones de salud, y un 34% de familiares y amistades. Sin embargo, cuando vemos el total de los datos nos llama la atención que la mitad de las mujeres señaló que no tiene más información sobre el procedimiento que la que obtiene por su práctica.

En cuanto a la representación sobre el lugar del cuerpo en que es tomada la muestra (ver tabla No. 26), un 17% de las mujeres señaló que no sabía en dónde se llevaba a cabo y 80% describió el sitio donde se realiza la citología. Si consideramos únicamente al 80% de las mujeres que describió alguna parte de su cuerpo, podemos ver que el 40% ubicó la toma en la vagina, el 36% en el cuello de la matriz, el 16% señaló que de la matriz, sin especificar más, un 2.5% señaló que dentro del útero y un porcentaje similar que “de sus partes”.

Tabla 27. Lugar del cuerpo donde se toma la muestra

Parte del cuerpo	% válido
Vagina	40.0
Cuello de la matriz	39.0
De la matriz sin especificar	16.0
De mis partes	2.5
Dentro del útero	2.5
Total (80)	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

En el cuestionario no se preguntó más información respecto de lo que nombraron, es decir, no se les solicitó que describieran más al respecto y no podemos conocer si la anatomía descrita por las mujeres utiliza del mismo modo los términos como lo hace la anatomía biomédica.

Práctica de Detección Oportuna del Cáncer

Sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervical, preguntamos si comentaban con su pareja su decisión de acudir en esa ocasión a la prueba de detección oportuna. En este sentido, el 53% de las mujeres señaló que sí y el 22% que no, un 14% restante son mujeres que no tienen pareja y un 11% no respondió a esta pregunta. Es decir, si consideramos únicamente a las 75 mujeres que respondieron a la pregunta y tenían pareja en el momento en que se aplicó el cuestionario, un 70% comentó a su pareja que acudiría a la prueba mientras que un 30% no lo hizo.

Las mujeres acudieron a la prueba del Papanicolaou solas, en su mayor parte (57%), (ver tabla No. 27), mientras que un 23% fueron acompañadas por alguna persona y el 20% restante por más de una persona, es decir, 43% de las mujeres acudieron acompañadas ese día a la Unidad de Medicina Familiar. Sin embargo, esto no quiere decir que hayan sido acompañadas durante la prueba ni que las mujeres la consideren una práctica deseable.

Tabla 28. Número de acompañantes a la UMF

No. de acompañantes	%
0	57.0
1	23.0
2	15.0
3 ó +	5.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Preguntamos a las mujeres si les gustaría entrar a la prueba acompañadas de alguien de su confianza, los datos se presentan en la tabla No. 28, y podemos observar que 25% respondió afirmativamente y 74% de manera negativa. Las nociones de la prueba de detección oportuna la ubican como una prueba íntima que la mayoría prefiere vivir sin acompañamiento, ni siquiera de alguna persona de su

mayor confianza. Esto al interior del consultorio de Medicina Preventiva, no así en relación con su atención en general en la UMF.

Tabla 29. Preferencia de acompañamiento durante la prueba

Compañía	%
Sí	25.0
No	74.0
Total	99.0
No contesta	1.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Entre quienes señalaron que sí les gustaría que alguna persona las acompañara durante la prueba (ver tabla No. 29), el 36% dijo que se harían acompañar por su esposo, su mamá (20%), o bien por su hija (20%).

Tabla 30. Acompañante

	Frecuencia	%	% válido
Esposo	9	9.0	36
Mamá	5	5.0	20
Hija	5	5.0	20
Hermana o cuñada	4	4.0	16
Médico familiar	1	1.0	4
No contesta	1	1.0	4
Total	24	24.0	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

La cuarta parte de las mujeres que sí desea tener alguien a su lado durante la prueba, se refiere en primer lugar a su pareja y en segundo lugar a algunas mujeres de

su familia, quienes en conjunto son el 56%. La intimidad de la prueba implica principalmente al compañero de vida sexual y a las mujeres de la familia, sin embargo, nos llama la atención la mayor parte de las entrevistadas, quienes señalaron que prefieren estar solas durante la misma al considerarlo algo muy íntimo.

La descripción de las mujeres respecto de su principal objetivo al acudir a la UMF el día que las contactamos (ver tabla No. 30) en su mayor parte (62%) se refiere a la solicitud de la prueba del Papanicolaou. Un 24% de ellas aprovechó la ocasión para dos actividades: consulta con su médico familiar y Papanicolaou, y el resto acudió al dentista, a vacunación, por medicamentos o porque labora en la institución.

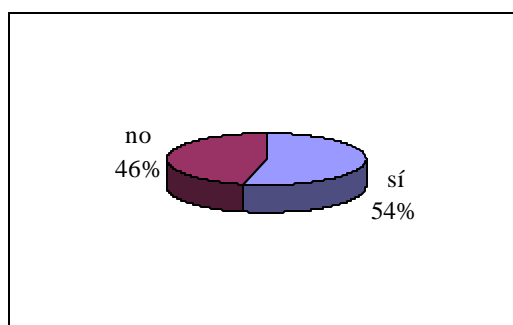
Tabla 31. Explicación de su práctica de atención en la UMF ese día

	%
Acompañar a un familiar a consulta	5.0
Ella acude a consulta	24.0
Papanicolaou	62.0
Vacunación	2.0
Dentista	5.0
Medicamentos	1.0
Trabajo (en la UMF en MP)	1.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Las mujeres acuden a la toma del papanicolaou “preparadas”, es decir de acuerdo a las condiciones que les solicita el personal de enfermería. Los requisitos implican un viaje especial a la UMF para la detección oportuna, al menos en una parte importante de las mujeres.

El 54% de las mujeres en esa ocasión acudía por primera vez al servicio de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en la UMF en la que fueron entrevistadas, mientras que el 46% ya había tenido al menos una experiencia previa en la misma Unidad.

Gráfica 29. Utilización del servicio de Medicina Preventiva en la UMF para DOC por primera ocasión



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Las mujeres que respondieron el cuestionario acudieron a la detección oportuna de cáncer en su mayoría de manera subsecuente (ver tabla No. 31), es decir, no era ésta la primera ocasión que se realizaban la prueba. Solamente el 13% de ellas iba por primera vez.

Tabla 32. Práctica de primera vez o subsecuente

Práctica DOC	%
Primera vez	13.0
Subsecuente	87.0
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

De acuerdo con la información de la tabla No. 32, la institución donde se tomaron la prueba en su primera experiencia fue el IMSS como opción más frecuente (52%), es decir, una de cada dos mujeres se hizo la prueba ahí la primera vez. Le preceden los servicios que ofrece la Secretaría de Salud (23%), de manera que entre ambas instituciones se concentró la práctica de primera vez del 75% de las mujeres, el resto se reparte en servicios particulares, organizaciones no gubernamentales, Hospital Militar, ISSSTE o ISSSTESON.

Tabla 33. Institución en donde se tomó la prueba la primera vez

Institución donde se tomó el Pap la primera vez	%
IMSS	59
Secretaría de Salud	26
Particular	6
ONG	5
H. Militar	1
ISSSTE o ISSSTESON	2
No contesta	1
Total (88)	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Si a las mujeres que se hicieron por primera ocasión la prueba en el IMSS le sumamos el 13% de mujeres que acudieron por primera ocasión, tenemos que el 65% del total de la muestra se hicieron por primera vez el Papanicolaou en el IMSS.

Tabla 34. Lugar donde se tomó la prueba la última vez

Lugar	%
ISSSTE/SON	2.3
IMSS	60.2
Secretaría de Salud	17.0
Servicio privado	5.7
ONG	12.5
No contesta	2.3
Total (88)	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Los lugares donde se realizan el Papanicolaou no son siempre los mismos, para conocer más respecto a los servicios médicos donde acuden, les preguntamos en dónde se realizaron la prueba la ocasión anterior y encontramos que el 60% respondió que se lo hizo en el mismo Instituto, otro 17% señaló que utilizó los servicios de la

Secretaría de Salud, 12.5% en ONG y el resto en el ISSSTE, el ISSSTESON o no contestó.

Las mujeres que respondieron el cuestionario utilizan el servicio de Medicina Preventiva que les ofrece el Instituto la primera ocasión y lo continúan utilizando posteriormente, al menos en una siguiente ocasión, en un 60%. Con respecto a la influencia que pudiera tener el personal médico o paramédico en la decisión de acudir esa vez al Papanicolaou (ver tabla No. 34), les preguntamos si alguien le había solicitado que se tomara la prueba y en sus respuestas encontramos que un 63% respondió que acudía porque “ya le tocaba”, es decir por decisión propia. Entre los tres grupos de edad encontramos diferencias en torno a la solicitud del personal de medicina familiar, que fueron mencionados por el G2 y G3 como quienes les pidieron que se tomaran la muestra en esa ocasión, mientras que en el G1 ninguna mujer lo mencionó. En los tres grupos de edad, la mayoría de las respuestas se concentran en torno a la consideración de las mujeres de que “ya les tocaba” acudir a la prueba “por prevención”.

Tabla 35. ¿Quién le solicitó que se hiciera la prueba del cáncer en esta ocasión?

Persona que le solicitó la DOC	%
Médico familiar o especialista	25.0
Nadie, ya me tocaba	63.0
Algún familiar	6.0
Asistente Médica	3.0
Personal de enfermería IMSS	3.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

De las mujeres que se han realizado el Papanicolaou al menos una vez previa, cerca del 74% señaló que por lo general dejan transcurrir entre uno y tres años entre cada prueba (ver tabla No. 35), entre ellas, el 60% de las mujeres dejaron una separación de dos años. La distancia de tres años recomendada por la normatividad

coincide con la apreciación de la distancia de sus prácticas del 5.7% de las mujeres de la muestra.

Tabla 36. Años que deja transcurrir entre cada prueba

Años	%
1	9.1
2	60.2
3	5.7
4	2.3
6	11.4
7	5.7
12	1.1
No contestan	4.5
Total (88)	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

La apreciación anterior del tiempo que dejaron transcurrir entre sus Papanicolaous (ver tabla No. 36), se reduce cuando preguntamos a las mujeres que acudieron de manera subsecuente sobre el tiempo que había pasado desde su última citología, a lo que un 58% respondió que un año o menos y cerca de 20% dejó transcurrir dos años. Como podemos ver, la mayor parte de sus respuestas se centra en torno a un año de distancia, a diferencia de la pregunta anterior en la que ubican su práctica regular en su mayor parte alrededor de los dos años de distancia entre una y otra prueba.

En cuanto a la trayectoria de acceso al servicio en la UMF, el 70% se dirigió directamente al consultorio de Medicina Preventiva sin que en esa ocasión mediara antes comunicación con otros profesionales médicos o paramédicos. El 13% habló con su médico familiar antes, 10% con las asistentes médicas y posteriormente fueron a Medicina Preventiva.

Tabla 37. Tiempo que ha transcurrido desde el último papanicolaou

Años	%	% acumulado
0	10.2	10.2
1	48.9	59.1
2	19.3	78.4
3	8.0	86.4
4	6.8	93.2
5	2.3	95.5
9	1.1	96.6
20	1.1	97.7
No contesta	2.3	100.0
Total (88)	100.0	
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.		

El resto mencionó haber hablado con personal de archivo, trabajadora social y personal de la farmacia. Sin embargo, en sus diálogos con personal médico y paramédico, solamente el 8% dijo que le habían mencionado algo sobre la detección oportuna de cáncer

Frecuencia de la práctica del Papanicolaou

El 75% de las mujeres acudió al Papanicolaou con un espaciamiento que clasificamos como regular (ver tabla No. 37), un 13% lo hizo por primera ocasión y un 12% de manera esporádica. Sin embargo, si comparamos estos datos por grupos de edad, encontramos algunos elementos importantes para el análisis por lo que haremos primero una descripción de lo que sucede en cada grupo de edad y posteriormente analizaremos qué sucede en torno a la frecuencia de la práctica.

Tabla 38. Clasificación de acuerdo a la distancia de su último Papanicolaou

Frecuencia	%
Primera vez	13.0
Esporádica	12.0
Regular	75.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

En las mujeres del G1 tenemos que su práctica se concentra entre las mujeres que por primera vez acuden a tomarse la prueba en primer lugar y en segundo entre quienes tienen una práctica regular (ver tabla No. 38). Las mujeres del segundo grupo (G2) en su mayor parte tienen una práctica regular (80%) y encontramos apenas un 7% entre las que acuden por primera vez. Finalmente, en el tercer grupo, no encontramos mujeres que acudieron por primera ocasión al consultorio de MP, y la mayor parte de ellas (86%) tiene una práctica que puede considerarse regular.

Tabla 39. Comportamiento por grupo de edad por tipo de espaciamiento de su práctica (%)

Grupo Edad	<i>Primera vez</i>	<i>Esporádica</i>	<i>Regular</i>	<i>Total</i>
16-25	53.0	6.0	41.0	100.0
26-45	7.0	13.0	80.0	100.0
46 y +		14.0	86.0	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.				

Por otro lado, si hacemos un análisis de las detecciones en torno al espaciamiento de las prácticas por grupo de edad (ver tabla No. 39), encontramos que casi el 70% de las pruebas de primera vez se concentran en mujeres entre 16 y 25 años de edad, mientras que casi un 60% de las esporádicas se realizaron en mujeres del G2, dato que se repite en el caso de las pruebas consideradas como regulares.

Tabla 40. Espaciamiento de práctica (%)

	Primera vez	Esporádica	Regular
G1 (16-25)	69	8	9
G2 (26-45)	31	58	59
G3 (46a +)	0	34	32
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Entre las mujeres que respondieron el cuestionario, no encontramos mujeres de primera vez del grupo de edad de mayores de 46 años, sin embargo, cuando buscamos a algunas mujeres de este grupo en sus domicilios para entrevistarlas como mujeres que nunca se habían hecho la prueba, encontramos que una de ellas, Aurora, acudió en fechas posteriores al levantamiento del cuestionario por primera ocasión.

En cuanto a la distancia temporal de su asistencia a la UMF cuando solicitaron su Papanicolaou y la última ocasión en que se lo habían practicado, el 75% de las mujeres tuvo una práctica “regular” (ver tabla No. 40), de las cuales un 52% dijo tener un espaciamiento anual, un 17% señaló dos años y un 7% una práctica trianual.

Tabla 41. Años transcurridos desde el último Papanicolaou de las mujeres con práctica regular

	%
Años desde el último Papanicolaou	
Menos de un año	9
Un año	43
Entre dos y tres años	24
Más de tres años	0
Total	75

Fuente: Elaboración propia con información del cuestionario aplicado de octubre 2001 a marzo 2002.

Entre los espaciamientos señalados por todas las mujeres, la moda encontrada fue de cuatro años, dato que coincide con la mediana. El mayor espaciamiento que encontramos entre una prueba y la que encontramos durante el cuestionario fue de 20 años. De las mujeres de la muestra, 12 tenían una práctica esporádica, ellas explicaron el retraso de su práctica principalmente por “desidia”, “ir dejando pasar el tiempo” (42%) y por miedo o vergüenza (25%).

Problemas detectados en Papanicolaous previos

Entre las mujeres que respondieron el cuestionario y que se habían realizado al menos un Papanicolaou previo (88), el 55% señaló que en sus resultados anteriores no se les encontró problema alguno, un 2% no recogió sus resultados y por lo mismo señaló no saber si habían tenido algún tipo de problema, y el 42% señaló que le habían detectado principalmente infecciones e inflamaciones (ver tabla No. 41). A dos de ellas las habían localizado para darles resultados positivos de displasia y una más recibió una llamada de una ONG en donde se tomó su primer Papanicolaou; le dejaron recado con su hermana de que necesitaba tratamiento antiviral pero no pudo ubicar el tipo de diagnóstico, de modo que por recomendación de un familiar acudió a la UMF para volver a realizarse la citología y confirmar el diagnóstico.

Tabla 42. Tipo de problema detectado (de 37 mujeres)

Tipo de Problema	%
Inflamación	35.2
Infección	40.5
Displasia	5.4
Virus	2.7
Verruga	2.7
Úlcera	8.1
Cistocele	2.7
No sabe	2.7
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

De acuerdo con el procedimiento de la institución, solamente en estos casos se busca a las personas para que acudan a cita con su médico familiar y se les canalice a la clínica de displasias cuando llegan los resultados, un mes después de la toma.

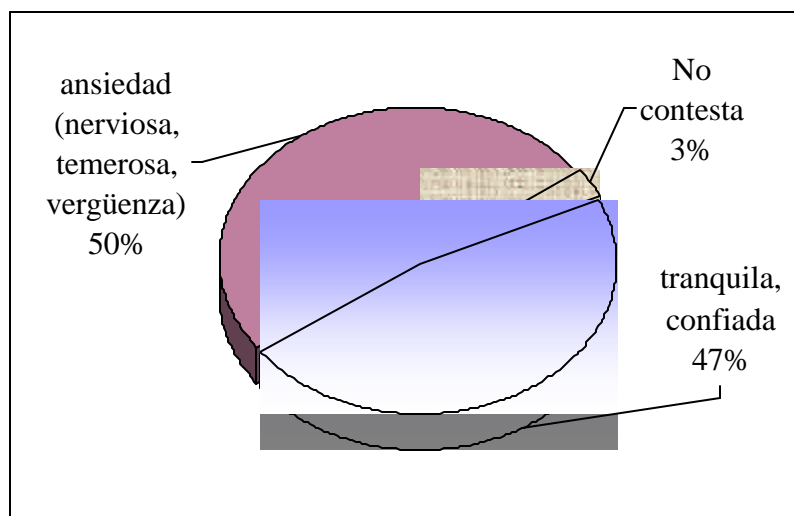
Las dos mujeres a las se les detectó displasia describieron lo siguiente: Una de ellas señaló que su displasia había sido leve y que se le quitó sola; cuando volvió a tomarse la muestra después de un mes ya no salió nada, se hizo estudios en el Hospital General, de la Secretaría de Salud, en donde se la detectaron, llevó sus resultados a la UMF con su médico familiar y éste le mandó a hacerse de nuevo el Papanicolaou en el IMSS, además se realizó otro por su cuenta en la ONG George Papanicolaou y confirmó los resultados negativos posteriores, de cualquier manera señaló la necesidad de hacerse la prueba cada año para evitar cualquier problema. Otra de las entrevistadas tenía el antecedente de su hermana, a quien ya le habían detectado cáncer en la matriz y ovarios y le habían hecho la histerectomía. A ella le detectaron una displasia nueve meses atrás, no describió la magnitud de la misma, pero señaló la importancia de seguir cuidándose y que la única forma de tratamiento por el momento era ver que no creciera el problema, por lo que ha acudido a la clínica de displasias y le sugirieron realizarse la prueba cada seis o nueve meses. Una de las observaciones que hizo fue la importancia del diálogo con el médico antes de acudir a la prueba, para que las mujeres sepan qué son los resultados y porque considera que eso puede ayudar a disminuir la vergüenza.

En el caso de la persona que mencionó un diagnóstico por el que requería tratamiento “antiviral”, no sabía el nombre del posible virus y quería hacerse en el IMSS un segundo diagnóstico a partir del resultado que le comunicaron en la ONG. Durante el Papanicolaou describió cómo había solicitado confidencialidad respecto a su práctica porque no estaba casada y su familia no sabía que tenía relaciones sexuales, sin embargo, una de sus hermanas recibió una llamada en la que le comunicaban que era necesario que llevara un tratamiento antiviral, lo que le asustó e indignó por la falta de respeto al no haberle comunicado el diagnóstico de manera personal.

Antes que las mujeres entraran al Papanicolaou, cerramos la primera parte del cuestionario con una pregunta sobre cómo se sentía en ese momento, justo antes de

entrar. Las mujeres describieron diversas sensaciones y sentimientos que resumimos en la gráfica No. 30, en la que podemos observar que el 50% de ellas se refirió a sentimientos o sensaciones negativas, tales como nerviosismo, vergüenza y miedo, mientras que un 47% señalaron que se sentían confiadas y tranquilas, y un 3% no respondió.

Gráfica 30. Descripción de sentimientos antes de entrar a la prueba



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Cuando salieron de la prueba, preguntamos cómo se habían sentido durante el procedimiento (ver tabla No. 42). A esta pregunta respondieron de manera consistente, un 40% que se habían sentido nerviosas, con vergüenza o miedo, agregando la sensación de dolor o molestia en un 9%, y un 46% se sintieron tranquilas durante la prueba. Si comparamos lo que sucede entre los tres grupos de edad, encontramos que si analizamos los sentimientos considerando que se trata de primera ocasión, nos encontramos que el 75% de las mujeres con estas características señaló que se encontraba con algún tipo de ansiedad o sentimiento negativo, mientras que en las personas con práctica subsecuente esta característica la compartieron poco menos del 50%. Si comparamos los tres grupos de edad, el 70% de las mujeres del G1 señalaron estar nerviosas o avergonzadas, a comparación de lo que sucede en el G2 (49%) y G3 (44%), aparentemente la primera ocasión, en el caso de edades

menores de 25 años, resulta más tensa y es en este grupo donde se concentran las mujeres de primera ocasión.

Tabla 43. Sentimientos descritos sobre la prueba a la salida del Papanicolaou

Sentimientos durante	%
Nerviosa, vergüenza, miedo	40.0
Molestia o dolor	9.0
Tranquila/bien	46.0
Total	95.0
No contesta	5.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

A pesar de que las mujeres en un 74% tienen una práctica subsecuente, la mitad de ellas describió sensaciones o sentimientos que pueden clasificarse como negativos en el sentido de que pueden dificultar o retrasar las prácticas de detección oportuna de cáncer cervical.

Al salir de la prueba, las mujeres respondieron una pregunta sobre la experiencia que acababan de tener calificándola con relación a sus expectativas antes de ella (ver tabla No. 43). Las opciones señaladas fueron las siguientes: a) mejor de lo que esperaba; b) como lo esperaba; c) peor de lo esperado; d) no contesta. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 44. Descripción de la experiencia en relación a su expectativa

Experiencia vs. expectativa	%
Mejor de lo que esperaba	47.0
Como lo esperaba	43.0
Peor de como lo esperaba	5.0
No contestó	5.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

El 47% de las mujeres señaló que la experiencia que tuvieron durante la toma del Papanicolaou fue mejor de lo que esperaban o como lo esperaban, es decir, un 90% se expresó positivamente sobre sus expectativas (ver tabla No. 44). Un 5% encontró su experiencia peor de lo que lo esperaba, es este grupo de mujeres quienes no tuvieron una experiencia que describan como satisfactoria en relación con sus expectativas. Si cruzamos la información anterior con la frecuencia de la práctica de las mujeres (primera vez, esporádica o regular), encontramos que de las mujeres que acudían por primera ocasión, el 70% calificó la experiencia como mejor de lo que esperaba, proporción que es del 50% en los dos grupos restantes que tienen ya una práctica previa.

Tabla 45. Frecuencia de práctica de DOC vs. Descripción experiencia

Frecuencia de práctica de DOC	63 Experiencia del Papanicolaou			No contesta	Total
	<i>Mejor de lo que esperaba</i>	<i>Como lo esperaba</i>	<i>Peor de cómo lo esperaba</i>		
<i>Primera vez</i>	9	2	2		13
<i>Esporádica</i>	6	5	1		12
<i>Regular</i>	32	36	2	5	75
Total	47	43	5		100
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.					

En general, las mujeres de primera vez señalaron que era como lo esperaban solamente en un 15%, mientras que quienes contaban con una práctica esporádica o regular prácticamente se distribuyeron por igual entre las opciones mejor de lo esperado y como lo esperaban con un 41% y 48% respectivamente. Sin embargo, es necesario considerar a las cinco mujeres que señalaron que la experiencia fue peor de lo que esperaban, tres de ellas con experiencias previas que describieron como mejores y dos más que llevan consigo una mala experiencia.

Tarjeta de la mujer

A partir de 1999 se distribuye la cartilla de la mujer, misma que se describe en la normatividad de 1998 como un instrumento que puede apoyar a las mujeres en su práctica de seguimiento y estado de salud desde el inicio de su edad reproductiva. Las enfermeras de Medicina Preventiva entregan la cartilla a las mujeres. Después de que les tomaron la muestra, les preguntamos si tenían su cartilla (ver tabla No. 45), a lo que un 61% contestó afirmativamente.

Tabla 46. Mujeres que contaban con la cartilla de la mujer antes de esa ocasión

Cartilla	%
Sí	61.0
No	37.0
No contesta	2.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Al preguntarles si la habían llevado con ellas en esa ocasión (ver tabla No. 46), 27% dijo que sí, 34% no y 36% más respondió que se la habían dado en ese momento. Es decir, del 61% de las mujeres que dijeron tener la cartilla al momento de la salida, el 44% la utilizó para esa ocasión en la que acudió a su detección oportuna de cáncer, mientras que un 56% no.

Tabla 47. Utilización de la cartilla en esa ocasión

Utilización	%
Sí	27.0
No	34.0
Se la dieron hoy	36.0
No contesta	3.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

El 61% de las mujeres ya tenían la cartilla. Las demás (36%), señalaron que en esa ocasión se las dieron, es decir, después de esa ocasión 97% de las mujeres contaban ella y tres más no respondieron la pregunta. Cuando preguntamos dónde se las habían dado (ver tabla No. 47), encontramos que de 92 personas que respondieron, el 78% la recibieron principalmente en el IMSS, el 14% en la Secretaría de Salud, el 4% en la Asociación George Papanicolaou, el 2% en el ISSSTE o ISSSTESON y el 1% en el lugar de trabajo.

Tabla 48. Lugar en el que le dieron la cartilla

Distribución de cartilla		%	% válido
Válidos	IMSS	72.0	78.3
	SSP	13.0	14.1
	ISSSTE/SON	2.0	2.2
	George Papanicolaou	4.0	4.3
	En el trabajo	1.0	1.1
	Total	92.0	100.0
Perdidos	No contesta	8.0	
Total		100.0	
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

Atención

En el momento posterior a la prueba, preguntamos cómo les había parecido la atención (ver tabla No. 48). Las mujeres la calificaron de muy buena en un 51%, de buena en un 41%, como regular en un 3% y mala en un 1%. En general (92%), las mujeres calificaron la atención como buena o muy buena.

Tabla 49. Forma de calificar la atención recibida durante la prueba

Califica la atención	%
Muy buena	51.0
Buena	41.0
Regular	3.0
Malo	1.0
No contestó	4.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Entre las mujeres que respondieron al cuestionario, 84% señaló que prefería que le tomara la muestra una mujer (ver tabla No. 49), 5% dijo que prefería a un hombre (por lo general un médico conocido a quien le tienen confianza,) mientras que a 7% les fue indiferente. Las proporciones no varían entre los grupos de edad o el tipo de práctica en este caso (33%).

Tabla 50. Preferencia del sexo del tomador de la muestra

Sexo	%
Mujer	84.0
Hombre	5.0
Indiferente	7.0
No contesta	4.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Con relación a la preferencia (si pudieran elegir) respecto a la profesión de la persona que toma la muestra (ver tabla No. 50), un 48% de las mujeres escogió especialistas en ginecología, 32% a personal de enfermería, a 14% le es indiferente mientras sepa hacerlo y un 2% prefiere a personal de Medicina Familiar.

Tabla 51. Profesión que escogerían si pudieran para la DOC

Profesión	%
Enfermería	32.0
Medicina Familiar	2.0
Especialista en Ginecología	48.0
No importa	14.0
No contesta	4.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Les hicimos la pregunta incluyendo ambas variables, es decir, profesión y sexo y sus respuestas nos dicen qué prefieren para la detección oportuna de cáncer (ver tabla No. 51).

Tabla 52. Preferencia de profesión del tomador de la muestra

Profesión	F %	M %	Subtotal %	No importa sexo %	No contesta %	Total %
Enfermería	32		32			32
Medicina Familiar	1	1	2			2
Ginecología	40	4	44	4		48
No importa profesión	11		11	3		14
No contesta					4	4
Total %	84	5	89	7	4	100
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.						

De acuerdo con esta información, el sexo del tomador de la muestra es fundamental, aun considerando el deseo de que la muestra la tomen profesionistas con especialidad, el peso de ese grupo incluye la selección de mujeres. Si bien en algunos casos el sexo del tomador de la muestra no es importante (7%), nos llama la atención que en el caso de enfermería se prefiere a mujeres de manera exclusiva.

En la prueba de Detección Oportuna de Cáncer, las mujeres prefieren que las personas que tomen la muestra sean mujeres y en segundo lugar, que sean mujeres ginecólogas, al parecer el estatus maestro (master status) es definido principalmente por el sexo femenino, la misma intimidad de la prueba parece relacionarse con el manejo de la intimidad de acuerdo al género femenino, el cual en nuestra cultura permite mayor facilidad de acercamiento entre mujeres.

Durante las trayectorias de las mujeres al interior de la Unidad Médica Familiar en la búsqueda de la detección oportuna de cáncer, nos interesaba conocer si durante la misma alguno de los trabajadores de salud había hablado con ellas respecto al Papanicolaou. A esta pregunta, el 84% de las mujeres contestó que no, 10% no contestó y 6% dijo que sí había recibido información durante el proceso al que nosotros nombramos como “trayectoria de atención”. La pregunta fue realizada cuando salían de la prueba, por lo que en sus respuestas sobre la trayectoria se puede incluir a la trabajadora social, a las asistentes médicas, al médico familiar y a las enfermeras. A continuación les preguntamos qué información les habían dado durante la trayectoria. De las 6 personas que respondieron que sí, una señaló que le dieron información sobre el lugar donde se tomaba la prueba cuando preguntó, 2 más señalaron que les informaron sobre el procedimiento, 1 más recibió información sobre la necesidad de que se hiciera la prueba y otra más describió información sobre la detección oportuna cáncer de mama.

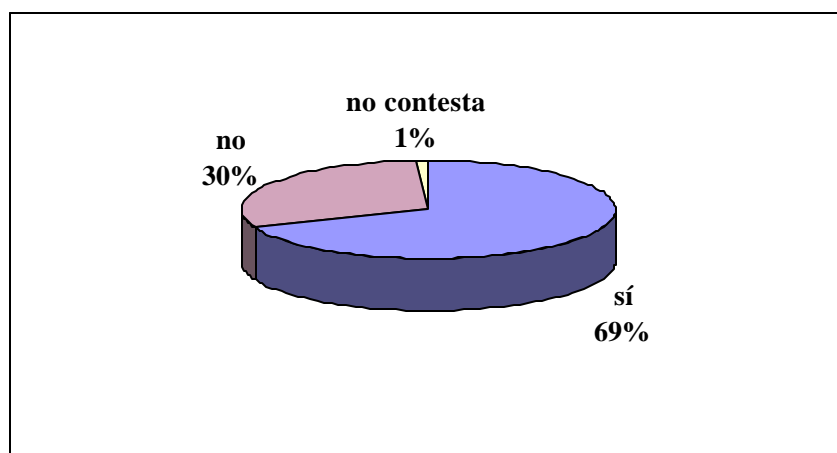
También preguntamos si sabían cuánto tiempo tardan en llegar sus resultados y sobre este tema, el 95% de ellas señaló que tardaban un mes o un poco más, 4% no sabía y una no contestó. Sobre qué tienen que hacer para obtenerlos, el 75% señaló que era necesario acudir a Medicina Preventiva para recogerlos y llevarlos a su consultorio durante la próxima consulta, mientras que un 19% señaló que en su consultorio podrían preguntar por ellos después del mes, el resto no sabía.

Consultamos también si en esa ocasión habían recibido recomendaciones sobre cuándo volver a hacerse un Papanicolaou, a lo que el 8% respondió que cada seis meses, 20% en un año, 10% en dos años, 5% señaló que dependería de sus resultados, 1% en tres años y 2% señalaron que sería la última vez que se lo realizarían porque al cumplir más de 65 años la enfermera señaló que ya no era necesario. El 51% de las mujeres dijeron no haber recibido ninguna indicación al respecto y 3% de ellas no contestó la pregunta.

Nociones sobre el cáncer

En el cuestionario incluimos algunas preguntas sobre las formas de entender el cáncer de las mujeres (ver gráfica No. 31), al respecto, nos interesaba saber si habían tenido alguna experiencia directa o indirecta con la enfermedad, a lo que casi un 70% respondió afirmativamente y un 30% de manera negativa.

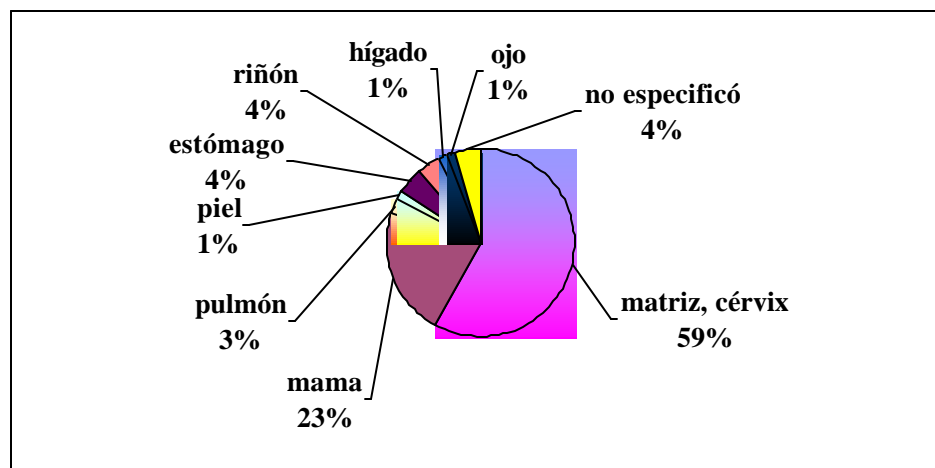
Gráfica 31. Alguna experiencia con el cáncer



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Al 70% que respondió de manera afirmativa la pregunta anterior, les pedimos que precisaran el tipo de cáncer con el que habían tenido contacto, hubo una amplia variedad de respuestas, pero los principales resultados se concentran en experiencias con cáncer de matriz y de mama. Como podemos ver en la gráfica No. 32, el 82% de los tipos de cáncer que describieron son estos dos. Les siguen en mucho menor porcentaje (4%), el de estómago, de riñón y de pulmón.

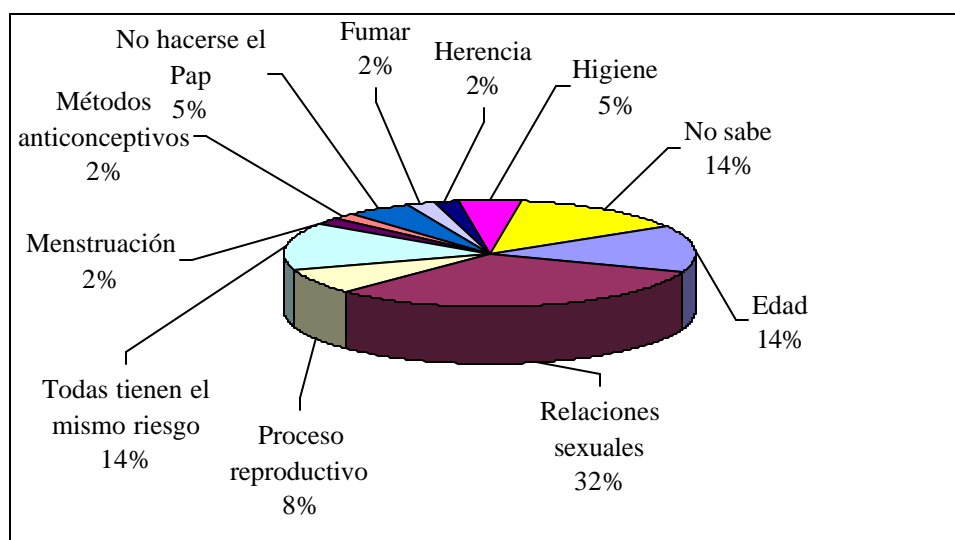
Gráfica 32. Tipo de cáncer con el que tiene experiencia



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Una de las preguntas abiertas del cuestionario pedía a las mujeres que describieran las características de quienes tienen mayor riesgo de enfermarse de cáncer cervicouterino (ver gráfica No. 33). Las respuestas más frecuentes fueron las que relacionan de alguna forma las relaciones sexuales con una mayor posibilidad de enfermarse (34%). En este sentido se incluyeron respuestas sobre mujeres que tienen muchos hombres; las que iniciaron relaciones sexuales a temprana edad; quienes por el contrario, no tienen relaciones sexuales; y quienes tienen relaciones sexuales frecuentes. En seguida, con un 14% describieron la edad, y un porcentaje idéntico señaló que no hay características específicas, que todas las mujeres tienen el mismo riesgo. Un 7% mencionó que las mujeres que tienen muchos hijos tienen mayor posibilidad de enfermarse, así como un 5% señaló que quienes no se hacen el Papanicolaou tienen más posibilidades de enfermarse, y un número similar relacionó la falta de higiene con un mayor riesgo.

Gráfica 33. Características de mujeres con mayor riesgo



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

Un 14% señaló que no sabe cuáles mujeres pueden enfermar más, y un 9% señaló diversas respuestas, entre las que encontramos el uso de hormonales, fumar, no tener hijos, la herencia y el inicio de menstruación temprana.

Con relación a los síntomas de la enfermedad, 35% de las mujeres respondieron que sí es una enfermedad que presenta sintomatología y 19% que no. Un 45% señaló que no sabe y 1% más no contestó. Al preguntarles cuáles son los síntomas de la enfermedad, encontramos que en primer lugar, un 19% de las mujeres describieron un sangrado abundante y desecho irregular, un porcentaje idéntico señaló que no hay sintomatología, un 15% mencionó dolor en el abdomen, 1% describió infección, ardor, comezón y finalmente un 46% dijo no saber si había sintomatología alguna.

Cuando preguntamos a las mujeres cómo se puede prevenir el cáncer cervicouterino, el 74% de ellas respondió “haciéndose la prueba”, es decir, acudiendo a la detección oportuna de cáncer, 19% dijeron que no saben cómo y 2% que se logra al ir con el médico. Un 3% aludió a tratamientos alternativos, radiaciones y medicamentos, y 2% no contestó la pregunta.

Sobre el cáncer, les pedimos que describieran con sus palabras cómo se imaginan la enfermedad (ver tabla No. 41), al respecto, 27% dijo que no sabía o prefería no hacerlo, 21% lo describió como una enfermedad dolorosa, 16% lo describió con la imagen de una llaga que carcome el interior del cuerpo.

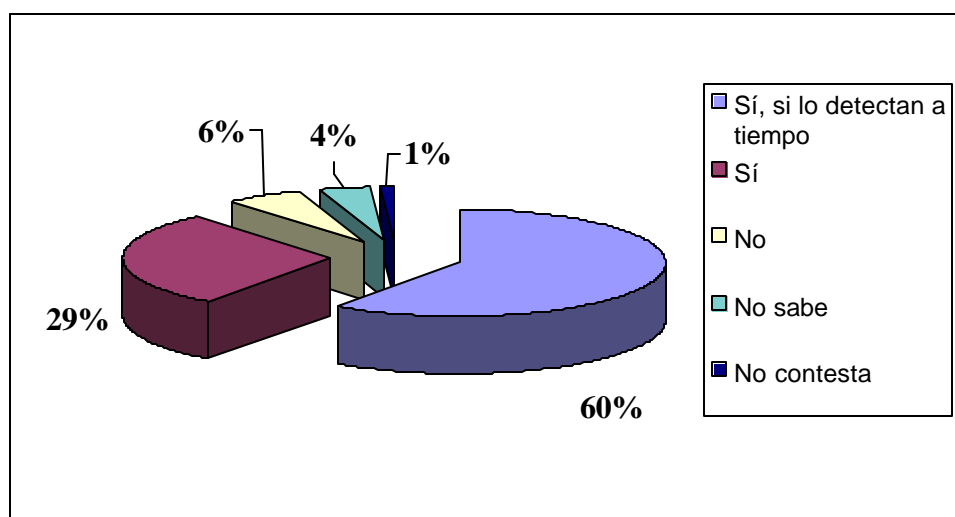
Tabla 53 Descripción de cómo imagina el cáncer cervicouterino

Descripción	%
Doloroso	21.0
No sabe	21.0
Como una llaga, carcome	16.0
No quiero ni imaginarlo	6.0
Infección, granitos	6.0
Lento y silencioso	4.0
Feo	4.0
Como algo negro	3.0
Bola, inflamación	3.0
Células que crecen	3.0
Podrido	2.0
Se enraiza	1.0
Algo malo	1.0
Decaimiento	1.0
Otros	4.0
No contesta	4.0
Total	100.0
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.	

Un 6% de las mujeres dijo que lo imaginaba como una infección, algunas de ellas agregaron que no era cualquier infección, sino una muy fuerte, y otras lo describieron además como una infección que se manifiesta con granitos. Un 10% de las mujeres lo describió de alguna de las siguientes formas: feo, negro, podrido, algo malo. 3% dijo que eran células que crecen desordenadas y 2% señaló que se enraiza y causa decaimiento, es decir, que se mete en el organismo y aunque se corte una parte del mismo, puede regenerarse como una raíz si se ha metido en otro lugar .

Al preguntarles si el cáncer se puede curar (ver gráfica No 34), 29% señaló que sí, 6% que no y la mayor parte de ellas, el 60%, dijo que es curable siempre y cuando sea detectado a tiempo.

Gráfica 34. Posibilidad de curación



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

La tabla No. 42 muestra los datos respecto de la información con la que cuentan las mujeres acerca de los tratamientos para el cáncer, una vez que es detectado.

Tabla 42. Tratamientos

Tratamientos (primera opción en sus respuestas)	%
Quimioterapia o radiaciones	34.0
No sabe	23.0
Histerectomía	17.0
Medicamento	16.0
Queman o congelan	1.0
Terapia	1.0
No contesta	8.0
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

La primera de las opciones que presentaron las mujeres en sus respuestas fue la quimioterapia, con un 34%, mientras que un 23% señaló que no sabía cómo se puede curar. Un 17% señaló la histerectomía como tratamiento y 16% mencionó que con algún tipo de medicamento.

Comparaciones entre las dos UMF

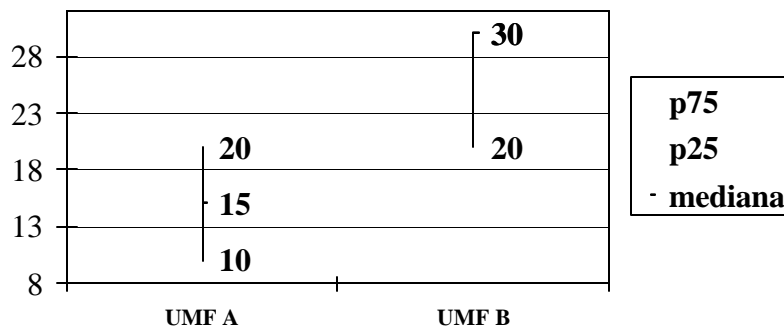
Algunas diferencias entre las respuestas de las mujeres que acuden a las dos Unidades de Medicina Familiar las analizamos por medio de la prueba de contraste de Wilcoxon y la de Chi². Las diferencias encontradas son más claras en cuanto a los tiempos de traslado, es decir, la forma de transportación hacia la UMF. Otro tema en el que encontramos diferencias significativas fue en cómo describieron su sentir durante la prueba, la duración temporal de la misma y finalmente de la información con la que cuentan para recoger los resultados.

En promedio, una prueba de Papanicolaou en la UMF B toma cinco minutos y medio, mientras que en la UMF A, es prácticamente el doble, once minutos. Esto debido principalmente a las estrategias utilizadas por el personal de enfermería durante la prueba y principalmente, a la distribución de tareas que en el segundo de los casos incluye las prácticas de vacunación por lo general realizadas por la misma persona que toma la muestra.

Para analizar diferencias respecto a los tiempos de traslado hacia las dos Unidades de Medicina Familiar, utilizamos la prueba de contraste de Wilcoxon, la cual es una técnica no paramétrica similar a la t de Student, que se utiliza para comparar las medianas y la distribución intercuartil. Funciona como alternativa a la t de Student cuando el supuesto de normalidad no se cumple o no se puede asumir.

Cuando realizamos la comparación encontramos que hay una diferencia significativa en el tiempo que utilizan las mujeres de la UMF A y la B para llegar al servicio de DOC desde sus hogares (ver gráfica No. 35). En la UMF A la mediana es de 15 minutos, mientras que en la B es de 30. En este caso, al relacionar los datos con la prueba de Wilcoxon obtuvimos un resultado significativo con una $z = 0.0001$.

Gráfica 35. Tiempos de traslado UMF A y B



Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.

La ubicación de la UMF A es más cercana a la zona habitacional de los derechohabientes, lo que podría facilitar el acceso al servicio de detección oportuna de cáncer, mientras que la UMF B se encuentra más alejada de las viviendas, pero la facilidad de acceso es para las personas que acuden a los servicios hospitalarios y de ginecología cercanos a la Unidad. Las mujeres que señalaron un mayor tiempo de traslado, corresponden sobre todo a la parte nor-occidente de la ciudad, en donde si bien existe un módulo de atención del Instituto en la colonia Jardines, no cuenta con el servicio de Detección Oportuna de Cáncer.

Otra forma de ver lo anterior es con las formas de trasladarse a la Unidad que describieron las mujeres (ver tabla No. 43). Para ello buscamos la significancia con la χ^2 y encontramos que efectivamente hay una relación positiva entre la Unidad de Medicina Familiar y el tipo de transporte utilizado: $\chi^2 = 9.99$ PR=(0.007), y es que a la UMF B acuden más personas utilizando transporte público (73.8%), mientras que a la UMF A este tipo de transporte lo utiliza el 46.2%, y en esta última hay más personas que acuden a pie (18%). Esto sólo ocurre en el 3% de las mujeres de la UMF B.

De nuevo, puede relacionarse con la cercanía de la UMF A a la zona habitacional de los derechohabientes, mientras que la UMF B, durante el tiempo de la investigación, atendía para la DOC a mujeres del norte y noroccidente de la ciudad, cuyas viviendas se encuentran en zonas alejadas de los centros hospitalarios.

Tabla 43. Formas de traslado

Forma de transporte	UMF		Total
	A	B	
Automóvil	14 35.9	14 22.95	28 28.0
Camión	18 46.15	45 73.77	63 63.0
A pie	7 17.95	2 3.28	9 9.0
Total	39 100.0	61 100.0	100 100.0
Pearson chi2 (2) = 9.9929			Pr= 0.007
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

En cuanto a la relación entre Unidades de Medicina Familiar y la descripción de las mujeres sobre cómo se sintieron durante la prueba, encontramos que la prueba Chi2 = 17.9 Pr= 0.000 es significativa.

Tabla 44. Sentimientos durante la prueba en las dos UMF

Sintió durante	UMF A	UMF B	Total
Nerviosa, vergüenza	24 70.59	16 26.23	40 42.11
Dolor o molestia	1 2.94	8 13.11	9 9.47
Tranquila, bien	9 26.47	37 60.66	46 48.42
Total	34 100.0	61 100.0	95 100.0
Pearson chi2(2) = 17.8566			Pr = 0.000
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

En la UMF B las mujeres reportaron haberse sentido más tranquilas (60.66%), mientras que en la UMF A solamente el 26.5% lo hizo. Sin embargo, hay mayor molestia o dolor en la UMF B. Las mujeres señalaron mayor nerviosismo y vergüenza en la UMF A (71%) mientras que esto solamente sucedió en el 26% de las mujeres que acudieron a la UMF B.

Otra diferencia significativa entre las dos UMF es que el 93% de las mujeres que acudieron a la UMF B coincidieron en señalar que para recibir sus resultados, era necesario acudir a Medicina Preventiva, mientras que en la UMF A solamente el 49% lo señaló de esta manera (ver tabla No. 45). En la UMF A, el 41% identificó el consultorio de medicina familiar como el lugar donde tendría acceso a los mismos. Al aplicar la prueba de Pearson χ^2 , encontramos que hay significancia en esta relación entre Unidad y distintos lugares señalados para encontrar sus resultados.

Tabla 45. Información para acudir por sus resultados por UMF

Resultados	UMF A	UMF B	Total
Acudir a Medicina Preventiva	19 48.72	56 93.33	75 75.76
Consultorio de Medicina Familiar	16 41.03	3 5.00	19 19.19
Hablarán por teléfono	2 5.13	0 0.00	2 2.02
No sabe	2 5.13	1 1.67	3 3.03
Total	39 100.09	60 100.00	99 100.0
Pearson χ^2 (4) = 26.9041			Pr= 0.000
Fuente: Elaboración propia con datos del cuestionario, 2001, 2002.			

En resumen, el cuestionario nos permite construir un perfil aproximado de las mujeres que acudieron a Medicina Preventiva para solicitar la prueba de Papanicolaou durante el período de nuestro trabajo de campo, y que aceptaron participar en el estudio. En ese sentido, se incluyó a mujeres de tres grupos de edad, quienes mayoritariamente se encuentran distribuidas entre los 16 y 45 años de edad,

lo que corresponde a lo que han reportado otros estudios respecto de la utilización más frecuente de los servicios de salud cuando las mujeres se encuentran en edad reproductiva (Gómez Gómez, Elsa, 2002:331).

Las mujeres habitan principalmente en colonias del norte de la ciudad, la mayor parte de ellas tienen más de cinco años de vivir en el mismo lugar (75%). De acuerdo con la información proporcionada por el IMSS y por el Since, INEGI, los habitantes de estas colonias tienen un perfil socioeconómico en el que más de la mitad de la población económicamente activa gana entre dos y cinco salarios mínimos, lo que para 2002 significaba un ingreso mensual entre \$2400 y \$5000 pesos en moneda nacional, es decir, el equivalente en 2002 a \$250 y \$520 dólares de EU al mes.

El promedio de escolaridad es de ocho años, es decir, de secundaria incompleta, pero encontramos una gran variación entre los años de estudio, siendo la máxima escolaridad de 20 años y la mínima de cero. Más de la mitad de las mujeres presenta una escolaridad superior a la media estatal (55%) de 8.1 años, pero si analizamos la información respecto de la edad podemos ver cómo ésta marca diferencias fundamentales, por ejemplo, el 80% de las mujeres del G3, es decir las mujeres mayores de 46 años, tiene una escolaridad inferior a la media estatal, mientras que en los G1 y G2, sucede totalmente lo contrario, es decir, el 70% de las mujeres en estos dos últimos presentan una escolaridad igual o mayor a la media estatal. Al parecer se refleja un cambio generacional con un mayor número de años de estudio entre las mujeres de la muestra menores de 45 años de edad y las mayores a esta edad. Además, es una población que tiene en su mayor parte una escolaridad por arriba de la media estatal, característica que ha sido señalada en otros estudios como vinculada a una práctica más frecuente, y con mayor iniciativa para la misma, cuando se combina con mejores condiciones de vida, esto en el caso de las mujeres con estudios superiores a secundaria (Castro y Salazar, 2001:70); y en población del IMSS, en el caso de mujeres con escolaridad mayor a preparatoria (Romero Cancio, 1997).

La edad se relaciona con diferencias importantes de la fecundidad de las mujeres de los tres grupos analizados, las más jóvenes tienen su primer o segundo

hijo, mientras que las mujeres de más de 45 años de edad están por terminar su ciclo reproductivo y tienen más hijos que las de los grupos 1 y 2. Además de una distancia en términos de los años de estudio, las mujeres del G3 comparten en general una fecundidad mayor que la de las mujeres de los otros grupos. Las edades de sus hijos mayores y menores son un indicador de las condiciones de dependencia y cuidado de los mismos a las que están sujetas sus rutinas, y ante las cuales solicitan más o menos apoyo entre sus familiares o redes de apoyo más amplias cuando requieren trasladarse hacia los servicios médicos. No es lo mismo, por ejemplo, el cuidado de los menores de cinco años de edad, de enfermos en el hogar, o la necesidad de apoyos para trasladar a mujeres de tercera edad cuando requieren acudir al Papanicolaou o a cualquier otro servicio o espacio en donde se solicita la atención a los procesos de salud y enfermedad.

El 45% de las mujeres de la muestra contaba con trabajo remunerado al momento de la aplicación del cuestionario, lo que es 14.6% más de lo que se reporta por el INEGI y el Instituto Sonorense de la Mujer (2002:95) para el estado de Sonora. Sin embargo, por su trabajo no es que tengan acceso al IMSS en esa misma proporción, sino que solamente el 27% de ellas tiene la afiliación al Instituto por su trabajo o estudios, mientras que 68% tiene acceso por ser familiar de algún trabajador. Recordemos que la derechohabiencia fue un criterio para seleccionar a las mujeres entrevistadas en sus casas, no así para quienes respondieron el cuestionario, ya que uno de los objetivos era mostrar un primer acercamiento a la diversidad de mujeres que acude a este servicio. En este sentido, la mayor parte de las entrevistadas son derechohabientes (solamente un 5% no lo son) pero acuden a este servicio para realizarse el Papanicolaou porque saben que pueden recibirlo a pesar de no contar con el servicio médico del IMSS, principalmente porque han sido derechohabientes previamente y porque el personal de enfermería les autoriza volver. Sin embargo, la mayor parte de ellas acude en calidad de beneficiarias de algún familiar.

Un 85% de las mujeres señaló haber ocupado entre 3 y 30 minutos para llegar a la UMF desde sus hogares o centros de trabajo utilizando para ello diversas formas de transporte, la mayor parte de ellas (63%) utilizó el servicio público. Sin embargo las condiciones son distintas en el 15% restante, para quienes la inversión de tiempo

que implica el traslado de su vivienda hacia la Unidad es de 30 minutos hasta una hora.

Nos parece importante señalar que un 93% de las mujeres tiene una vigencia en el Instituto de al menos un año, y que un 72% tiene más de seis, lo que posiblemente implica una influencia de los servicios médicos en sus prácticas del Papanicolaou, o al menos la posibilidad de que los trabajadores del instituto hubieran podido incidir en una práctica del Papanicolaou, ya que debemos considerar que el 56% de las mujeres dijo que su primera información sobre la prueba la recibieron en los servicios médicos por parte del personal de salud.

Cuando hablaron de las prácticas de detección oportuna de sus amigas, un 60% dijo que les han expresado sus dificultades para acudir, las cuales se centran principalmente en torno al miedo a la prueba y a la vergüenza que les genera.

En cuanto a la práctica de las mujeres encontramos que el mayor número de primeras detecciones se concentró entre las mujeres menores de 25 años de edad (G1), lo que contrasta con las prioridades institucionales para lograr un aumento de cobertura entre las mujeres que se consideran con un riesgo mayor de enfermar de cáncer (de 25 a 64 años de edad). Por otro lado, es necesario señalar que un 74% de las mujeres que respondió el cuestionario tiene una práctica que clasificamos de regular, cifra que se concentra en las mujeres del G2, es decir, nuestra muestra incluye principalmente a mujeres con una práctica de Papanicolaou regular y con una edad más frecuente de 26 a 45 años de edad.

Hasta 1996, la recomendación que recibían las mujeres en las instituciones de salud era que la práctica fuera anual, a partir de las modificaciones en la norma, que se aplicaron hasta 1998, se recomienda que sea trianual, con el objetivo de ampliar los niveles de cobertura del programa. La efectividad costo-beneficio del intervalo de frecuencia de la prueba del Papanicolaou ha sido motivo de discusión amplia en nuestro país.

El grupo analizado manifiesta una concentración de la práctica de DOC en un grupo de mujeres que acude regularmente a la prueba. Si consideramos únicamente a aquellas que tienen una frecuencia regular, nos encontramos que 52% señalaron una periodicidad anual o menor, y 24% entre dos y tres años. Pero además, las pruebas

que se realizaron por primera vez se concentran en el G1, es decir las más jóvenes de la muestra que de acuerdo con el programa no son el grupo de edad en el que se desee incidir en primer lugar.

Un dato que nos parece relevante sobre la práctica de detección oportuna es que el 62% de las mujeres dijo haber acudido a la DOC exclusivamente, lo que implica que la mayor parte de ellas acude de manera especial para la prueba, mientras que un 30% aprovecha su asistencia a la UMF buscando otros servicios médicos para tomarse la prueba. En las entrevistas y en las observaciones realizadas se exploró más en torno a porqué las mujeres acuden a la prueba y lo que esto implica en sus rutinas. El cuestionario nos arroja que un 63% de ellas acudió porque consideraba que “ya le tocaba” sin que mediara la sugerencia médica. Además, el 60% se tomó su primer Papanicolaou en el IMSS

Cuando preguntamos a las mujeres si deseaban ser acompañadas durante la prueba por algún familiar o persona de su confianza, un 74% dijo que no, sin especificar más. La información que se relaciona con esta negativa se encuentra en las narrativas de las entrevistas en el hogar.

Esta información se relaciona con las respuestas que nos dan sobre sus sentimientos antes de entrar a la prueba, los cuales en la mitad de las mujeres son sentimientos negativos de ansiedad, temor y/o vergüenza, mismos que se comparten de manera más generalizada cuando se trata de la primera ocasión. Un 84% prefiere que le tome la muestra una mujer, mientras que en torno a la profesión que quisieran que tuviera, un 48% mencionó la especialidad de Ginecología y un 32% enfermería, a quienes prefieren que sean exclusivamente mujeres

El 45% de las mujeres refirió que nunca contó con una explicación sobre el procedimiento del Papanicolaou, mientras que quienes sí tuvieron información previa, un 36%, la recibió del tomador de la muestra.

Las mujeres consideran que quienes tienen un mayor riesgo a enfermar son aquellas que tienen una vida sexual activa, y una edad mayor de 35 ó 40 años de edad, aunque también mencionaron en segundo término, el tener hijos como factores relacionados con la enfermedad.

En el cuestionario describieron al cáncer como una enfermedad dolorosa (21%) y como una llaga que carcome (16%), lo que posiblemente se relaciona con sus temores al dolor que genera la enfermedad y al diagnóstico positivo de un Papanicolaou. El cáncer es una enfermedad mortal, pero que puede ser curada si se detecta a tiempo.

Entre las diferencias principales que encontramos cuando analizamos las respuestas de las mujeres que acudieron a las dos UMF, fue que la UMF A se encuentra ubicada más cerca de los lugares desde donde acudieron las mujeres, el acceso es más rápido en cuanto a tiempos de traslados.

En la UMF A, las mujeres manifestaron que para recibir sus resultados tendrían que ir a su consultorio médico en un 41%, mientras que en la UMF B el 93% de las mujeres identificaron el espacio de Medicina Preventiva como el lugar al que tendrían que acudir para recogerlos.

El Papanicolaou es una prueba que genera temor y vergüenza en el 46% de las encuestadas, este dato cambia cuando analizamos las mujeres de primera vez, en esta población sube hasta 75%. Quienes ya acudieron en más de una ocasión por lo general tienen una experiencia menos tensa, a excepción de aquellas que tuvieron una experiencia previa negativa en cuanto a la atención recibida. Esta información será analizada posteriormente en los capítulos en los que trabajamos las entrevistas y la relación enfermera/mujer.

La información nos permite ubicar algunas características de las mujeres con quien interactuamos, ni el tiempo ni el espacio eran los propicios para profundizar sobre el tema en la UMF, durante la aplicación del instrumento siempre había algunas personas cercanas, ya fuera de las usuarias o del personal de la clínica, de manera que las respuestas tienden a apearse al deber ser. Por ejemplo, cuando les preguntamos por qué acudían al Papanicolaou, más de la mitad señaló que iba porque “ya le tocaba”, esta respuesta habría que tomarla con cautela, porque las respuestas en las entrevistas nos hacen suponer que las mujeres no hablan de temas que consideran íntimos en estas condiciones. De manera que algunas de las que tuvieron este tipo de respuesta, entre las entrevistadas narraron diversos síntomas de sangrados intermenstruales o procesos infecciosos que les motivaron a acudir.

En este sentido la encuesta no es el material más indicado para profundizar ni para establecer relaciones de confianza con las mujeres sobre estos temas. Pero nos aportan un panorama de sus condiciones de vida y de su acceso a los servicios médicos y un primer acercamiento a temas que se abordaron posteriormente durante las entrevistas.

V PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

En este apartado presentaremos el perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas, en la medida que consideramos que las representaciones y prácticas de los problemas de s/e/a se construyen en relación con las condiciones de vida, no solo los aspectos económicos, sino las redes sociales que se establecen desde el hogar hasta el trabajo y los accesos a los servicios médicos, conforman un marco desde el cual las personas aprenden prácticas de cuidado y de atención a los procesos de enfermedad, lo que hacen en formas variadas y cambiantes. Dicho perfil incluye datos de edad, escolaridad, familia, trabajo en caso de tenerlo, salario, apoyos familiares en la atención de la enfermedad. Un segundo apartado describe las prácticas de cada una de las informantes de acuerdo con la clasificación de frecuencia de la prueba que elaboramos al inicio del trabajo.

La primera parte del trabajo de campo incluyó dos meses de observación en cada una de las UMF y la localización de mujeres que acudieron a la prueba del Papanicolaou en Medicina Preventiva, así como de quienes fueron a Medicina Familiar para otros servicios y fueron invitadas a participar por no realizarse la prueba en más de tres años o porque nunca lo habían hecho.

Para las entrevistas, los criterios de selección de las mujeres fueron el haber acudido a las Unidades de Medicina Familiar durante el período de estudio para la Detección Oportuna de Cáncer Cervical o para buscar atención médica en la UMF, o dar su consentimiento informado por escrito. Buscamos mujeres con las cuales conformar tres grupos de edades distintas en el que incluimos mujeres con prácticas de frecuencia diversa de acuerdo a lo que habíamos tipificado durante el trabajo de campo como prácticas nula, de primera vez, subsecuente regular y subsecuente esporádica.

La selección de las informantes para las entrevistas semiestructuradas en los hogares se realizó entre la población que fue anotada en dos registros, uno que conformamos a partir de las respuestas del cuestionario y el segundo, a partir de la selección que realizaron las asistentes médicas y trabajadoras sociales.

En este apartado presentaremos el perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas. Una síntesis de la información a la que aquí haremos referencia se encuentra en la tabla No. 53 podemos ver los datos de edad, clasificación del tipo de práctica, ingresos, salarios mínimos y escolaridad de cada una de ellas.

Tabla 54. Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas

Grupos	Nombre	Práctica	Edad	Ingresos	Salarios Mínimos*	Escolaridad
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	18	\$2,800	2.3	Secundaria
	Hortensia	Primera vez	22	\$3,200	2.7	Secundaria
	Beatriz	Esporádica	25	\$4,500	3.7	Secundaria
	Penélope	Regular	20	\$5,000	4.1	Preparatoria incompleta
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula-Primera vez	28	\$4,200	3.5	Preparatoria
	Gabriela	Esporádica	37	\$4,500	3.7	Universitaria
	Rosa	Esporádica	28	\$6,000**	5	Secundaria incompleta
	Ma. Eugenia	Regular	41	\$4,600	3.8	Primaria
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula-Primera vez	46	\$2,500	2.1	Secundaria incompleta
	Trinidad	Esporádica	57	\$5,600	4.7	Primaria
	Remedios	Regular	75	\$5,700	4.8	Primaria

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas semi-estructuradas realizadas de enero a julio de 2002.

*STPS, http://www.conasami.gob.mx/estadisticas/docs/Sal_ag_64_2005.pdf Salarios mínimos generales por área geográfica de 1988-2005. Acceso marzo 2005 (40 pesos m.n.).

**Sus ingresos disminuyeron drásticamente al perder el empleo aproximadamente a \$3,000 m.n. o 2.5 sm.

Si se desea convertir a dólares, el tipo de cambio en pesos para 2002 era de 9.6 USA.

Presentación por grupo de edad

En el trabajo, buscamos incluir mujeres que tuvieran diferentes edades y frecuencia en sus prácticas de detección oportuna de cáncer cervical con la finalidad de presentar diversas situaciones que se relacionan con la práctica de mujeres que comparten el acceso a la derechohabiencia. Como señalamos en el capítulo metodológico, las mujeres de diferentes grupos de edad corresponden también a mujeres que tienen hijos menores de seis años en el G1 (mujeres más jóvenes), de más de seis entre sus hijos mayores en el G2 (mujeres de mediana edad), y mayores de 18 años entre las mujeres del G3 (mujeres de mayor edad).

Grupo 1 (16-25) mujeres más jóvenes

En el primer grupo de edad agrupamos a mujeres entre 16 y 25 años. La más joven de ellas es **Yolanda**, de 18 años de edad, con estudios de secundaria, también es quien contaba con uno de los ingresos familiares más exigüos. Clasificamos su práctica como nula porque nunca se ha hecho la prueba del Papanicolaou. Tuvo a su primera hija a los 16 años de edad. Cuando la entrevistamos por primera ocasión, vivía en casa de su abuela, al lado de la vivienda de su madre, con su hija y su esposo. Aun cuando las condiciones de la vivienda eran precarias, la construcción de un solo cuarto era de cemento e incluía un baño que formaba parte del mismo bloque de construcción y contaba con los servicios de luz, agua y drenaje; aunque la calle era de tierra, como todas las que se encuentran a su alrededor.

Yolanda viene de una familia de migrantes del estado de Sinaloa, quienes después de un tiempo de trabajar en el sector primario en La Costa de Hermosillo buscaron trabajo en la zona urbana del municipio. Su padre trabajaba para el municipio cuando consiguió las propiedades donde viven actualmente, entonces participaba en un grupo que invadió terrenos en la zona norte de la ciudad y que fueron reubicados a la colonia Solidaridad. Cuando sus hijos crecieron, los contactó con los líderes de una invasión en el noroeste de la ciudad para que pudieran obtener terrenos propios. Yolanda había apartado uno pero al embarazarse le prestaron la casa de su abuela, la cual ocuparía hasta que su hija estuviera más fuerte. Sin embargo,

Yolanda se volvió a embarazar y mientras tanto el proceso de regularización de la nueva colonia ya había comenzado, por lo que todavía con su hija de un año de edad y su embarazo de seis meses, tuvieron que cambiarse a la casa que construyó su esposo junto con su padre y hermanos. La nueva vivienda se encontraba frente a la de su tía, lo que le permitía pasar la mayor parte del día bajo un techo de cemento y ladrillo ya que su nueva casa consistía en un solo cuarto de lámina de cartón y no contaba con agua ni luz eléctrica regular. Construyeron una letrina en la parte exterior de la misma.

No, y así quedamos, nos casamos y ya, salí embarazada después. Y él me decía: “Puedes seguir estudiando, nomás de que tenga de perdida 1 año la niña, ya sea que la cuide tu mamá o mi mamá”. Así me decía él: “Y sigues estudiando, tan siquiera la preparatoria abierta, ya después que estudies algo que puedas, una carrera corta, saliendo de la prepa”. Algo así me decía, que siguiera estudiando pero ya ahorita... otra vez salí embarazada y ¿qué voy a hacer? Yo quería trabajar primero, por ejemplo aquí en donde vivimos es prestado, yo le decía: “Hay que tener un solar por allá, una casita, quisiera meterme a trabajar para entre los dos levantar una casa, pero no, no...” (Yolanda)

Un rasgo característico de Yolanda es el apoyo que recibe tanto de sus padres y hermanos como de sus suegros. Cuando su hija requiere atención médica, por lo general su padre la traslada en su carro y solicita a su suegro que saque ficha en el IMSS porque vive más cerca de la UMF que le corresponde. En su familia nadie se ha hecho la prueba, ella es la mayor y la primera que tiene hijos, su madre y su suegra tampoco han tenido la práctica de detección oportuna. El acceso a la seguridad social se lo da el trabajo de su esposo -quien labora en un establecimiento nocturno como mesero y cantinero- por el que percibía un salario de \$2,800 pesos mensuales.

Hortensia a su vez forma parte del mismo grupo de edad, con 22 años es la mayor de su familia. Su madre emigró de la ciudad de México hace años siguiendo a la familia con la que trabajaba en labores domésticas. Su mamá se hace el Papanicolaou frecuentemente y aconseja a sus hijas cuidados entre los que contempla la prueba. Se hizo acompañar de Hortensia en más de una ocasión cuando fue al IMSS y le habló acerca de la necesidad de la prueba después de su embarazo, también fue ella quien la acompañó para cuidar a su hija de tres meses de edad mientras le tomaban la prueba la primera vez que acudió a la UMF B. Ese fue el día que la contactamos y nos describió lo que sabía del procedimiento.

Yo creo que fue cuando, yo creo que tenía unos 19 años, pues yo creo que hablamos más que nada por, una vez yo creo que ella se lo fue a hacer y ya vi, ya nos (llevó) a mí y a mi hermana, porque tengo una hermana de 17 años y nos dijo que era muy importante hacerse las pruebas, a revisión con el doctor, que no nos diera pena, que son cosas que son confidenciales con el doctor, y ella, pues más que nada mi mamá porque con mi mamá tenemos más que nuestra mamá para mi hermana y para mí es como nuestra amiga y mamá porque hablamos de todo, ella tiene 44 años y hablamos de todo... De las relaciones y todo, nos habló como a los, como a los 15 años, yo ya sabía algo, lo que se aprende en la escuela, porque se ve en la primaria se ve y en la secundaria (Hortensia).

La distancia que tuvieron que recorrer en camión les llevó casi una hora porque necesitaron utilizar dos rutas. Vive con su esposo y su hija en la que fue la casa de su madre hasta hace unos años, se la presta a cambio de que la arregle y mantenga al corriente las cuentas de los servicios básicos de agua y luz. La vivienda se ubica en el noroeste de la ciudad, su calle no está pavimentada, en su colonia solamente las avenidas principales lo están, pero cuenta con servicios de agua, drenaje y luz. Sus ingresos familiares no son permanentes y fluctúan alrededor de los \$800 cuando su esposo, quien es albañil, tiene empleo en alguna obra, y es por su trabajo por el que tiene acceso a la derechohabencia activa. En el momento en el que la entrevistamos no había tenido que volver a trabajar desde el nacimiento de su hija. Anteriormente realizaba el mismo tipo de trabajo que hacía su madre con una familia en la que su responsabilidad principal era cuidar a un niño pequeño. Aún mantiene el vínculo con esta familia porque considera que de ser necesario sería su alternativa de empleo.

En el mismo grupo de edad se encuentra **Beatriz**, cuya práctica de Papanicolaou clasificamos como esporádica porque hace más de cinco años que no se hacía la prueba. Como sus padres, nació en Hermosillo y vivió la mayor parte de su vida en una colonia del noroccidente de la ciudad en casa de su padre, en la cual contaban con los servicios de agua, luz y drenaje. Las calles que rodean la vivienda no están pavimentadas. Al cumplir los 18 años de edad se embarazó y se fue a vivir

con la familia de su novio, al sur de la ciudad. Después de un tiempo regresaron a casa de su padre donde convivieron con su hermana y sus hijos.

Durante el tiempo en que la visitamos se cambiaron a una vivienda de fraccionamiento ubicada nuevamente en el sur de la ciudad. Esto fue posible gracias a que su pareja consiguió un crédito de INFONAVIT por su trabajo en una compañía de transporte de mercancías, en el cual percibía un salario de \$4,500 pesos; es también por su trabajo que Beatriz y los niños tienen acceso al IMSS. La nueva vivienda se encuentra en una zona que cuenta con todos los servicios incluyendo la pavimentación y transporte en la salida sur de la zona urbana. Cuando la entrevistamos, Beatriz tenía tres hijos de siete, cinco y dos años de edad y su trabajo era ser ama de casa. Los problemas con su esposo le habían hecho pensar en la posibilidad de conseguir un empleo, pero después de un tiempo los problemas parecieron resolverse y siguió en su hogar. Sus redes sociales de apoyo se ven reducidas prácticamente a la relación paterna. No convive cotidianamente con su madre desde que tenía catorce años de edad, porque sus padres se separaron y ella formó una nueva familia separándose de sus cuatro hermanos. Se mantienen en contacto por teléfono y se encuentran cuando visitan a su hermano en la penitenciaría. Fue ella quien le señaló que después de tener a su primer hijo sería necesario que se hiciera la prueba del Papanicolaou.

La última integrante del primer grupo de mujeres es **Penélope**, de 20 años de edad. Ella vive con su esposo y su hijo de casi cinco años de edad en el norte de la ciudad. Cuando estaba estudiando preparatoria, a sus 16 años, se casó con su novio y la familia de sus suegros, que vive en la Costa de Hermosillo, les prestó una casa a cambio de que la cuidaran y acondicionaran.

La vivienda tiene dos cuartos, uno de los cuales es cocina y comedor, y la habitación en la que duermen los tres. Las paredes y el techo son de cemento, cuenta con todos los servicios básicos y además se encuentra en la misma calle en la que viven los padres de Penélope, por lo que conviven cotidianamente con ellos y sus hermanas cuidan a su hijo mientras ella va a trabajar de lunes a viernes en una maquiladora relativamente cercana. Su compañero trabaja en un negocio de venta de computadoras y entre los dos ganan aproximadamente \$5000, la cantidad varía de

acuerdo a las comisiones que percibe por las ventas. En ese momento, tenía acceso a los servicios médicos del IMSS gracias a su trabajo, en el que laboraba desde hacía siete meses atrás.

Las redes familiares de apoyo les permiten vivir en una casa sin pagar renta, y el cuidado de su hijo también queda dentro del entorno familiar, por lo que no hace uso del servicio de guardería al que tiene derecho por su trabajo.

Grupo 2 (26-45) mujeres de mediana edad

En el segundo grupo de edad entrevistamos a **Emilia**, de 28 años de edad, y a quien localizamos entre las mujeres que nunca se habían realizado la prueba del Papanicolaou. Durante el período de las entrevistas acudió por primera ocasión a una de las UMF en las que trabajamos para que le tomaran la citología. Durante el tiempo en el que la buscamos, vivía en casa de su madre con su hijo de dos años de edad, apenas seis meses antes se había regresado luego de separarse de su esposo. La casa paterna cuenta con todos los servicios de luz, agua, drenaje y pavimentación. En la vivienda hay tres dormitorios, sala, comedor y cocina, una cochera para dos carros y un patio. Originaria de Hermosillo, como sus padres y hermanos, cambió de residencia diez años antes a una vivienda de la zona norte cuando todavía no estaba completamente urbanizada. Esto fue debido a que los ingresos familiares se vieron disminuidos a partir de la jubilación de su padre, quien había podido enviar a sus doce hijos a escuelas privadas y con quien habían vivido en una zona cercana al centro de la ciudad. Emilia terminó sus estudios de preparatoria antes de casarse y trabaja con una compañía en la venta de artículos de decoración. Su ingreso familiar, de \$4,200 pesos mensuales, lo aporta en gran medida su ex esposo ya que su salario es muy variable y depende de las comisiones por venta. Él también es quien le da acceso a su hijo a los servicios del IMSS, entre ellos el de guardería y la atención médica.

Las redes familiares de Emilia la han acompañado y protegido durante su embarazo, casamiento y separación y también la apoyan en el cuidado de su hijo y de su salud cuando requirió tratamiento quirúrgico después del parto. Cuando la

entrevistamos, su padre acababa de fallecer por cáncer de próstata y la familia se turnaba para acompañarla a ella y a su hermana en diversas actividades. Emilia considera que el único inconveniente que vive con este apoyo es la carencia de privacidad.

En el mismo grupo, **Gabriela**, de 37 años de edad, acudió por segunda ocasión en su vida a hacerse la prueba cuatro años después, por lo que clasificamos su práctica como esporádica. Es la hija menor de una familia de diez hijos en la que el padre estaba ausente y en la que murió la madre por cáncer cervical cuando ella apenas contaba con once años de edad.

Mi mamá murió cuando estaba chica, de 11 años. Murió de cáncer en la matriz. Mis hermanos me dijeron que murió, pero no de qué, entonces le inventaban a uno de cosas. Una hermana nos crió, somos 10 hermanos, 5 mujeres y 5 hombres. Ella nos crió a todos, es nuestra segunda mamá. Ella trabajaba en el IMSS, era asistente médica... (Mi hermana mayor) sí sabía y mis hermanos pues los mas grandes, nosotros estábamos muy chicas todavía. Cuando murió (mi mamá) la más grande tenía como 24 años, ya estaba trabajando ahí en el Seguro y como mis papás... estaban divorciados, a ella le tocó el paquete, a ella y a una de mis hermanas fueron las que sacaron adelante a todos (Gabriela).

Sus hermanas mayores trabajaron para mantener a la familia y gracias a su esfuerzo pudo estudiar la licenciatura de química. Durante un tiempo trabajó en algunos laboratorios de productos lácteos fuera de la capital. Una vez casada y con hijos, cuando tenía 28 años de edad, el residir fuera de la ciudad le causaba muchos problemas familiares, por lo que dejó su profesión y buscó empleo en Hermosillo sin considerar para ello sus estudios. Durante un tiempo trabajó en una guardería pero los problemas de salud de uno de sus hijos la persuadieron de quedarse en casa. Actualmente la familia depende del salario de su esposo, quien gana \$4,600 al mes. Es por su trabajo que la familia tiene acceso a los servicios del IMSS. Sus primer hijo lo tuvo a los 27 años, cuando la entrevistamos tenía diez años, cuatro el de en medio y dos el más pequeño.

Desde hace más de nueve años Gabriela habita una casa de fraccionamiento ubicado en el noroeste de la ciudad. La vivienda cuenta con un baño y cuatro habitaciones de dimensiones aproximadas de tres metros cuadrados; dos de estas habitaciones son dormitorios, las otras dos forman una estancia y un cuarto alargado en el que cabe la sala, el comedor y al fondo se encuentra la cocina. La casa tiene acceso a los servicios de agua, luz y drenaje. En el exterior está rodeada por una

barda y reja que cierran la cochera como acceso principal. Para acudir a servicios médicos, por lo general busca el apoyo de su suegra para el cuidado de los hijos, sus hermanas mayores trabajan y no siempre puede contar con ellas. Su familia permaneció unida gracias a sus hermanas mayores, una de las cuales, ya en el IMSS, logró estudiar enfermería y es referente de consulta ante cualquier problema de salud presentado por la familia.

Rosa es la mujer más joven de este grupo de edad, 28 años, y tiene cuatro hijos. Clasificamos su práctica como esporádica porque había dejado pasar más de cuatro años desde que se hizo la prueba en un Centro de Salud.

Porque mmm, porque me dijeron aquí, mi amá principalmente: “Que háganse la prueba que no se dejen, que ¡Dios guarde!, que un cáncer, que esas cosas no se dejan”, y como traigo el dispositivo, todas mis hermanas, y que dicen. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y no gracias a Dios no fue nada malo, quedó todo bien, seguí yendo con el Ginecólogo, allí en el Centro de Salud... y me dijo que estaba muy bien, que estaba bien. Siempre da miedo, ¿no? siempre da miedo y pena (Rosa).

Quedó embarazada a los 16 años de edad, cuando estudiaba la secundaria, y se fue a vivir con su pareja, quien vivía frente a la casa de su abuela. Con él tuvo tres hijas, quienes en el momento de las entrevistas tenían doce, once y nueve años. Después de un tiempo se separaron; él se fue a trabajar los Estados Unidos y ella empezó a buscar empleo en maquiladoras y tiendas comerciales. Durante las primeras sesiones de las entrevistas, vivía en la que fuera casa de su “nana”, en donde había crecido luego de que su mamá se separara de su esposo, y le diera sus ocho hijos en custodia para así poder trabajar. Rosa creció en un ambiente de carencias al depender del salario materno exclusivamente. Su madre trabajó en la Costa de Hermosillo en las cosechas y posteriormente en maquiladoras de la zona urbana, con sus pocos ingresos atendía en lo posible las necesidades de sus hijos, a quienes veía poco.

Cuando Rosa se separó de su pareja, regresó al hogar de su abuelita, quien falleció de cáncer en el pulmón, y entonces la vivienda pasó a ser propiedad de una de sus tías. Aunque ella permitió que continuara viviendo ahí, cuando Rosa volvió a unirse a una pareja, le pidió que buscara otro lugar. Entonces estaba trabajando en una tienda de autoservicios, entre los dos lograban un ingreso mensual de \$6000; sin embargo, durante las sesiones de la entrevista, perdió su empleo justo cuando se

habían mudado parcialmente a una vivienda de techo de cartón ubicada en una zona de mayores carencias. A la par, sus ingresos se vieron reducidos a \$3,000 pesos, dos salarios mínimos y medio, por lo que su prioridad a partir de entonces fue la búsqueda de empleo.

En el mismo grupo se encuentra **María Eugenia**, de 41 años de edad, a quien clasificamos de acuerdo a la fecha de su último Papanicolaou, como de práctica regular. Nació en uno de los pueblos del Río Sonora y cuando tenía entre tres y cuatro años se trasladó a Hermosillo con su familia, integrada por sus padres y ocho hermanos, cuatro de ellas mujeres. Se casó a los 20 años de edad y vive con su esposo y sus tres hijas en una vivienda ubicada al norte de la ciudad, la cual fue construida hace dieciocho años para trabajadores por el INFONAVIT. La casa tiene sala, comedor, cocina y tres dormitorios, el primero y más grande es de las dos hijas menores. Lo que sería un pequeño espacio para la televisión, es el cuarto de su hija mayor, que está al lado de la tercera habitación, que comparten María Eugenia y su esposo. En la parte trasera, la vivienda cuenta con un patio pequeño.

En cuanto a su escolaridad, sólo estudió los seis años de primaria. Cuando tenía 23 años nació su primera hija, quien ahora tiene 18 años de edad y está estudiando Comercio Internacional. Su segunda hija está estudiando preparatoria y la menor estaba por terminar sexto de primaria. De lunes a viernes trabaja en una escuela particular atendiendo la tienda, por lo general camina hacia su trabajo durante casi una hora. El acceso al IMSS lo tiene por el empleo de su esposo, quien trabaja en un depósito de hielo. Entre los dos, tienen un ingreso familiar estable de \$4,600 pesos.

La red familiar de Ma. Eugenia es muy unida y cercana, se relaciona con ellos de diversas formas cotidianamente, pero cuando necesita acudir al IMSS o a cualquier servicio médico, sus hijas mayores se quedan a cargo de la comida y de la atención doméstica. Cuando la entrevistamos acababan de celebrar el casamiento de uno de sus hermanos menores y estaban apoyando los preparativos de una segunda boda. Los fines de semana por lo general los pasan en la casa materna.

Grupo 3 (46 y más) mujeres de mayor edad

En los registros de personas que no se habían realizado la prueba se encontraban los datos de **Aurora**, quien a sus 46 años de edad no se había hecho la prueba. Sin embargo, cuando la localizamos había tenido problemas por los cuales buscó atención médica y a partir de esto se hizo la prueba del Papanicolaou por primera ocasión. En los días anteriores a la primera entrevista perdió su trabajo y con ello el ingreso familiar se vio reducido a \$2,500 pesos. Aurora también perdió el acceso a los servicios médicos, aunque su hija mayor tenía posibilidades de darla de alta de nuevo por su trabajo en la maquiladora.

Aurora nació y vivió durante sus primeros 12 años de vida en un pueblo cercano a Hermosillo, en donde estudió toda la primaria. Su familia emigró a la ciudad en busca de trabajo y ahí pudo continuar sus estudios hasta segundo de secundaria. Al recordar a su familia señaló que era la única mujer y que pasó momentos difíciles cuando era adolescente porque su padre no la respetaba: “Me tocaba y me hizo perderle el respeto, yo me volví muy rebelde”. En cuanto cumplió la mayoría de edad, se casó sin el consentimiento de sus padres quienes no la acompañaron en su boda. Su esposo había estudiado la preparatoria y trabajó en diferentes lugares, su último empleo fue de conserje en una escuela federal. Tenían cuatro hijos cuando él falleció, entonces los niños eran muy pequeños, y Aurora se quedó sin fuente de ingreso, buscó trabajo inmediatamente y se hizo cargo de su familia hasta que sus hijos mayores empezaron a colaborar. Sus hijos han estudiado en una secundaria técnica cercana a su hogar y la mayor de las mujeres se costea sus estudios universitarios trabajando en una maquiladora por las noches.

Tres de sus hijos viven con ella en una colonia del norte de la ciudad, en la que hay servicios de agua, drenaje, luz y teléfono y en la que desde hace años no hay pavimentación y los problemas de inseguridad y drogadicción han crecido. Su esposo había comprado el terreno de su casa y cuando falleció ya tenían dos cuartos construidos con bloque de cemento y otro más que era sala, comedor y cocina. Después de varios intentos de encontrar empleo y de negociar con su antiguo empleador, decidió junto con sus hijos adaptar el frente de su casa para poner una

tiendita y apoyar de esa manera al ingreso familiar mientras su hijo menor buscaba empleo.

Las redes familiares de Aurora son escasas, su madre falleció por complicaciones de diabetes y ella tomó distancia de las relaciones con su padre desde que se casó. Sus hermanos tuvieron un acercamiento cuando murió su esposo pero no tuvo buena experiencia laboral con ellos, de manera que buscó diferentes tipos de empleo en restaurantes pequeños y al final trabajaba en la cocina de una escuela. La fortaleza de Aurora en términos de redes familiares se encuentra en sus hijos, quienes han ido asumiendo cada vez más las responsabilidades económicas.

Como parte de este tercer grupo escogimos a **Trinidad**, de 57 años de edad, y clasificamos su práctica como esporádica porque tenía más de diez años de no haberse realizado la prueba del Papanicolaou. Ella es la tercera de una familia de 5 hermanos. Creció y estudió en un ejido cercano a la ciudad de Hermosillo e hizo varias veces el cuarto grado porque no había más qué estudiar. Cuando tuvo la oportunidad terminó sexto grado en la misma escuela. Trinidad quería continuar sus estudios y “hacer algo más”. Pero sus padres le permitieron irse a la ciudad más cercana de Santa Ana porque tendría que ir y venir todos los días por carretera y consideraron que los traslados eran muy peligrosos. Después de un noviazgo muy largo, se casó a sus 25 años y se estableció en Hermosillo, su esposo todavía trabaja como chofer en la misma empresa que trabajaba cuando se casaron, por lo que con frecuencia sale fuera de la ciudad y del estado. Actualmente Trinidad pasa los días sola en casa, atendiendo a personas que la buscan como iridióloga y acude a la iglesia donde trabaja como catequista. Tuvo tres hijos (que ahora son adultos) que viven fuera de la ciudad: dos hijas en Estados Unidos y el menor en Chihuahua, donde estudia la carrera de medicina.

Sus padres ya fallecieron, sin embargo, algunos de sus hermanos todavía viven en el ejido y es en ese lugar donde considera que tiene sus raíces y sus lazos familiares más fuertes, así como sus relaciones de amistades. En la ciudad se rodeó de las mujeres que acuden a la iglesia cercana a su hogar, el cual se ubica en el oeste de la mancha urbana, una casa pequeña a la que hicieron ampliaciones y que se compone de tres dormitorios, una sala, la cocina, el comedor y un baño. En las reuniones que se

organizan para el catecismo encontró amistades con las que compartió el crecimiento de sus hijos. Además vende productos médicos y joyería para apoyar el ingreso de su esposo, quien tiene un salario de \$5,600 pesos mensuales. Sus ingresos esporádicos se los envía principalmente a su hijo para cubrir sus estudios.

Finalmente escogimos a **Remedios**, con 75 años de edad, cuya práctica clasificamos de regular, y quien estaba pasando por un proceso de tratamiento de cáncer mamario. Hace cuarenta años emigró a la ciudad de Hermosillo desde su pueblo natal, que se encuentra cercano a la ciudad de Álamos, en la parte sur del estado de Sonora. Estudió la primaria completa en este lugar y ahí se casó también. La primera de sus cuatro hijas nació cuando tenía 18 años de edad. Poco tiempo después del fallecimiento de su esposo migraron hacia la ciudad de Hermosillo por recomendación de su hermano menor, quien ya vivía ahí y le consiguió empleo y un terreno en las afueras de la ciudad, mismo que ella terminó de pagar y en donde finalmente construyó su casa.

Trabajó durante más de 20 años en una tortillería y actualmente recibe servicios médicos del IMSS como parte de su jubilación. Su pensión y la renta de cuartos para estudiantes de la UNISON le permiten tener un ingreso de \$5,700 pero además cuenta con el apoyo de sus hijas, nietos y sobrinos. Ella misma apoya a una de sus hijas que tiene problemas de alcoholismo y violencia por los cuales se traslada constantemente con sus hijos a la casa materna. Hace tres años le diagnosticaron cáncer de mama en una clínica cercana a su casa que es una asociación civil que se dedica a la detección oportuna del cáncer de cérvix y de mama. Después de la detección se trató en el hospital de Ontología de la Secretaría de Salud y en el IMSS, en donde le extirparon un seno y a donde ha acudido posteriormente a citas de control con su médico familiar y con especialistas.

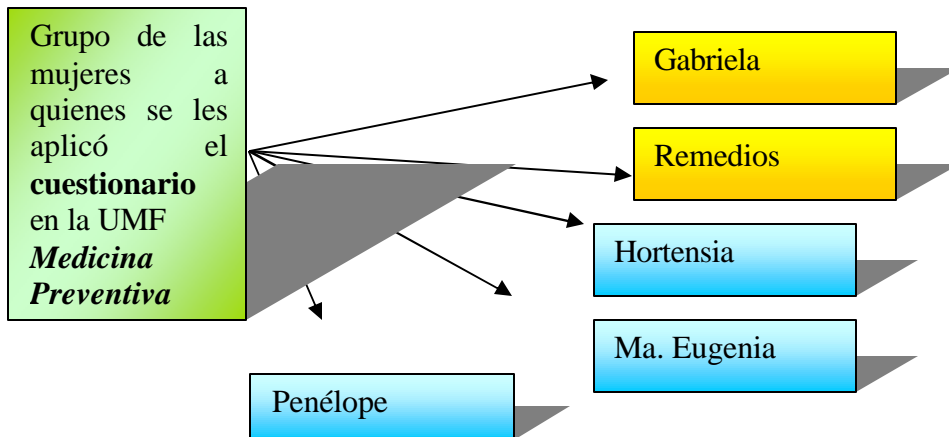
Las redes familiares de Remedios actualmente se conforman por hijos, nietos y sobrinos, pero en diversos momentos contó con el apoyo de su hermano mientras se encontraba en su proceso su migración a la ciudad de Hermosillo, así como durante la búsqueda de vivienda y empleo, gracias al cual logró tener acceso al IMSS y actualmente a su jubilación. Sus redes familiares incluyen a dos sobrinas políticas que trabajan en el IMSS, lo que Remedios considera que le ha permitido contar con

mejores condiciones de atención. Ella también ha contribuido en el cuidado de otros miembros de su familia, incluyendo a su cuñada, quien vivió con ella dos años cuando estaba en silla de ruedas.

Las mujeres entrevistadas tienen en común el haber acudido a las UMF durante el período de estudio, pero como señalamos al describir los criterios de inclusión, a algunas de ellas las contactamos en Medicina Preventiva cuando pidieron que se les tomara la prueba del Papanicolaou y otras en Medicina Familiar.

Las mujeres entrevistadas que contactamos en Medicina Preventiva cuando acudieron a la prueba del Papanicolaou (ver ilustración No. 13) fueron: María Eugenia, Remedios, Hortensia, Penélope y Gabriela. De ellas, a Gabriela y a Remedios las acompañamos durante la prueba.

Ilustración 13. Entrevistadas que acudieron al Papanicolaou

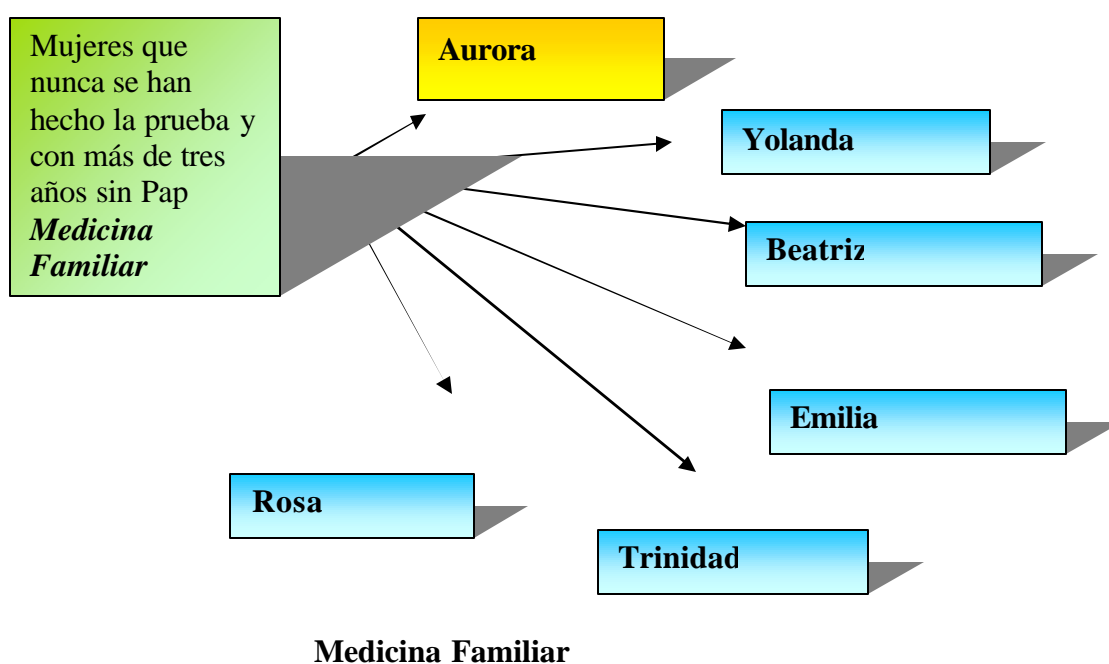


- Mujeres a quienes se les acompañó durante el Pap.
- Mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario pero no fueron acompañadas en el Pap.

Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistadas.

En un segundo grupo incluimos a quienes fueron captadas en Medicina Familiar, con el único criterio de tener lo que denominamos práctica esporádica o nula (ver ilustración No. 14). Entre las mujeres entrevistadas, a quienes localizamos de esta manera fueron a Yolanda, Aurora, Emilia, Beatriz, Trinidad y Rosa. Aurora es a la única de este grupo a quien en otra ocasión en la que acudió a los servicios médicos Medicina Preventiva de la UMF, la acompañamos durante la prueba.

Ilustración 14. Entrevistadas con práctica que acudieron a la UMF al servicio de



Fuente: Elaboración propia a partir de información de las entrevistadas.

Aurora, Yolanda y Emilia fueron localizadas en Medicina Familiar porque nunca se habían realizado una prueba, sin embargo, durante la parte final del trabajo de campo, Aurora acudió a que se le tomara la prueba y la acompañamos durante la misma. Emilia se la realizó por primera vez cuando estábamos en el período de la entrevista.

Si bien el nivel de ingreso de las familias de estas mujeres es entre dos y cinco salarios mínimos, encontramos diferencias en términos de ingreso, condiciones de la vivienda, servicios, y de apoyo de sus redes familiares que clasificaremos en tres grupos: a) las que viven en condiciones económicas más precarias son Yolanda, Aurora, Rosa y Hortensia con los salarios más bajos, las viviendas con más carencias y servicios más precarios; b) las que tienen una situación económica intermedia, con mejores condiciones de vivienda, servicios e ingreso, aunque inestables son Penélope y Beatriz; y c) quienes tienen mejores condiciones en términos de apoyo familiar y/o ingresos, vivienda, servicios e ingresos que son Emilia, Ma. Eugenia, Trinidad y Remedios. Finalmente, los nombres de las mujeres y algunos datos de identificación fueron modificados, no así la edad y la frecuencia del Papanicolaou (ver tabla No. 54).

Tabla 55. Escolaridad de las mujeres entrevistadas en el hogar

Escolaridad	Entrevistadas	Grupo de edad	Frecuencia de su práctica de DOC
Primaria completa	Ma. Eugenia	G2	Regular
	Trinidad	G3	Esporádica
	Remedios	G3	Regular
Secundaria incompleta	Aurora	G3	Nula-Primera vez
	Rosa	G2	Esporádica
Secundaria completa	Yolanda	G1	Nula
	Hortensia	G1	Primera vez
	Beatriz	G1	Esporádica
Preparatoria	Penélope	G1	Regular
	Emilia	G2	Nula-Primera vez
Universidad	Gabriela	G2	Esporádica

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados durante las entrevistas en los hogares a once mujeres 2002.

Las mujeres del G3 estudiaron menos años en general, sólo una del G2 estudió únicamente la primaria y en este grupo se encuentran dos mujeres con escolaridad mayor a la media estatal. En el G1 las integrantes estudiaron hasta secundaria y una de ellas inició la preparatoria.

Finalmente, en la tabla No. 55, ordenamos de mayor a menor ingreso familiar, encontramos que de las tres mujeres a quienes localizamos por no haberse hecho la prueba, dos se encuentran entre quienes perciben los menores ingresos o tienen los salarios menos estables.

Tabla 56. Salarios mínimos y frecuencia de Papanicolaou

Entrevistada	Ingreso familiar: smm*	Frecuencia de práctica a partir del último Papanicolaou
Aurora	2.1	Nula-Primera vez
Rosa	2.5**	Esporádica
Hortensia	2.7	Primera vez
Yolanda	2.3	Nula
Emilia	3.5	Nula-Primera vez
Gabriela	3.7	Esporádica
Beatriz	3.7	Esporádica
María Eugenia	3.8	Regular
Penélope	4.1	Regular
Remedios	4.8	Regular
Trinidad	4.7	Esporádica
*Salarios Mínimos Mensuales (40 pesos m.m. a 9.6 USA).		
** Al perder su empleo el salario familiar se redujo a 2.5 salarios mínimos.		
Fuente: Información de entrevistas, enero a agosto de 2002.		

Entre las informantes, hay diferencias importantes en términos del número de años de acceso al servicio médico del IMSS (ver tabla No. 56). Las mujeres del G1 de edad tienen menos de dos años de vigencia, mientras que en el G2 solamente una de ellas, Emilia, no tenía vigente su derechohabiencia y anteriormente sólo había tenido acceso durante un año por el empleo de su esposo y Aurora en el G3 había tenido un

acceso intermitente Las demás mujeres del G2 y G3 han estado activas en la institución por más de 13 años.

Tabla 57: Tiempo de derechohabienecia en el IMSS

Grupo de edad	Práctica	Entrevistadas	Derechohabienecia IMSS
G1	Regular	Penélope	Menos de 1 año
	Nula	Yolanda	Menos de 2 años
	Primera vez	Hortensia	Menos de 2 años
	Esporádica	Beatriz	Menos de 2 años
G2	Nula-primera vez	Emilia	1 año-No tiene
	Regular	Ma. Eugenia	18 años
	Esporádica	Gabriela	13 años
G3	Esporádica	Trinidad	25 años
	Regular	Remedios	40 años
	Nula-Primera vez	Aurora	1 año - No tiene*

Fuente: Elaboración propia con material de la entrevista.
 *Aurora tenía apenas un año de contar con el servicio del IMSS. Al perder su empleo, perdió el acceso temporalmente porque su hija trabaja en una maquiladora y podría volverla a dar de alta.

Dos de las mujeres del G3 tienen una derechohabienecia constante y prolongada, sin embargo, la tercera (Aurora) ha tenido acceso de manera intermitente y cuando la entrevistamos había perdido el empleo y el IMSS. Al parecer su condición de mujer viuda que entró al mercado laboral sin capacitación previa, a raíz de la muerte de su esposo, con la responsabilidad de mantener a cuatro hijos y sin contar con apoyo familiar para lograrlo, la ubican en una situación más precaria.

Algunas diferencias entre las mujeres entrevistadas que se relacionan en sus argumentos sobre las dificultades para acudir al Papanicolaou son el número y la edad de sus hijos (ver tabla No. 57). En lo de las mujeres del G1, solamente Beatriz tiene más de dos hijos, las demás tienen uno, en el G2, dos de las mujeres tienen más de

dos, mientras que en el G3, las tres mujeres tienen tres o más hijos. (Aurora, Remedios y Trinidad).

Tabla 58: Edad del hijo mayor y menor de las informantes

Grupos de edad	Nombre	Práctica	No. hijos	Edad del mayor	Edad del menor
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	1	18 meses	0
	Hortensia	Primera vez	1	5 meses	0
	Beatriz	Esporádica	3	6 años	1 año
	Penélope	Regular	1	3 años	0
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula-Primera vez	1	2 años	0
	Gabriela	Esporádica	3	10	2
	Rosa	Esporádica	4		
	Ma. Eugenia	Regular	3	18	12
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula-Primera vez	4	22	16
	Trinidad	Esporádica	3	25	22
	Remedios	Regular	4	53	44
Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas semi-estructuradas realizadas de enero a julio de 2002					

Las mujeres que tienen hijos pequeños como Beatriz, Gabriela y Rosa y a) no cuentan con apoyo de sus familias o amistades y/o b) tienen una situación económica precaria son quienes se refieren a la dificultad de modificar sus rutinas por el cuidado de los niños.

En los siguientes apartados describiremos las prácticas de las mujeres y sus representaciones en torno al Papanicolaou, las dificultades que se presentan para acudir a la prueba, los elementos socioculturales vinculados a su sentir en torno a ella, y sus sugerencias para mejorar el servicio. Al final de este tema, analizaremos las

implicaciones de las diferencias respecto al nivel de ingreso, así como la situación de precariedad para la práctica de detección oportuna de cáncer cervical.

Descripción de las Prácticas de Detección Oportuna

En este anexo desarrollaremos, en primer lugar, una breve descripción de la práctica de cada una de las mujeres entrevistadas, para identificar variantes, similitudes y diferencias en torno a su práctica. Para ello organizamos la exposición de acuerdo a la forma en que fueron clasificadas por el tiempo transcurrido desde su último Papanicolaou.

La descripción inicial no pretende profundizar en sus representaciones, antes bien, el objetivo es presentar un panorama general para que el lector tenga un punto de referencia más adelante, cuando se hable de las mujeres en términos de sus representaciones, experiencias y sensaciones relacionadas con la prueba. Es necesario precisar y recordar que entre los criterios de selección de las informantes escogimos la edad y la frecuencia de la práctica, no como variables causales que determinen directamente prácticas o representaciones distintas, sino como forma de incluir diferentes tipos de usuarias del servicio médico que en condiciones de edad y de vida distintas pudieran aportar elementos diversos sobre los apoyos, dificultades u obstáculos con los que se encontraron para su práctica de detección oportuna.

Práctica nula

Agrupamos en esta categoría a quienes localizamos en la UMF y reportaron que nunca se habían hecho la prueba ni en el IMSS ni en otra institución. Localizamos por su práctica nula a Yolanda, Emilia y Aurora, pero es necesario precisar que durante el proceso del trabajo de campo, Emilia y Aurora acudieron a realizarse la prueba del Papanicolaou, por lo que de las tres, al finalizar el verano de 2002, solamente Yolanda no se había hecho la prueba.

Iniciaremos con la descripción de la práctica de detección de Yolanda, quien como sabemos tenía 18 años de edad en el momento en que la contactamos y por lo cual fue ubicada en el G1 de edad. Acudió a la UMF para atender a su hija de un año de edad porque tenía diarrea y calentura. Gracias al apoyo de sus suegros ella no tuvo que acudir por la ficha y obtener un lugar en el consultorio, su familia política fue en

su lugar debido a que su casa se encuentra ubicada más cerca de la UMF. Esa mañana, desde las 5:30, había gente esperando para encontrar lugar en el turno vespertino. Yolanda llegó a tiempo para acudir a la cita en el horario que logró conseguir su suegro y al acercarse con la asistente médica, fue invitada a participar en la investigación que realizamos. Yolanda aprovechó entonces para consultarle a la asistente sobre el dolor que puede generar la prueba. El diálogo entre la asistente y Yolanda ilustra la importancia de la relación entre este personal paramédico y las usuarias en términos de promoción del Programa.

Estuve platicando con la asistente del doctor y ya me dijo que, como yo que estoy tan joven que no dolía tanto que más bien dolía a las personas ya mayores, que pues no tienen relaciones sexuales me dijo, que tienen reseco ahí y que como son unos tubitos que te abren, que te ponen ahí, que te meten ahí, que por eso, que por eso a veces dolía, pero que yo no tuviera tanto, miedo pues, que no me diera miedo que me chocaran, me dijo, si quieres puedes platicar ahí con la enfermera. Sí fui y me preguntó la enfermera que cuánto tiempo tenía de haber reglado, le dije que apenas en esos días iba a reglar y ya me dijo: “Pues ya que regles...” me dijo: “8 días después, 8 días después de habérselo quitado la regla y 48 horas sin tener relación”. Fue lo que me dijo, pues sí, y sí le dije: “Está bien”, le dije yo (Yolanda).

Dos meses después, Yolanda no había ido a hacerse la prueba y posteriormente tuvo la noticia de un embarazo inesperado, así que recibió la indicación médica de no acudir al Papanicolaou hasta el término del mismo. Antes de saber si estaba embarazada, ella explicó su falta de práctica por “desidia”, relacionada con las sensaciones de malestar provocadas por el embarazo, pero además valoró que la práctica de detección no era urgente, podría ser una inversión de mucho tiempo porque los servicios médicos del IMSS por lo general “son muy lentos”. Describió al Papanicolaou como una práctica que la inquieta, que le genera temor por el dolor que pudiera implicar y por la vergüenza, pero sobre todo, se le presentaron otras prioridades y urgencias que resolver: durante ese mes su padre llevó la noticia de que sería necesario que ella y su esposo ocuparan un terreno que tenían apartado en una invasión en el noroeste de la ciudad, un lugar en donde no se tendrían los servicios básicos, y además se requería que en poco tiempo logran construir una vivienda con

material precario. De no hacerlo, no podrían conservar el terreno que habían cuidado para ella y su familia.

En el entorno familiar de Yolanda, las mujeres (su mamá y su suegra) nunca han acudido a hacerse la prueba. Después de que Yolanda habló con la asistente médica en la UMF, comentó con su madre y su suegra sobre la importancia de la misma, pero no las pudo convencer.

Yo le digo a ella (a su mamá) que vaya, pero no se la ha hecho nunca, es muy terca (se ríe) por ejemplo a mi suegra también le pregunto que si se la ha hecho y que tampoco, mi mamá dice que ¿por qué? dice que antes no se usaba nada de eso y que no. Pero ahora sí le digo, y ella ahorita está enferma de diabetes pues, a mi suegra sí le digo, pero mi mamá no quiere, yo creo que le da vergüenza (Yolanda).

Yolanda considera que una vez que tenga a su bebé podrá encontrar el tiempo para tomarse la muestra. A raíz del programa de televisión “Mujer, casos de la vida real” (que vio en dos ocasiones) le parece que es necesario no dejar pasar más tiempo sin acudir, sin embargo le parece más difícil convencer a su mamá y a su suegra para que vayan a hacer lo mismo porque considera que a las personas mayores les es más difícil cambiar su manera de ver las cosas, y porque es una práctica que les genera vergüenza y a la que no le ven del todo la utilidad.

Práctica nula-primera vez

Las mujeres que contactamos con una práctica nula, pero se hicieron por primera ocasión la prueba fueron Emilia y Aurora. La primera durante el tiempo en el que transcurrieron las entrevistas, durante la parte final, acudió al MSS para que le tomaran la muestra y la segunda antes de que iniciáramos las entrevistas en los hogares.

A pesar de la mala opinión sobre el servicio médico del IMSS, Emilia escogió este lugar para realizarse la prueba por primera ocasión porque su cuñada, quien es enfermera en el Instituto, le sugirió la atención de una de las enfermeras de la

UMF“b” y a ello se agregó que le “dio confianza” el que se estuviera realizando una investigación en ese lugar.

Pero además, lo anterior se sumó a la insistencia previa de otra de sus cuñadas para que acudiera a la prueba, debido a su experiencia reciente de perder la matriz porque le detectaron cáncer en su primer Papanicolaou. Las experiencias familiares impactan sobre las prácticas en mayor o menor medida, en el caso de Emilia fue una de las razones que la hicieron decidirse finalmente a acudir a su primera prueba.

Cuando la entrevistamos por primera ocasión, había pasado apenas un mes desde la operación de su cuñada y había estado en comunicación cercana con ella y su hermano. Uno de los temas que le preocuparon respecto a la prueba fueron las posibles implicaciones de tener que verse sujeta a una histerectomía y con ello a no tener más hijos. Por su condición de divorciada, esto tiene implicaciones en sus expectativas de formar una nueva familia en términos de lo que considera que es posible y deseable en una relación de pareja. Pero además, Emilia considera que la enfermedad es un problema de personas mayores de 40 años de edad, lo que le hace postergar su visita a la Detección Oportuna.

En sus narrativas previas a la prueba encontramos dos elementos con los que explica sus reservas para acudir: a) el temor a una histerectomía y el consiguiente cambio en el deseo sexual y/o los problemas que conlleva en términos de la viabilidad de formar una nueva familia; y b) el considerar que es una enfermedad de mujeres de mayor edad que la que tiene.

Mi hermano apoyó a mi cuñada cuando le quitaron la matriz. Le decía que eso que hablan de que ya no le iba a servir como mujer no era cierto, que no estaba enferma y que no se sintiera como si no sirviera, porque para él sí servía y que no se preocupara. La animaba cuando se deprimía y la abrazaba, yo lo admiro mucho, con él tengo mucha confianza, es cierto que querían tener otro hijo, pero ya tienen tres y él siempre la apoyó... Un día ella me dijo: “¿Ya te hiciste el Papanicolaou? y le dije que no. “¡Felicidades!” me dijo como burla cínica, “¡Felicidades! Porque te estás buscando que te pase lo que me pasó, yo tampoco me lo hacía, lo iba dejando pasar y ya vez que ya no puedo tener hijos, y tú estás joven y puedes tener más hijos...” Eso pienso, es cierto, yo sí quisiera volver a encontrarme a alguien y ¿quién me va a querer si no puedo ya tener hijos? Porque, yo se lo diría, no se lo ocultaría y si me quiere así, está bien pero si no, que es lo más probable, porque así es, ni

modo, no se lo ocultaría, pero ¿quién te va a querer así? Por eso me lo quiero ir a hacer, pero digo y digo y no he ido (Emilia).

Una vez que se decidió a acudir a su primera prueba, le solicitó a la enfermera que le revisara también el dispositivo y la describió como una prueba incómoda porque le generaba vergüenza. Sin embargo, después de su experiencia, Emilia describe que “no es para tanto” y señaló que en adelante podría acudir con mayor facilidad. Cuando la localizamos todavía no había ido por sus resultados, pero estaba tranquila “porque no me han hablado”. Lo que en términos generales interpreta como “no tengo nada”.

La primera vez que Aurora escuchó hablar del Papanicolaou fue en un Centro de Salud, recién había enviudado y acudió para solicitar una carta de buena salud, entonces una enfermera le insistió que se hiciera la prueba, ella se negó principalmente por la vergüenza a mostrar su cuerpo y porque no sabía en qué consistía.

Cuando muy recién viuda yo, fui a, fui a hacerme un examen, precisamente para buscar trabajo y aquí por la (calle) 12 de octubre está un módulo y fui ahí, como Centro de Salud, y este, y me dijo una enfermera: “¿Quiere que le hagamos el Papanicolaou?”, “No”, le dije, “porque, porque ¡ay! le dije no me bañe”. “No le hace, así”. “¡Ay, pero es que me acaba de bajar!” “No le hace, me dijo, así”. “No”, le dije, “a la otra mejor”. Pero es que yo no estaba preparada para eso, porque pues me daba vergüenza, y ahí era enfermera la que me dijo: “Pues venga”, me dijo, “venga luego”. Y no, jamás, y eso hace 10 años, fue la primera vez que yo escuché, antes nunca, casada con mi esposo... con el cuento de que yo era nomás aquí en la casa, si salía, salía con él, como no me enfermaba pues, tampoco, no, no iba con el doctor, tampoco eso, ni nadie me decía mucho menos él, no tampoco. Después sí, platiqué con mis vecinas y mis compañeras de trabajo (Aurora).

En un segundo momento, los integrantes de sus redes familiares y vecinales le insistían que acudiera porque vivieron la experiencia de una persona de la familia que tuvo cáncer y quistes en el ovario, como parte de la representación de los riesgos del cáncer se encontraba el no tener relaciones sexuales. Lo anterior incrementó en

Aurora el temor de tener algún problema serio pero mientras no tuvo síntomas que le alarmaran, ella señala que valoraba más no enterarse en caso de tener algún problema.

Por ejemplo, mis compañeras de trabajo, mis vecinas, así siempre me decían: “Vete a hacer la prueba del cáncer ¡Dios guarde tienes cáncer!” Y yo pues menos, pensaba que de saber me moría más pronto y no sabía cómo era, de qué manera la hacían, sino, pues muchos me decían: “¡Ay, que es muy doloroso”, y otras me decían: “No, es no se siente nada”, y en realidad es que no se siente nada (Aurora).

Aurora acudió al Papanicolaou hasta que tuvo que ser internada de emergencia por anemia y sangrados irregulares, le hicieron un legrado y la enviaron a que se hiciera la prueba. Dos meses después no había recogido sus resultados ni acudido de nuevo con el médico familiar -quien la había citado para revisión después del legrado- porque perdió la derechohabencia y renunció a su trabajo, de manera que pensaba que ya no era posible ir por ellos si no estaba dada de alta. A eso se sumaban preocupaciones prioritarias como buscar empleo o iniciar su pequeño negocio, y la salud de su hija.

En resumen, la práctica del Papanicolaou de Aurora inició después de los 45 años de edad, la localizamos en la UMF a través de la asistente médica quien la atendió cuando solicitaba acceso a la consulta médica debido a que se había sentido mal en el trabajo (desvanecimientos y dolores de cabeza). Esa ocasión Aurora tuvo que acudir con el director para lograr la atención médica porque había llegado cuando ya no había lugar en su consultorio. Cuando la revisaron, la internaron para hacerle una transfusión sanguínea debido a los sangrados intermenstruales que había presentado durante un período prolongado de tiempo y para realizarle un legrado que pudiera aminorar esta sintomatología.

Una semana después del legrado, acudió al servicio de detección oportuna porque el médico familiar le solicitó que se realizara la prueba del Papanicolaou antes de volver a consulta, lo que llevó a cabo antes de que la contactáramos para las entrevistas en su hogar, cuando todavía nos encontrábamos en la UMF realizando el trabajo de campo. Aurora nos permitió observar el Papanicolaou y durante el mismo

señaló que iba porque le acababan de hacer una biopsia y el médico le solicitó este examen para determinar, con ambos resultados, el tratamiento posterior.

La práctica de Aurora se vincula directamente a la sintomatología previa y a la emergencia que la llevó a ser hospitalizada. No fue sino hasta este momento que se consideró enferma y en riesgo de tener “algo serio”. Este tipo de prácticas que se basan más en la sintomatología y la emergencia en edades mayores a los 40 años, son las más preocupantes porque los procesos precancerosos o cancerosos pueden haber avanzado durante la etapa previa en la que no se llevó a cabo la prueba y la detección puede no ser oportuna. Pero el agravante de su caso es que después de dos meses no había acudido por sus resultados porque había perdido la derechohabencia, y no se acercó a solicitarlos al pensar que ya no era posible; pero además porque confiaba en que de haber tenido algún resultado el IMSS la habría localizado en su hogar.

Primera vez

Entre las mujeres que acudieron por primera ocasión la más joven es Hortensia, para quien el apoyo de sus redes familiares (su madre y su esposo) fue muy importante para acudir por primera ocasión a hacerse la prueba. Aunque cabe señalar que en el momento del parto, personal de enfermería reforzó la noción de la importancia de la prueba al recordarle que tendría que acudir pasados tres meses después de ese momento. Fue su madre quien le dio información la primera vez y además, los días previos a la prueba, le describió el procedimiento “para que supiera a qué iba” y la apoyó en el cuidado de su hija. De manera que mientras Hortensia estaba dentro del consultorio de Medicina Preventiva, su madre estaba con su hija en la sala de espera aguardando a que saliera. Por otro lado, su esposo le recordó las fechas en que tendría que acudir a la prueba en los meses posteriores del parto.

Hortensia no aceptó que la investigadora observara directamente la toma, aunque sí su compañía durante el interrogatorio, que es la primera parte de la misma, así como la permanencia al interior del consultorio pero fuera de la cortina que separaba el escritorio de la mesa de exploración. Cuando ya se encontraba al interior del espacio donde se toma el Papanicolaou, la enfermera se dio cuenta de que no tenía algunos de los instrumentos indispensables así que le dijo que tendría que esperarla

un momento mientras iba por ellos. Durante la entrevista, Hortensia describió la atención de la enfermera como “muy buena” y recordó que ella le explicó lo que hacía, pero no le gustó que no preparara su material, ni el tiempo que tardó en traerlo, lo que incrementó su nerviosismo porque pensaba que tal vez tendría que irse si su hija lloraba.

Sí. Muy, muy a gusto, muy, muy, muy, porque por ejemplo yo sí sabía qué iban a hacer, en qué posición me iba a poner y todo. Me acuerdo que prenden una lámpara, que te observan siempre, al momento de sacarte el pedacito de matriz le digo. Se sentó la enfermera y me explicó que iba a meter un espejo y no me dolió, sí molesta pero no duele. Lo que sí me dijo que era de plástico transparente, yo, o sea, bien en sí la figura no sé, pero sí veía que era de plástico transparente y que estaba, que es único pues lo usan una vez es desechable... Solamente un ratito, yo más que nada estaba pensando cuando fueron por los cepillos, pues ojalá que los traigan luego, porque si no a ver si no da lata mi niña afuera con mi mamá (ríe), era lo que estaba a ver si no llora, dije, porque estaba más chiquita pues, hace pues ya 3 meses, apenas tenía tres y era lo que pensaba ¡ah! pues si no, me voy a tener que ir, decía yo, ¿qué hago?, así pensaba (Hortensia).

El contar con información previa sobre el procedimiento le dio tranquilidad durante su primera prueba, por otro lado, la enfermera le explicó con mayor detenimiento lo que estaba haciendo cuando supo que era su primera vez, sobre todo porque sabía que no había pasado por la experiencia de un parto vaginal y porque su apariencia es de una mujer más joven. Observamos que las mujeres con esta característica recibían explicaciones más detalladas por parte del personal de enfermería

Esporádica

Las mujeres con práctica esporádica son Beatriz, Gabriela y Rosa. En el G1, clasificamos a Beatriz con una práctica esporádica porque en el momento en que la contactamos habían transcurrido más de cinco años desde la primera ocasión en que se había hecho la prueba. La contactamos cuando acudió a la UMF a solicitar que la

dieran de alta en la institución nuevamente debido a que su esposo recién había entrado a trabajar en una empresa de transporte de mercancías.

Desde su primer parto en el IMSS, Beatriz decidió solicitar que le pusieran el dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, pero no acudió al IMSS porque que le quedaba más cercano el Centro de Salud. Ahí, el médico le indicó que se hiciera el Papanicolaou como requisito para poder colocarle el dispositivo.

La primera vez que me lo hice me pasaron al cuarto y me dijeron que me quitara la ropa, luego dijeron que me pusiera como si fuera a tener un bebé. Metieron algo como una pinza y sentí como que la abrieron. La verdad se siente una molestia, por las pincitas, no dolor. No las ví bien, pero no eran de fierro... la verdad da mucha vergüenza, es un ratito, es más rápido y es por uno, pero así es, más si te lo toma un hombre, no me importa que sea médico o enfermera, sino que sea mujer (Beatriz).

Cuando fue a recoger sus resultados “mi principal temor era tener cáncer y morir dejando a mis hijos pequeños”. Beatriz describió como dificultades en su práctica el hecho de estar embarazada, los cuidados que requieren los hijos -sobre todo durante su primer año- y posteriormente el cuidado de los tres porque no cuenta con apoyo de su familia para dejarlos con alguien de su confianza, o para trasladarse al Centro de Salud a hacerse la prueba.

En este mismo grupo de mujeres con prácticas esporádicas se encuentra Gabriela, quien también forma parte de las mujeres del G2 con 37 años de edad. En su narrativa encontramos que explica el alargamiento del período entre la prueba anterior y la actual debido al embarazo de su tercer hijo, y a que su médico le sugirió aplazarla para después del parto. Sin embargo, Gabriela dejó transcurrir dos años desde el nacimiento de su hijo y no volvió a plantearse la posibilidad de ir.

No lo consideró prioritario hasta que presentó sintomatología que la llevó a buscar la atención médica en la UMF. Debido a un retraso menstrual, su médico familiar señaló que podía relacionarse con un embarazo y de no ser así con cáncer en la matriz, por lo que le pidió que se hiciera pruebas de laboratorio. Una vez

descartada la primera opción, consultó a un especialista fuera del IMSS y luego acudió a la prueba del Papanicolaou en la UMF.

El mismo día que su médico familiar le dio las dos opciones de diagnóstico, Gabriela se acercó a preguntar en el consultorio de Medicina Preventiva qué se necesitaba para que le hicieran la prueba. La enfermera señaló los siguientes requisitos:

Me pidieron 48 horas sin relaciones sexuales, pero con mi marido no tengo problema. Él me dijo que me hiciera el Pap, estábamos así, (sin relaciones) yo creo que el presentía algo. Me dijeron que tardara 8 días (después de la regla) entonces, de que se me terminara 8 días lo que es reglamentario para hacérsela, entonces, pues sí ya no tuve desecho ni nada ya fue cuando me presenté (Gabriela).

Cuando pasaron ocho días después de su menstruación, Gabriela acudió nuevamente a la UMF para solicitar que le hicieran el Papanicolaou. Durante la entrevista inicial, la enfermera en turno le preguntó si cumplía con todos los requisitos, a lo que Gabriela contestó que iba preparada de acuerdo a la información que le habían dado anteriormente. Era un día en el que había una mayor solicitud de servicios médicos que lo normal en Medicina Preventiva, debido a que se estaba llevando a cabo la campaña de vacunación. La enfermera interrogó a Gabriela y le insistió en que debía cubrir la fecha de su última menstruación, y sin dedicar tiempo a escuchar su respuesta le insistió nuevamente si estaba segura porque según sus cuentas todavía no transcurrían los siete días “reglamentarios”. Utilizando el mismo calendario que la enfermera tenía sobre el escritorio, Gabriela afirmó que sí tenía el tiempo solicitado y la enfermera, no muy convencida de tomar la muestra ante la cantidad de personas en la fila para vacunación, terminó de llenar el formato y le pidió que pasara al espacio donde se tomaba la muestra. Durante la prueba no hubo diálogos de distracción que en ocasiones utilizan las enfermeras, sino que de manera abrupta la enfermera le enseñó el cepillito con rastros de sangrado y le dijo: “Me echaste mentiras, aquí tienes sangre y quién sabe si vaya a servir”. Gabriela describió el Papanicolaou de la siguiente forma:

Me molestó cuando me puso el espejito, la pinza esa que pone, la vi como una cosa chica de vidrio la primera vez, deberían de hacer pláticas de cómo es eso... La atención me pareció buena, nada más el detalle que ella dijo que le estaba diciendo mentiras y no era así, luego me dijo mi hermana que a lo mejor lo del sangrado era porque me había tardado mucho tiempo en venir la regla y que debí haber esperado más días de los que me dijeron, pero no me gustó que me dijera que eran mentiras (Gabriela).

Adicionalmente, Gabriela había acudido con un médico especialista en el servicio privado, a quien contactó a través de sus redes familiares, específicamente de su hermana enfermera que trabaja en el Instituto, con la finalidad de buscar una opinión “especializada”. Durante la consulta, el médico señaló que sería necesario explorar varias opciones y precisó que el cáncer no era la única y diagnosticó un posible “crecimiento de la matriz” que de resultar la causa de sus cambios menstruales no tendría que tratar, a menos que le causara problemas más serios en un futuro. Gabriela señaló que: “(el doctor) me regañó por haber dejado pasar tanto tiempo sin hacerme la prueba y me pidió que fuera”.

Cuando se tomó la prueba, ya estaba más tranquila porque el médico especialista le había dado otras opciones de diagnóstico y porque finalmente su retraso menstrual cesó. Una de las dificultades a las que hizo alusión para acudir fue el cuidado de sus hijos pequeños, y la necesidad de dedicar todo el día a ello porque implicaba salir temprano de su hogar, ir a casa de su suegra y dejar ahí a los hijos mientras acudía a la UMF, y posteriormente regresar y esperar a su esposo hasta las seis de la tarde, hora a la que termina su jornada laboral.

Con la misma clasificación de práctica esporádica y en el mismo grupo de edad que Gabriela, contactamos a Rosa, quien cuatro años atrás se hizo la prueba en un Hospital de la Secretaría de Salud, siguiendo la recomendación materna ante el diagnóstico de una úlcera en su cuello detectada en una revisión ginecológica. En algunas narrativas de las entrevistadas, la noción de úlceras se relaciona con un mayor riesgo de tener cáncer de acuerdo con la representación de la misma enfermedad. En esas fechas Rosa no tenía acceso al Seguro y además estaba más

familiarizada con el servicio médico de la Secretaría de Salud en el Hospital Infantil del Estado, a donde acudió en sus primeros tres embarazos, y donde fue a que le hicieran la prueba.

Porque mmm, porque me dijeron aquí, mi amá principalmente: “Que háganse la prueba que no se dejen, que ¡Dios guarde!, que un cáncer, que esas cosas no se dejan”, y como traigo el dispositivo, todas mis hermanas, y que dicen. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y no gracias a Dios no fue nada malo, quedó todo bien, seguí yendo con el Ginecólogo, allí en el Centro de Salud, en el Sahuaro, y me dijo que estaba muy bien, que estaba bien. Siempre da miedo, ¿no? siempre da miedo y pena (Rosa).

La enfermera que le tomó los datos en el Centro de Salud indicó que en caso de que hubiera algún resultado positivo le llamarían, pero le señaló que era importante que fuera por ellos de cualquier manera. A diferencia de otras mujeres entrevistadas como Aurora, Emilia, Penélope y Hortensia, Rosa sí acudió por sus resultados, aunque compartía la confianza en la institución de que en caso de presentar algún resultado de cuidado la hubieran buscado.

Pues da vergüenza (ríe y continúa hablando) pero bien, salí bien, porque me dijeron te vamos a hablar en caso de que algo saliera mal ¿no?, pero no, salí muy bien, yo fui y averigüé, porque me dijeron. Si te hubiera salido una infección o algo se te habla. Y no, no para nada me hablaron (Rosa).

Una de las dificultades que encuentra en el servicio médico es el tiempo de espera del resultado, por lo que en el momento de la entrevista consideró como una mejor opción una clínica perteneciente al municipio que está situada a una cuadra de su casa, en donde “atienden solamente a mujeres”, hecho que le genera mayor confianza. Sin embargo, los días posteriores perdió el empleo y el Papanicolaou quedó nuevamente en un segundo plano ante la emergencia de encontrar trabajo y complementar el salario de su pareja para el sostén de sus cuatro hijos, a la par de su cambio de residencia.

Finalmente, como parte de las mujeres con práctica de Papanicolaou esporádica tenemos a Trinidad, de 57 años de edad. Hace más de once presentó sangrados intermenstruales abundantes por los que buscó atención en el IMSS; su médico familiar le pidió que se hiciera la prueba del Papanicolaou. Trinidad señala que “no me explicaron ni pregunté” el porqué era importante hacerse la prueba, simplemente se lo pidieron “como un deber, así son los doctores pues, siempre como un deber lo ordenan como deber”. Trinidad ya no recordaba bien cómo fue su experiencia, “como siempre, le da a uno pudor”. Pero sí recuerda que no sabía cómo era el procedimiento.

No sabía, eso es lo que siempre digo yo. ¿Por qué no le dicen: le van a hacer esto, esto y esto, cuando le dicen a uno del Papanicolaou? No sabía de qué se trataba. ¿Por qué no le dirán a uno lo que le van a hacer?, pues para ir ya preparada, digo, para no tener temor porque siempre uno le tiene temor a lo desconocido, y esa era casi la experiencia, y no molestia, ni dolor nada (Trinidad).

Cuando el médico la mandó a hacerse la prueba, Trinidad narró que se sintió muy nerviosa, tenía poco más de cuarenta años cuando le vinieron esos sangrados y temía que el resultado tuviera que ver con cáncer. Antes de tener esos síntomas, no pensaba en la posibilidad de estar enferma: “Cuando uno es joven ni piensa en estas cosas”. Buscó atención médica hasta que se le presentaron porque señala que antes, fuera de los embarazos, su asistencia al médico para atenderse alguna enfermedad había sido muy rara, iba a los servicios médicos más para atender a sus hijos que para atenderse a ella misma.

Cuando se hizo la prueba, no acudió al IMSS porque no confía en la institución. No conoce el espacio donde se toma la muestra pero teme que ahí los instrumentos no estén limpios, tampoco le da confianza que las personas que toman la muestra en ocasiones no sean mujeres. Empezó a hacerse la prueba del Papanicolaou en una organización no gubernamental, la George Papanicolaou, y en el Centro de Salud que le quedaba más cercano. Unos años antes, asistió a pláticas informativas sobre el Papanicolaou y el cáncer que ofrecieron en el Hospital General. La idea era formar promotoras de salud que difundieran entre sus amistades y vecinas la información sobre la detección oportuna de cáncer, y de hecho, ella les recomienda a

sus pacientes que acudan a la prueba, pero “no lo practico” ni está segura si después de haber sido operada lo necesita.

A partir de que iniciaron sus sangrados, recuerda que se hizo la prueba del Papanicolaou en cinco ocasiones en dos años y medio, siempre dejando pasar seis meses entre cada una. Los tratamientos que le daba el médico familiar del IMSS no daban resultado y por entonces, un médico del trabajo de su esposo le aconsejó que fuera con un ginecólogo particular. Le hizo caso y le hicieron estudios que finalmente la llevaron a que le quitaran la matriz.

Trinidad no recuerda la explicación que le dieron, ella piensa que tenía que ver con la cicatrización y el proceso infeccioso de su segundo embarazo. Le hicieron una biopsia y durante la operación participó un médico oncólogo, pero al ser médico de confianza de su esposo no pidieron más información sobre el diagnóstico, bastaba que el médico indicara la necesidad de la histerectomía.

Después de haber pasado diez años desde la realización de su último Papanicolaou, ha escuchado información contradictoria sobre si tiene o no que hacerse la prueba. La operación se llevó a cabo en un hospital de la Secretaría de Salud, donde su costo fue más económico y donde trabajaba el médico que la atendía de manera particular.

El médico no me dijo. Es que antes era menos la comunicación, pero me hubieran dicho las indicaciones. Pero ahora ya no es igual, ahora sí pregunto, le pregunto ahora: “¿Bueno, y ahora qué sigue doctor?” (Trinidad)

Durante la entrevista, Trinidad se refirió continuamente a la vergüenza de ir a la prueba, al deseo de no acudir a la misma y a la falta de información y de claridad por las contradicciones en las indicaciones médicas sobre si la requiere o no.

Regular

Las mujeres con práctica “regular” son Penélope, María Eugenia y Remedios, comprende a tres mujeres que acudieron en el transcurso de uno a tres años después del último Papanicolaou. Entre ellas, Penélope, de 20 años de edad, fue después de un

año de su primer Papanicolaou a la UMF “a”. En la maquiladora donde labora le habían dado un pase para acudir a las ocho de la mañana a la prueba, sin embargo, cuando se acercó al consultorio de Medicina Preventiva, se enteró de que no había citas para la toma de la muestra y que por lo general las tomas inician de nueve de la mañana en adelante, de manera que tendría que esperar su turno entre quienes estaban haciendo fila para vacunación y para otros programas. Penélope tuvo que volver a su trabajo sin haber logrado que le hicieran la prueba y ya con la información, obtuvo un nuevo permiso para el día siguiente.

Para mujeres como Penélope, los lugares de trabajo, además de proveer el acceso a la derechohabencia, les permiten socializar y obtener información sobre procesos de salud/enfermedad/atención a través de la convivencia con otras compañeras y por los servicios médicos que se proporcionan en los mismos centros de trabajo. En la maquiladora, Penélope conoció a compañeras con problemas de infecciones, displasias y cáncer en la matriz que le hicieron reflexionar sobre la importancia de la prueba. También en este lugar hay una enfermera y una trabajadora social que llevan información sobre algunos programas prioritarios, entre ellos el de cáncer cervical.

Si no la cuidas se hace cáncer, las displasias son infecciones, que si se descuidan crecen se hacen cáncer, pero que se pueden curar si uno las trata a tiempo... O sea, son infecciones y es una infección muy fuerte ¿qué no? Si no te las cuidas y las dejas avanzar te pueden llevar al cáncer (Penélope).

Antes de que fuera la primera vez al Papanicolaou, sus amigas le explicaron cómo era el procedimiento, lo que considera que le ayudó porque “ya sabía a lo que iba”. Le describieron la postura en la que debía ponerse, le dijeron que le pondrían un aparato, lo abrirían y le tomarían una muestra. Penélope considera que no hay motivos para avergonzarse del cuerpo y que es una prueba con la que se cuida para evitar el cáncer.

Pues, a mí se me hace bien, o sea, a mí me atendieron bien. No sé cómo trabajan pero si que hubiera más, o sea, que no fuera una sola persona que estuviera, que hubiera más, o sea, más gente para que, que no fuera una sola

persona la que entrara sino que fueran, de a muchas pues, como tres para que saliera más rápido cuando hay mucha gentes así pues, más cubículos o no sé ¿cómo se llaman?... Sí pues porque si vez mucha gente te agarras de eso, de que hay mucha gente así pues y no te la haces... Sí había bata, pero eso me estaba diciendo la muchacha que no siempre había. Sí, o sea, que las ocupan o algo, lo que sí pediría además de que hubiera más personas haciéndola, que toman la prueba, o sea, que se entregaran más rápido los resultados, que fuera antes, como en la George (Penélope).

Durante la entrevista antes y después del Papanicolaou repitió en varias ocasiones que la prueba no le provoca vergüenza, pero que esto no era igual con mujeres de mayor edad como su madre, porque considera que “las mujeres que tienen más edad les cuesta más trabajo acudir a hacerse la prueba porque les da pena”, mientras que en su caso, piensa que “el sexo y el cuerpo no deben ser motivos para avergonzarnos”. Sin embargo, con su familia habla poco de estos temas y enfatiza que quiere cambiar estas prácticas de silencio con sus hijos y comunicarse con ellos como nunca lo hicieron con ella.

No platicamos de nada de eso, a mí me da vergüenza con mi familia, con mis familiares, ni con mi hermana platico, pero ir a la prueba, pues a mí no me da vergüenza, a mis amigas les da vergüenza, porque muchas no quieren, les da vergüenza, les da miedo, a las de mi edad menos, pero más grandes, pues ya cinco años más grandes que yo así a las más grandes les da más... Será que antes no hablaban de eso, ni en casa ni en la escuela, o que tengan algo que les dé pena como que estén gorditas o sean viejitas, pero a mí no me da pena, no sé luego, yo creo que no. (Penélope).

Uno de los elementos que considera que juega un papel importante en la manera diferente de ver el cuerpo y la sexualidad entre ella y su mamá es la educación que recibió en la escuela, ya que durante la misma cursaron materias y les llevaron pláticas de personal docente y de salud en las que se les habló de planificación familiar, de reproducción y del aparato reproductor femenino. Si bien durante estas sesiones los hombres eran los que preguntaban más, Penélope considera que es una gran diferencia respecto de las mujeres de la generación de su mamá, quienes tienen más dificultades para expresarse y para ver su cuerpo. Como lo vive en

su familia, Penélope es la hija mayor y la única que ha tenido hijos, su madre no se hace la prueba de manera regular, o al menos no lo comenta con ella.

Entre las mujeres del G2 clasificamos la práctica de María Eugenia como regular porque cuando la contactamos al ir a hacerse la prueba señaló que en la última ocasión había ocurrido en un período menor de un año. Durante la entrevista, nos percatamos de que había acudido varias ocasiones en el transcurso de un año para dar seguimiento a un proceso infeccioso.

La primera ocasión en la que María Eugenia se hizo el Papanicolaou, tenía treinta años de edad. Acudió a lo que era el Hospital Materno de la Secretaría de Salud, porque así se lo recomendó el médico que la atendió en la consulta a la que fue “porque tenía, mucha comezón en mis partes”. A partir de entonces ha ido cada año a hacerse la prueba, además de acudir a Centros de Salud de la Secretaría o al Hospital Infantil del Estado; también ha ido a la Asociación Civil “Dora Alicia Mazón”, un patronato para la atención de usuarias que en 2002 cobraba aproximadamente ochenta pesos por el servicio del Papanicolaou y la prueba de mama. “Pero ahí lo más importante es la prueba del cáncer”.

María Eugenia acudía más frecuentemente al Materno para que le revisaran el dispositivo y en el mismo consultorio le recordaban que podía hacerse la prueba si quería. Al mismo tiempo, por eso no dejaba pasar la fecha, cada seis meses iba a revisión, y cada año o cuando mucho dos, se hacía el Papanicolaou de manera que “a veces era una cosa y a veces eran las dos”.

En el IMSS, su médico familiar le solicitó que se hiciera la prueba y como coincidió con el cambio de ubicación del Materno, prefiere hacérsela en este instituto. La contactamos para la investigación cuando estaba esperando su turno para entrar a la prueba en la UMF. Ese día comentó que estaba preocupada porque hacía ocho meses que le habían diagnosticado una infección que hasta entonces había disminuido pero no cedido completamente. Después de la primera consulta y del Papanicolaou, esperó un mes para ver sus resultados, los recogió y los llevó con su médico familiar, quien en palabras de María Eugenia, al verlos dijo:

“Trae mucha infección, pero todavía no trae cáncer”. Eso me alarmó, esas palabras me alarmaron... no le pregunté qué quería decir, pero al decir que todavía no es cáncer pensé que si no se me quitaba la infección, me podía enfermar pronto (Ma. Eugenia).

En el IMSS, la paciente no se queda con los resultados, sino que son anexados a su expediente clínico, de manera que no pudimos verlos. Ella describió que en el papel había una serie de cruces que indicaban que había “una infección fuerte”, y que el médico le explicó que tenían que disminuir esas crucecitas. En la hoja de resultados las cruces se refieren al proceso inflamatorio que presenta la paciente. El doctor le recetó “unos óvulos” y que se volviera a hacer la prueba. Los siguientes días no podía dormir, a los dos meses se volvió a hacer la prueba y el mes que esperó los resultados estuvo muy inquieta. Cuando finalmente los recibió el médico le dijo que “no había mejoría”, no era su médico familiar porque estaba de permiso y la atendió otro que le recetó un tratamiento para ella y su esposo (Metronidazol),¹⁹ esto con base en los resultados del Papanicolaou y los síntomas descritos por ella (prurito y desecho oloroso).

María Eugenia afirmó que ella se lo había tomado, pero no su esposo, quien se va muy temprano a trabajar y no desayuna en casa. Él argumentaba que para no tomarse la medicina con el estómago vacío, se lo llevaría al trabajo pues ahí desayuna, pero siempre lo olvidaba. Dentro de los cuidados a la familia en el hogar que corresponden a la mujer, María Eugenia describe que ella es la responsable de administrar los medicamentos, respecto a su marido señala: “Si no le recuerdo, o se lo doy de plano, no se lo toma”. De manera que su esposo no terminó el tratamiento médico.

Ma. Eugenia dejó transcurrir dos meses y se volvió a hacer la prueba. El resultado mostraba que el proceso infeccioso continuaba aunque los síntomas habían disminuido. Cuando la contactamos era la tercera ocasión que se tomaba el Papanicolaou por este motivo. A finales de enero de 2002 acudió a la prueba cuando la localizamos, en esa ocasión la enfermera la había tranquilizado porque durante la

¹⁹ De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, solamente en el caso de la identificación de trichomonas se justifica el dar este tratamiento a la paciente y su pareja.

prueba le dijo que aparentemente “se veía limpiecito ahí”. La primera entrevista la tuvimos en marzo de 2002 y no había acudido a recoger los resultados.

La explicación que dio María Eugenia para no ir por ellos es que en una ocasión que fue al IMSS le dijeron que la enfermera que trabajaba en el turno vespertino no estaba atendiendo. María Eugenia pensó que el servicio de la tarde ya no se daría más, pero además de esto, durante la última toma, la enfermera olvidó revisar el instrumental antes de iniciar las tomas y cuando ya se encontraba en la mesa de exploración, tuvo que esperar un rato mientras conseguían lo que hacía falta. María Eugenia se molestó por tener que esperar un rato en esas condiciones y si bien comentó que pensaba “hacérmelo otra vez para ver si ya se me quitó”, su intención era cambiar de servicio y acudir de nuevo al Hospital de la Secretaría, lugar al que se trasladaron los servicios del Materno.

Entre sus redes familiares no es común la práctica de detección oportuna de cáncer. Su mamá nunca se ha hecho la prueba ni quiere hablar de ello, “como antes no se lo hacían, no se hablaba de esto, ella no nos comentaba...” y refiere que fue ella quien habló de la prueba con dos de sus hermanas mayores. Entre ellas, uno de los argumentos para no acudir es el no considerarse sujetas de riesgo “porque no tiene esposo” y por lo tanto no es necesario. Con sus hermanas coincide en señalar que la prueba es necesaria solamente cuando tienes relaciones sexuales, que son las que te ponen en mayor riesgo de enfermar “por los contagios que te pueden traer tus esposos”.

Mi hermana, la que tiene treinta años, no se lo ha hecho nunca porque se casó a los 21 ó 20, y sólo duró unos meses, cuando nació su hija apenas estaba saliendo de la dieta cuando se murió su esposo, por eso no se lo ha hecho, porque piensa que no lo necesita ¿hace falta hacérselo cuando uno ya no tiene esposo? Porque también mi otra hermana se lo hizo mientras tuvo relaciones pero después ya no porque enviudó (María Eugenia).

Por lo general, Ma. Eugenia prefiere no hablar de este tema con su madre ni con sus vecinas porque considera que se relaciona con su intimidad, sin embargo, le es más fácil hablar al respecto con sus compañeras del trabajo “porque viven lejos de la casa”, debido a que ahí no teme las faltas de discreción que pudieran darse, y si

sucediera, no sería con las personas cercanas. El Papanicolaou y los temas con los que se relaciona los describe como algo muy íntimo.

Finalmente, entre las mujeres de este grupo se encuentra Remedios, de más de setenta años de edad, quien durante los últimos tres años ha acudido con una periodicidad anual a la detección oportuna.

El caso de Remedios es un ejemplo de cómo las prácticas del Papanicolaou son procesos cambiantes. No había tenido en su vida una práctica subsecuente anual, más bien, en general, su práctica fue esporádica desde un inicio, después de su primera vez, cuando tuvo una mala experiencia. Al respecto describió que cuando acudió a un servicio médico de la Secretaría de Salud para acompañar a un familiar, la enfermera le indicó que tenía que hacerse la prueba y le insistió hasta que logró convencerla de entrar. Recuerda que le insistían que debía aprovechar la oportunidad y que era una práctica necesaria. Remedios se sintió presionada porque la gente de la sala de espera estaba escuchando, pero no estaba convencida de querer “aprovechar la campaña”. Ella tenía 50 años de edad y nunca se había hecho la prueba, ni pensaba que lo necesitara debido a que no tenía relaciones desde que murió su esposo y consideraba que por lo tanto ya no tenía riesgo de enfermar. Finalmente accedió pero iba muy tensa y la enfermera tuvo problemas para tomarle la muestra.

No pues, vengo procurando a mi cuñada, ya la miré sentada y ya me puse a platicar con ella y (.....) vengo de mi trabajo ¡ah! entonces me dijeron las enfermeras, “ándeles, usted también tiene que entrar, tiene que entrar si es obligatorio eso, pero menos señorita, pero señoras tienen que entrar para que sepa si tiene algo en el vientre” algo así me comenzaron a convencer, “bueno, ni modo, pero yo no puedo entrar porque tengo miedo ya tengo muchos años de viuda y todo eso” ¡ay! me convencieron, cuando e subieron ahí, mira, me pegó un temblor, así un temblor, así de corvas que no podía sostener las piernas así, bueno pues ya que me comenzaron a hacer eso me tronó hasta los oídos, hasta los oídos y por qué sería eso?...ahí sentí que se me rompió algo cuando me entró el aparato.

Remedios califica la experiencia de manera negativa. Además, en los días posteriores refiere que iniciaron síntomas de una infección que atribuye a la falta de higiene de los aparatos con los que le tomaron la prueba: “A partir de ese día sentí

mucha comezón en mis partes... fueron los aparatos esos mijita”. Remedios buscó apoyo en su familia, quienes la acompañaron a quejarse con el director del Centro de Salud. Nunca regresó a esta clínica y dejó pasar 15 años sin hacerse la prueba. Posteriormente, dijo habérsela hecho en una ocasión, por la insistencia de sus amigas, en una clínica cercana a una organización no gubernamental.

A sus 72 años, acudió a la misma clínica privada donde se había tomado la prueba por estar cercana a su hogar y porque tenía muchísima comezón en uno de sus senos, ahí le hicieron una biopsia y le detectaron cáncer de mama. A partir de entonces ha continuado un proceso de atención médica en hospitales de la Secretaría de Salud y del IMSS y reanudó de manera sistemática la prueba del Papanicolaou como parte de los cuidados que le pidió el médico.

VI. LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER Y SU DETECCIÓN OPORTUNA

En este capítulo describimos y analizamos los discursos de las mujeres entrevistadas sobre el cáncer cervical, con el fin de comprender las nociones y sentidos que adquiere la prueba del Papanicolaou en relación con la enfermedad y con sus prácticas de DOCC. Damos por supuesto que los saberes no son estáticos y que las representaciones incluyen elementos diversos, y en ocasiones contradictorios, provenientes incluso de los materiales de difusión científica, como señala la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1993). En las representaciones se encuentran elementos y nociones científicas que desde el sentido común se resignifican, es decir se entienden en relación con otras nociones.

Los saberes sobre “la prueba del cáncer” se van conformando a partir de las representaciones sociales y de las prácticas de cuidado a los procesos de s/e/a en sus hogares. Las representaciones y prácticas se comparten a través del lenguaje y se convierten en explicaciones aceptadas en un conjunto social en el que adquieren sentido.

Durante las entrevistas, las mujeres describieron prácticas de cuidado a personas con cáncer que eran más o menos cercanas a sus círculos íntimos o incluso cuidados de atención en procesos de enfermedad como en el caso de Remedios.

Una parte importante de las representaciones sociales sobre el cáncer y sobre la detección oportuna se construye a partir de las prácticas de atención o cuidado de personas enfermas de cáncer, o bien por tener la enfermedad. Su papel de cuidadoras las acerca a este tipo de prácticas y por lo tanto a la enfermedad.

Desde el punto de vista de las mujeres, el cáncer es un tipo de enfermedad grave y temida de la cual se conocen varios tipos que se identifican por el lugar del cuerpo en donde se manifiesta. El cáncer de la matriz es la enfermedad de la que hablan las mujeres, del cérvix no, porque no se conoce el significado de esta palabra ni se ubica el lugar al que designa, es más común hablar del cuello de la matriz, pero el nombre no siempre designa lo que se nombra desde la anatomía como el cérvix.

Prácticas de cuidado y atención de la enfermedad

Las once mujeres entrevistadas señalaron conocer a personas con cáncer, dos de ellas a través de su propia enfermedad (Trinidad y Remedios), y las otras nueve como cuidadoras de familiares o en menor grado, como acompañantes de amigos o vecinos cercanos que tuvieron la enfermedad o que vivieron etapas previas.

Hay una gran diferencia entre vivir la experiencia de la enfermedad y la de acompañar o conocerla a través del discurso de otros que la tienen, pero nos interesa resaltar que el cáncer no es una enfermedad desconocida para estas mujeres, sino todo lo contrario, es cercana y temida (ver tabla No. 58).

Tabla 59. Experiencia de las entrevistadas con el cáncer

Grupo de edad	Nombre	Prácticas de cuidado a otros	Prácticas de atención y cuidado	Tipos de cáncer	Práctica de DOC
G1	Yolanda	Vecina		Cabeza	Nula
	Hortensia	Suegra		Quistes en ovarios	Primera vez
	Beatriz	Amiga y vecina		Mama	Esporádica
	Penélope	Compañera de trabajo		Displasia	Regular
G2	Emilia	Papá y cuñada		Próstata Cáncer en la matriz	Nula-Primera vez
	María Eugenia	Compañera de trabajo, familiar de su compañera y vecina		Displasia y cáncer en la matriz	Regular
	Gabriela	Mamá		Cáncer en la matriz	Esporádica
	Rosa	Abuelita		Pulmón	Esporádica
G3	Aurora	Tío, mamá y prima		Hueso (golpe), Útero, quistes en ovarios	Nula-Primera vez
	Trinidad	Vecinos, pacientes y familiares	Cáncer de la matriz	Próstata y estómago Matriz	Esporádica
	Remedios	Personal Suegra Prima	Cáncer de mama	Mama (golpe) Huesos Huesos-cabeza	Regular

Fuente: Elaboración propia con material de las entrevistas.

El cuadro anterior describe las prácticas de cuidado y/o atención que mencionaron las entrevistadas por haber tenido la enfermedad o por cuidar o conocer a una persona con cáncer. A la izquierda se presenta el nombre de la mujer entrevistada, seguida de la relación que media con la persona a quien se acompañó o conoció con el diagnóstico. Las displasias fueron clasificadas como parte del proceso de la enfermedad.

Entre las experiencias indirectas, distinguimos aquellas narrativas en las que las mujeres hablaron de personas conocidas que padecieron o padecen la enfermedad, así como a quienes atienden y cuidan a un enfermo, e incluso a quienes han perdido a familiares por esto. Las mujeres de mayor edad son quienes tienen mayor experiencia con la enfermedad, describiremos en los siguientes subapartados estas prácticas de cuidado y atención así como sus vínculos con la construcción de los saberes de las mujeres.

Conocer y escuchar a alguien enfermo

En las narrativas sobre la experiencia que las entrevistadas tienen con la enfermedad, distinguimos las que conocen personas con las que no se tiene relación de parentesco y en las que no se convive cotidianamente con el o la enferma, por ejemplo, las amistades del trabajo y familiares de amigos y vecinos que les describen las prácticas de atención y cuidado, así como los problemas que la enfermedad conlleva para la familia. Lo anterior implica un nivel de cercanía con la enfermedad al que llamo experiencias indirectas y de escucha, porque escuchan a otros sobre un enfermo, o incluso al mismo enfermo, pero no conviven con él ni son responsables de sus cuidados; sin embargo, conocen sus dolencias y dificultades en el proceso salud/enfermedad/atención. Tal es el caso de María Eugenia, quien no ha tenido familiares con cáncer, pero quien describió el temor que una compañera de trabajo siente sobre la enfermedad, dado que a ella misma le detectaron “tumores” por los que muy pronto le harán la histerectomía. Sumado a esto se encuentra la experiencia de la muerte de su madre por cáncer en la matriz.

A mi compañera de trabajo están por operarla, sacarle la matriz, porque dice que son unos pequeños tumores, mas no sé si sean malignos. Ella dice que no

pero que le van a sacar toda la matriz y es que ella lo que tiene miedo es que por ahí le vaya a empezar el cáncer. Como su mamá se murió invadida del cáncer, hace 8 años que murió su mamá. Sí, y es lo que ella tiene miedo y que si en un futuro va a correr el riesgo pues vale más que de una vez se la saquen toda y no nomás los pequeños tumores. Ahora yo, relaciono la infección con el cáncer y le tengo mucho miedo al cáncer. No he tenido experiencias así cercanas de algún familiar o algo del cáncer así que yo lo vea cómo está, pero la oigo, y sé que como que vas decayendo. Gracias a Dios no me ha tocado, pero le tengo miedo y sí, la infección sí la relaciono con el cáncer, no sé cómo pero sí creo que tienen que ver (María Eugenia).

La preocupación de su amiga es tal que no le importa confirmar si se trata de tumores malignos, ella quisiera apurar el procedimiento quirúrgico para que le quiten la matriz, como tratamiento profiláctico para el cáncer. María Eugenia refiere que en el hablar de este problema con su compañera de trabajo, le ha hecho acudir a hacerse la prueba y revisar que la infección vaginal hubiera cedido. Además de este caso, María Eugenia refirió el de una vecina que tuvo displasia y le quitaron la matriz, estos dos casos, pero de manera más reciente el primero influyeron en su práctica de detección oportuna y a la vez en la imagen que tiene de la enfermedad, la cual sabe puede ser mortal si no se atiende a tiempo.

En el mismo sentido, Penélope, entre las mujeres más jóvenes refiere conversaciones con dos compañeras de trabajo que tuvieron diagnósticos de displasia y de cáncer cervical. Con ellas compartió sus descansos en el ámbito laboral y ahí escuchó sus narrativas además de sugerencias para que ella se cuidara haciéndose el Papanicolaou, lo que considera que influyó de manera determinante para sus propias prácticas de detección.

Pues, una amiga con “inc.”, “onic”, algo así, cáncer no sé qué tercera etapa, no sé como le llaman porque ahí en el trabajo platicamos de esto y otra amiga, una que estaba embarazada, ya se alivió, lo bueno, ya pasó, porque traía infección, no sé qué, pero le hicieron el papanicolaou y resulta que salió con infección ahí, fue en el Seguro yo creo, supongo y le habían dicho que le iban a hacer cesárea si no se curaba, pero sí se curó, le dieron tratamiento en el embarazo. Ella tiene como 25 años. Fueron estas experiencias por ejemplo de conocerla las que me hacen pensar y mejor voy a lo de la prueba (Penélope).

Yolanda también conoce a personas con la enfermedad, pero no ha cuidado a nadie solamente conoce el caso de una vecina de cincuenta años, amiga de su madre, quien enfermó y falleció de un cáncer “en la cabeza” y a quien observó cuando el tratamiento la fue dejando sin cabello. Conoció de su evolución a través de su mamá quien le hablaba de los cuidados que tenía que tener y los dolores que implica la enfermedad. En esta relación con su madre en particular, Yolanda señala que fue en donde aprendió más de la enfermedad, incluso más que en la secundaria en donde hablaron brevemente de cambios en las células, mientras que ella aprendía a través de las narrativas de su madre, lo que implicaban estos para una persona cercana y para su familia.

Finalmente, la experiencia de Hortensia se reduce al diagnóstico de quistes que tiene su suegra y que ella define como parte de un proceso inicial de cáncer de la matriz. Ella refiere que en casa de su suegra, este tema no se habla con los hijos directamente sino solamente con las mujeres, su esposo se enteró porque ella le explicó lo que su madre pensaba hacer al respecto en términos de atención médica.

Hortensia, Yolanda y Penélope forman parte del primer grupo de edad, sus familias y sus círculos de conocidos no han pasado por este tipo de procesos de s/e/a, y por lo mismo no han tenido una práctica de cuidado a la enfermedad directamente, sin embargo, sus representaciones se van alimentando con lo que otras mujeres, sus compañeras de trabajo o familiares les narran sobre lo que es necesario hacer.

Cuidar a un enfermo de cáncer

Las prácticas del cuidado de un proceso de cáncer aproxima a las mujeres al dolor y a la posibilidad de la muerte de las personas a quienes atienden: por lo regular integrantes de su familia y a su vez seres queridos. Como parte de la distribución de responsabilidades del género femenino aprendidas socialmente en México y Sonora, las mujeres son quienes ejercen el papel de cuidar a los enfermos en los hogares (González Montes:1995), por lo que no es de extrañar que cuatro de las once entrevistadas, Emilia, Aurora, Trinidad y Remedios, hayan tenido experiencias en ese sentido.

Aurora cuidó a su madre cuando le quitaron la matriz por un tumor, por ser la única hija, esto a pesar de que ella tenía apenas en ese entonces once años de edad la

acompañó en el hospital en el difícil proceso post-operatorio en el que tuvo dificultades para cicatrizar por su diabetes, de manera que ella presenció su sufrimiento durante las curaciones. Al inicio de la sesión de la entrevista en la que Aurora empezó a recordar la enfermedad de su madre, su hija nos acompañó, pero al abordar este tema, se levantó y se fue. Aurora señaló en ese momento: “Mira, se va porque no quiere escuchar de esto, porque se preocupa por mí” y después señaló que ella también se preocupó cuando iniciaron sus sangrados fueron abundantes: “Me dio mucho miedo y no quería saber qué tenía”.

A pesar de que su mamá logró sobrevivir a la enfermedad y murió muchos años por complicaciones propias de la diabetes, Aurora narró que el sufrimiento que vio en su madre en lugar de hacerla acudir a la prueba con mayor prontitud, ella no se hacía la prueba, no quería enterarse de que ya tuviera lo mismo porque piensa que saber que se padece cáncer “le hace más daño a uno”

Tuve una experiencia difícil con mi mamá cuando tenía yo como unos 15 años, cuando mi mamá se vio muy mala, muy mala, tuvo sangrado, y mi papá la llevaba (al IMSS) y no, pues no le hacían nada, yo nunca le pregunté, sino que él la llevaba al Seguro y sí me daba cuenta que él se tuvo que pelear en el Seguro para que la pudieran atender, porque no la querían internar pues, iba y le daban pastillitas, y las pastillas que le daban no le servían. Entonces la volvía a llevar mi papá y al último él tuvo que ponerse fuerte con ellos y ya la internaron; le hicieron el legrado, y se volvió a venir (a la casa) y se volvió a enfermar y entonces ya fue cuando le hicieron unos estudios y todo y ya le detectaron que pues, que tenía, que algo tenía en la matriz y que se la iban a sacar y al sacarle la matriz entonces le sacaron esa bola, una bola negra le sacaron, pues era el tumor...” (Aurora)

Pensar en el cáncer abre la posibilidad de la muerte, es una enfermedad estrechamente relacionada con ella, por eso cuando pensó en que podía estar enferma, Aurora recalca que su preocupación principal era dejar a sus hijos solos, ya que hasta hace muy poco tiempo, es ella quien ha sostenido a la familia en todos los sentidos. De hecho, considera que saber que se tiene esta enfermedad acelera el proceso de la misma y la consecuencia es fatal.

La experiencia de cuidar a un enfermo puede modificar negativamente las prácticas hacia una detección oportuna, como le sucedió a Aurora, quien como vimos anteriormente, conoció el sufrimiento materno cuando era pequeña.

Me acuerdo tan bien. Muy gorda, y el doctor la operó y me acuerdo que le dijo: “¡Ay! güera!”, le dijo a mi mamá, cuando ya la operó: “Ya te me andabas yendo”. Porque duró mucho la operación; porque supuestamente dice el doctor que él le abrió y le sacó, le dijo: “Te saqué... como dos kilos de manteca”. Le abrió el estómago y le sacaba él la grasa. Porque no tuvo tiempo de adelgazar mi mamá porque le dijo: “Si no te hubiera operado, tres meses no hubieras llegado”. Y por eso sangraba mucho porque tenía tumor en la matriz, y yo acordándome de todo eso, también pues me hizo ir luego, luego cuando me sentí mal. Aunque ya fue después, es cierto, después de cinco años de tener problemas, ya cuando no me quedó otra, cuando me dijo el médico que me tenía que quedar, porque también me daba miedo saber... Por eso, yo pues me asustan todas las cosas que me dicen, que me comentan y todo eso, entonces, yo pienso en mis hijos y digo yo, pues, ¿qué necesidad de que ellos? Siquiera, dijera yo, me voy a morir y nomás, me voy a morir ¿no? y yo digo se van a quedar sufriendo, batallando, porque no tienen más ellos como quien dice, no están impuestos con otros, desde el momento en que mi esposo murió yo padre y madre y nomás (Aurora).

Aurora acudió hasta que “no le quedó de otra”, cuando los síntomas de anemia se agravaron y los sangrados eran tan abundantes que en ocasiones duraban más de un mes. La atención se postergó. El miedo a saber que se tiene la enfermedad puede estar entonces relacionada con una búsqueda de detección y atención tardía que puede ser la diferencia para la efectividad de los tratamientos.

Cuando hablemos del temor al resultado del Papanicolaou en el próximo capítulo, abordaremos más ampliamente este señalamiento, por el momento, lo uniremos a los de otras entrevistadas que coincidieron con él y prefirieron no revelar el diagnóstico a las personas que cuidaban para que no se deprimieran o enfermaran más gravemente. Ellas son Emilia y Rosa, la primera nunca le dijo a su papá que tenía cáncer de próstata y la segunda le ocultó a su abuelita el diagnóstico de cáncer de pulmón. Con ellas, Aurora coincide en que el conocer el diagnóstico de esta la enfermedad “te va acabando más rápido” porque hablar de cáncer es hablar de una enfermedad que tiene pocos pronósticos de ser curable en términos de la representación que comparten una vez que se diagnostica tardíamente. En el mismo sentido se expresó Emilia, quien señaló que de habérselo dicho “podía desanimarse y morir más pronto”, así que ella y su familia cuidaron de no hablar sobre la enfermedad frente a él porque “saber que tienes cáncer es saber que puedes morir”.

Mi papá acaba de morir por cáncer en la próstata, duró año y medio con la enfermedad, a mí me tocó cuidarlo, primero cuando me iba a la casa, porque cada rato regresaba a la casa, luego porque me separé y me fui a vivir con ellos, murió a los 75 años, se atendió en el (hospital) CIMA y nunca le dijimos que tenía cáncer, él pensó que se lo habían quitado ya, pensó que estaba mal por los gases que tenía, pero no supo lo que tenía. Era diabético también (Emilia).

Nadie le preguntó al enfermo si quería saber o no porque en la noción de cuidado se presupuso que estaría mejor sin saber o confirmar un diagnóstico. El cuidado así entendido para un enfermo de cáncer, puede entonces incluir el silencio debido al presupuesto de evitar el impacto de saber que se tiene una enfermedad vinculada a la muerte.

Los cuidados que estas mujeres dieron a sus familiares enfermos de cáncer combinaron la atención médica en la seguridad social, en la Secretaría de Salud, en la medicina privada y los tratamientos alternativos; de estos últimos, utilizaron principalmente un té de uña de gato tomado como “agua de uso” y las tres mencionaron que tuvieron el cuidado de no decirles qué tenían.

La última de las mujeres que ha cuidado a enfermos con cáncer es Remedios. La primera de ellas fue con su suegra, a quien consideraba como su madre ya que ésta murió cuando era joven. Para ella, los cuidados a los integrantes de la familia son una forma de retribuir los cuidados que recibió en otros tiempos ella misma, y son también una forma de mantener unida a la familia y de ir construyendo una relación con sus hijas que le asegure atenciones cuando las requiera, como ya le ha sucedido desde que le detectaron cáncer de mama. Además de su suegra, Remedios cuidó a una prima y a una cuñada.

Trinidad describió otro tipo de relaciones de cuidado a personas enfermas, en las que el vínculo afectivo no es profundo en términos de parentesco porque ella mantiene con algunas personas la relación profesional que tiene un curador con el enfermo que busca ser atendido, debido a su formación y práctica como iridióloga. En sus consultas, recomienda que se sigan tratamientos de medicina alopática pero que a la par se compren medicamentos “naturistas” que ella consigue en Tucson y vende a sus clientes. En la relación con las personas, Trinidad señala que el principal

problema de los tratamientos de cáncer es que implican una constancia que pocos tienen, ya que en cuanto se sienten un poco mejor dejan de tomarlos “y se vienen para abajo”.

Emilia cuidó a su papá durante el cáncer de próstata pero señaló que la enfermedad no le hizo sentir más vulnerable porque “era un cáncer de hombres”, sin embargo, la experiencia de su cuñada en la que le detectaron a tiempo un cáncer por el que le quitaron la matriz, sí le hizo replantearse su práctica de detección oportuna ya que vivió de cerca el diagnóstico, su proceso de depresión y el apoyo de su hermano por el fin de su maternidad. Desde entonces su cuñada insiste a Emilia que acuda a la prueba.

Es que ella (su cuñada) se hizo el papanicolaou la primera vez y le salió cáncer, por eso le quitaron la matriz y está muy... Entonces un día ella me dijo: “¿Ya te hiciste el papanicolaou?” y le dije que no. ¡Felicidades! me dijo, como burla cínica: “¡Felicidades! porque te estás buscando que te pase lo que me pasó, yo tampoco me lo hacía, lo iba dejando pasar y ya vez que ya no puedo tener hijos, y tú estás joven y puedes tener más hijos” (Emilia).

A partir del acompañamiento cercano de esta experiencia, Emilia empezó a considerar que el cáncer no era una enfermedad exclusiva de personas mayores de cuarenta años; por otro lado, conocer de cerca las reflexiones de su cuñada sobre el término de su maternidad la hizo pensar en las implicaciones que pudiera tener en su vida un diagnóstico positivo de cáncer y una histerectomía, mismas que serán abordadas en el apartado en el que desarrollamos los tratamientos de la enfermedad. Finalmente la experiencia influyó, junto con otras condiciones, para que Emilia fuera por primera vez a hacerse la prueba. Recordemos que a ella la contactamos porque nunca había acudido a la detección oportuna de cáncer cervical y que durante el período de las entrevistas acudió por primera ocasión.

Rosa cuidó a su abuelita durante el proceso de cáncer pulmonar hasta su muerte. A partir de esa experiencia, dejó de fumar lo poco que antes acostumbraba. Esto no modificó su práctica de detección oportuna de cáncer de matriz, aunque las repercusiones en una disminución de riesgo puedan ser reales, son en realidad efectos no buscados en sus prácticas de cuidado.

A mi abuelita sí, me tocó verla cómo sufrió, yo creo más que eso te hace reflexionar y pensar de, que no, que tienes que cuidarte (Rosa).

Entre las mujeres de mediana edad sólo María Eugenia no ha acompañado o cuidado a un enfermo de la familia. En cambio, las mujeres de mayor edad todas lo han hecho. En resumen, el cuidar a una persona que vive un proceso de cáncer modifica las representaciones sobre la enfermedad, aunque no necesariamente se modifiquen las prácticas de detección oportuna que nos interesan. Se trata de procesos complejos en los que la práctica de cuidado y de atención a o un enfermo puede jugar un papel importante para el cambio de las prácticas pero no necesariamente es suficiente en sí mismo.

Sin embargo, nos parece que cuando la persona que está enferma y a la cual cuidan las mujeres tiene características similares a la cuidadora en cuanto a edad, sexo, parentesco, la influencia puede ser mayor en cuanto a la modificación de la práctica, sin embargo esto habría que matizarlo porque el miedo al cáncer consideramos que provoca dos prácticas distintas en relación con la detección oportuna de cáncer, una reacción de parálisis y una de búsqueda de atención.

Muerte por cáncer en sus redes sociales cercanas

La muerte por cáncer de integrantes de las redes familiares o de amistad de las informantes también modifica los saberes sobre el cáncer y su detección oportuna. En este sentido, encontramos en los relatos de Beatriz el caso de una vecina a quien conocía bien de tiempo atrás, y a quien le diagnosticaron tardíamente un cáncer de mama a sus 26 años de edad, por el que falleció dejando a sus hijos pequeños, y quienes son de la misma edad que sus niños. Camino al novenario²⁰, comentó que antes pensaba que el cáncer sólo le daba a las mujeres de mayor edad y que eso cambió con la muerte de su amiga.

²⁰ Ceremonia religiosa posterior a la muerte de una persona que dura nueve días, durante la cual la familia recibe a los amigos cercanos y ora por la persona que falleció.

Mi amiga se murió de cáncer hace poquito, apenas tenía 26 años, no puedo creerlo todavía, me impresiona mucho su muerte y más de que dejó a sus hijos chiquitos, como los míos. Y es que ni ella ni yo, nunca me he hecho una prueba de mama, ahora quiero tener más información de eso, antes no me preocupaba tanto, pero ahora se que, cómo fue y al morir dejó a sus hijos solos, tengo miedo de que me pase lo mismo (Beatriz).

A partir de la muerte de su amiga, Beatriz ha tratado de negociar con su esposo el cuidado de los niños para poder acudir al Centro de Salud que se encuentra más cercano a su casa. En las siguientes visitas preguntamos si había podido acudir pero no había sido así, se presentaron problemas con su pareja y primero tendría que ver si se separaba de él o seguían juntos, de modo que la detección oportuna de cáncer había pasado a un segundo plano y lo que le preocupaba entonces eran las implicaciones económicas que desencadenaría la separación. Ante tal situación, empezó a ver la posibilidad de que su abuelita cuidara de los niños, y aunque no creía que fuera la mejor opción, ésta fue una de las alternativas de cuidado de sus hijos que se planteó. Sin embargo, el Papanicolaou no se considera una emergencia y no justifica el solicitar el cuidado de la familia cuando no se cuenta con el apoyo de la pareja, por lo tanto, para acudir a la prueba tendría que esperar otro momento porque no cuenta con redes de apoyo sólidas.

La práctica de cuidar a un enfermo reconstruye y modifica las representaciones, en un nivel más general cambia los saberes sobre la enfermedad. Como señalamos en el caso de la práctica de cuidado de la enfermedad, el impacto en los cambios de las prácticas de detección oportuna de cáncer puede ser en dos sentidos y es más posible que se reflexione sobre prácticas de cuidado a la salud cuando se comparten o se acercan las características del enfermo. Por ejemplo, la muerte de la madre de Gabriela le hace pensar en la posibilidad de que le ocurra lo mismo, sobre todo desde que se fue acercando a la edad en que murió su madre por cáncer cervical y cuando se le presentan cambios en el ritmo de la menstruación, señala que se angustia de tener algo similar y debido a ello acudió por primera vez a que le hicieran la prueba.

Mi mamá murió cuando estaba chica, de 11 años. Murió de cáncer en la matriz. Mis hermanos me dijeron que murió, pero no de qué, entonces le

inventaban a uno de cosas... la primera vez que oí de cáncer fue ahí en mi casa, cuando mi mamá. Yo, tenía 11 años cuando ella murió pero no, no supe hasta más adelante, yo creo que tenía unos 15 años, 16 años, cuando yo supe de qué murió, ahí en las mismas pláticas entre mis hermanas ¿no? que, y ya preguntamos que si qué era qué había, de qué había muerto mi mamá y ya que de cáncer. Mi hermana mayor es la que sí sabía y mis hermanos pues los más grandes, nosotros estábamos muy chicas todavía, pero ahora sé y por eso me preocupé además de lo que me dijo la doctora, ¿no? (Gabriela)

La relación entre prácticas de cuidar a un enfermo o la vivencia de haber perdido a un familiar por esta enfermedad, se relaciona con las representaciones sobre la misma y genera procesos de reflexión o cambios respecto de las prácticas de autocuidado y de detección oportuna.

Prácticas de atención al cáncer

Entre las informantes, Remedios acudió a la prueba del Papanicolaou después de varios años de no realizársela y explicó su práctica principalmente en relación con el diagnóstico de tres años atrás de su enfermedad de cáncer de mama. Durante el tratamiento algunas compañeras de terapia y familiares le recordaron que era importante hacerse la “prueba del cáncer”, ante la posibilidad de que la enfermedad pudiera surgir.

En sus palabras, “la enfermedad se enraíza y como una planta, aun cuando hayas trozado la parte enferma, puede retoñar en otra parte de nuestro cuerpo”. Recordemos que Remedios tuvo una mala experiencia la primera vez que le tomaron la prueba, muchos años antes de la detección de su cáncer. A consecuencia de ello no quiso acudir a la detección oportuna durante más de diez años pero a partir del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ha ido de manera regular para detectar a tiempo si “vuelve a salir”.

La detección de su enfermedad fue en una clínica que pertenece a una Asociación Civil que dedica sus esfuerzos al apoyo y la atención de mujeres con cáncer. Dicha clínica se encuentra cerca de su hogar, por lo que se fue caminando y sola. Cuando la doctora vio su seno, le recomendó esperar para que le hicieran una biopsia. Entre la sorpresa y el dolor del procedimiento y la preocupación del

diagnóstico, Remedios expresa en su narración la angustia de pensar en la muerte, en la soledad de su diagnóstico.

¡Ay! me operaron de un pecho, estoy en tratamiento del cáncer, ya tengo 3 años... no sabía de qué se trataba, ya tenía rato que me daba rasquera en la punta del pecho, me daba rasquera, y ya últimamente era tanto que hubiera cogido un cuchillo, me hubiera cortado y no hubiera sentido de la rasquera. Y resulta que fui por eso (a la George Papanicolaou)... y la doctora me dijo: “Oye mijita, ¿por qué tienes la bolita que se está metiendo para adentro?, ¿no le duele?” Le dije: “Nunca me ha dolido, pero lo que me hace que tengo pura rasquera. Y me dijo: “Pero si las bolitas se le están metiendo hasta adentro. No, no se va a ir, ahorita va a venir el médico del Cima (Hospital Oncológico del Estado de Sonora), para que la vea”. Y dije: “Bueno”. Y pues sí me esperé, porque sí, se me estaba metiendo para adentro, se me estaba acabando. ¡Ah! pues resulta de que ya llegó el doctor y ya me miró y todo, ya le platicó ella de lo que yo sentía y (a mí sí me preguntó) entonces ya, ya me dijo: “Le vamos a dar un piquetito”. Y ¡ya me iba a morir!, un piquetito chiquito y luego ¡en vivo mijita! en vivo, y ¡van metiendo aquello!, creo que en la pura bolita me la metieron, parecía una aguja. ¡Ay! fíjate ¡qué dolor tan inmenso! que me la van metiendo así, así ¡ay, ya, ya! que lo miraba, ya no lo miraba así, lo miraba así borroso, y ya después noté yo que me estaba saliendo una cosa caliente para abajo así hasta sangre y pensé: ¡Aquí voy a quedar y no van a saber mis hijas! Entonces le dije: “¡Ay doctor sáqueme eso!, ya me estoy muriendo, ya no lo veo bien”. La cuestión de que ya me sacaron eso y miraba yo que me limpiaban con algodón y tomaba el algodón y ya se me calmaba, al rato ya sentía otra vez el chorrito de sangre: “Me voy a morir y sola”, pensaba. Cuando terminaron me dijo la doctora que si venía con alguien, le dije que no, y cuando salí busqué un taxi, pero nada, me vine caminando. Pues sí y ¡ah pues!, llegué aquí, estaba ella en la cocina ahí (su hija) y me dijo: “¡Ay mamá! ¡Cómo te estuviste, se va a enojar mi marido porque te estoy esperando!” Y dijo: “Mamá, ¿por qué te veniste tan tarde?” Y ya le dije: “Mira mijita, ve el pecho, con un hoyo”. Entonces se asustó y dijo: “¡Ay mamá! ¿pero por qué te dejaste?” “No pues”, le dije, “me iban a hacer un estudio”. Y sí, luego me dieron los resultados y me dijeron: “Tiene cáncer su pecho”, entonces ya vine otro día y le dije a mi hija: “Mira este papel que me dio el doctor”, y anduvimos viendo, mi hija me dijo: “Para que no haga gasto y todo eso, aquí y todo eso, es mejor que vaya al Seguro”. Y ya, de la misma George me dieron el papel y aquí me pusieron ahí que me mandaban que se hiciera otro estudio allá ¿cómo se dice? mama, mamo algo, y sí estuve en el CIMA en un tratamiento que duró 25 veces y luego me operaron en el Seguro. Todo el pecho me quitaron. Todo, no quise que me dejaran un pedazo, mejor no, porque puede volver a salir (Remedios).

Para Remedios hay un antes y un después del diagnóstico de cáncer mamario. Antes tenía una vida de trabajo intenso y cuidados hacia otros en su hogar, primero a

sus hijos, a sus nietos y a sus pájaros. Después del diagnóstico, los siguientes tres años, su vida ha girado en torno a la atención médica para lograr “salir bien”, aunque esta relación ha disminuido en el último año, todavía toma medicamento y va al Hospital Oncológico a que le realicen revisiones.

Para ella el cáncer es una realidad cotidiana con la que tiene que lidiar, su aparición la atribuye fundamentalmente a un golpe que recibió siete años atrás en un accidente automovilístico y piensa que es probable que pueda salir de nuevo en otra parte de su cuerpo porque en el Hospital Oncológico así se lo han señalado los médicos, enfermeras y pacientes a quienes conoció durante su tratamiento. La experiencia de tener la enfermedad y de atenderla modificó sus prácticas de detección. Para ella la enfermedad es como una raíz que “puedes trozar en alguna parte y puede brotar en otra”, por eso prefirió que le quitaran todo el seno, aunque tuvo la opción de que se le extirpara solamente una parte, consideró que era más seguro eliminarlo por completo para evitar que quedara alguna parte de esa raíz en su cuerpo.

A partir de la detección del cáncer mamario, Remedios reinició una relación con los servicios de salud que había tenido casi exclusivamente para la atención de sus hijos cuando eran pequeños, porque señala que ella se enfermó poco después de tenerlos y en contadas ocasiones utilizó los servicios médicos del IMSS. Para tener una buena atención, considera importante cuidar su relación con todo el personal, médico y paramédico, entendiéndolo por ello el bromear, llevarles algún regalito o detalle que puede ser desde una soda hasta un regalo en las fechas importantes como Navidad, día del médico o de la enfermera.

En el mismo sentido, a Trinidad le quitaron la matriz diez años atrás por un posible cáncer. En sus narrativas sobre los síntomas y prácticas de atención señala que presentó sangrados irregulares entre sus períodos menstruales a consecuencia de los cuales acudió al IMSS.

El médico le pidió que se hiciera la prueba del Papanicolaou, lo cual hizo en tres ocasiones posteriores con una periodicidad menor entre ellos, aproximadamente de seis meses, pero no le daban un diagnóstico preciso. Por ello, su esposo decidió apoyarla para que fuera con un médico privado, quien hizo estudios de biopsia y junto

con un oncólogo la operó en lo que antes era el Hospital Materno para quitarle la matriz.

El médico hablaba por lo general con su esposo, por lo que Trinidad no sabe exactamente cuál fue el diagnóstico por el que le recomendaron la histerectomía “tal vez se deba a que antes era menos la comunicación, nada más te decían como un deber”, tampoco preguntó mucho más, aunque siempre pensó que tenía cáncer.

En la actualidad, en su representación de la enfermedad, Trinidad piensa que la prueba ya no es necesaria porque “ya no hay dónde se dé”, sin embargo cuando ha ido al IMSS los médicos y enfermeras tienen distintas opiniones acerca de si tiene todavía riesgo de enfermar o no y algunos le recomiendan que continúe con la práctica de detección oportuna, mientras que otros, por el contrario, le dicen que ya no la requiere. Ante estas dos alternativas y la carencia de síntomas, Trinidad considera que no la necesita, a pesar de no tener un diagnóstico claro que le deslinda de la enfermedad.

La histerectomía le da la tranquilidad de que no es necesario acudir a la prueba porque ya no es posible que se enferme el lugar de su organismo que ha sido extirpado, en cierto sentido el no tener útero le “protege” del “cáncer de matriz”. En los manuales médicos se señala que las mujeres a quienes se les ha practicado la histerectomía por razones distintas a cáncer, ya no necesitan la prueba, sin embargo, quienes la perdieron por procesos oncológicos requieren seguir con tomas de Papanicolaou (IMSS, 1998b:13).

Las mujeres de los tres grupos de edad han tenido algún tipo de práctica de relación con personas que tienen cáncer, las del grupo de mayor edad tienen por supuesto mayor número de procesos de s/e/a que conocen y en los que han jugado diferentes papeles como cuidadoras o acompañantes, las de menor edad hablan con las mujeres de su familia sobre estos temas en ocasiones en que se conoce a un enfermo o bien, en los lugares de trabajo con sus compañeras cuando se llega a presentar algún caso entre sus redes sociales, principalmente de la familia. Además de lo anterior, entre las mujeres del de mayor edad se encuentran Remedios Y Trinidad, quienes además de haber cuidado a alguien enfermo, han tenido que recurrir a los servicios médicos para atender la enfermedad propia; mientras que las más jóvenes y

de mediana edad han tenido menos contacto con la enfermedad, su cuidado y atención.

Nociones sobre el cáncer

Como vimos en el apartado anterior, el cáncer no es una enfermedad desconocida para las mujeres, por el contrario, las entrevistadas reportan prácticas de cuidado y atención de personas cercanas que padecen la enfermedad, más aún, de una manera más amplia las mujeres cuentan con otros elementos que conforman la representación, los cuales provienen de medios de difusión y de elementos informativos de las instituciones y organizaciones de salud. Uno de los textos utilizados para la promoción de la detección oportuna de cáncer cervical, colocado en las bardas de la ciudad durante el año 2000, decía lo siguiente: “El cáncer es curable si se descubre a tiempo”. Si bien la frase tiene la virtud de enfatizar de manera positiva que la enfermedad es curable, su contraparte no es alentadora, pues las mujeres saben que “si se descubre tarde ya no tiene remedio”.

Causas del cáncer

En las narrativas de las informantes encontramos coincidencias respecto a que el cáncer es una enfermedad grave que se debe a múltiples causas que no necesariamente implican un desencadenamiento inmediato de la enfermedad, sino que se van sumando a condiciones de deterioro del cuerpo en general, y en el caso del cáncer de cérvix, de la matriz en particular, debido a los cambios que sufre durante la reproducción y por complicaciones del parto y el post-parto, además del daño que provocan las enfermedades de transmisión sexual.

La enfermedad no pasa por una serie de etapas previas, sino que se tiene o no. Las mujeres más jóvenes mencionaron que hay diagnósticos que “se pueden convertir en cáncer” como las displasias entendidas como infecciones más fuertes, pero una vez que se diagnostica la enfermedad, la esperanza que queda es que haya sido a tiempo de que la puedan curar. Porque una vez que la enfermedad crece en gravedad esto ya no es posible.

El cáncer “se desarrolla”, “crece” y se “enraiza”, de acuerdo con las narrativas, “no se pega”, es decir, no es como otras enfermedades que se transmiten

por contagio, sus causas tienen que ver con procesos por los que les llega a “dar” a las personas. Las mujeres buscaron algunas formas de autocuidado que no están presentes entre quienes consideran que tienen un mayor riesgo.

Es una enfermedad que no se pega, pues según yo, no. Pero al menos a mí no me ha tocado es una enfermedad pero no, no, no sé qué es lo, que es lo que la causa. Es diferente depende el lugar en que te da ha de ser por diferentes causas. Puede ser un descuido no sé, si de higiene. No sé si, o sea de, de ¿cómo decirte? o sea, de higiene, al momento de que cuando uno tiene (relaciones), a la mejor, a la mejor, no sé si consiste en eso, en tener relaciones, cuando uno va al baño y no tiene cuidado con la higiene o, o, o no sé, o sea qué lo causa, qué es lo que causa la enfermedad, me imagino que es una enfermedad y ya, si te va a dar es porque te va a dar, aunque según a las mujeres ya más, más grandes por tener, o sea, en la tele yo no sé por qué, que por tener muchos hijos, o sea, pero no sé por qué, la causa de que dicen, que dicen que ¡ay! que las mujeres que, que tengan, que hayan tenido más hijos que son las que deben hacer la prueba que porque hay mas riesgo, pero, o sea, no dicen por qué el riesgo, nada más que por tener muchos hijos. Pero le puede dar a cualquiera sin saber por qué (Hortensia).

En la tabla No. 59 incluimos una síntesis de los aspectos que las entrevistadas señalaron como causas de la enfermedad. Aún cuando les preguntamos en particular del cáncer de cérvix, en su descripción se refieren a otros procesos oncológicos debido a que aparentemente la enfermedad es entendida como un tipo de proceso que se manifiesta en distintas partes del cuerpo pero que tiene causas comunes que se refieren a la edad, el fumar, los golpes recibidos en el cuerpo, la falta de cuidados, los procesos infecciosos, el deterioro del organismo y la herencia.

Algunas diferencias que encontramos en el señalamiento y énfasis de ciertas causas del cáncer cervical entre las mujeres de distintos grupos de edad, no tienen que ver con la edad en sí misma sino con la pertenencia a generaciones diferentes, así como a factores de migración, vida urbana y educación formal todos ellos influyen en los saberes sobre la enfermedad.

Tabla 60. Causas del cáncer

Problemas de autocuidado	Relaciones sexuales e infecciones	Falta de higiene
		Infecciones
		Relaciones sexuales del hombre con muchas mujeres
		Relaciones sexuales de la mujer con muchos hombres
		No relaciones sexuales
		Relaciones sexuales muy frecuentes (roce)
		Inicio de vida sexual temprana
	Partos y post-parto	Daños generados por el peso del niño en la matriz
		Sangrados durante el embarazo o post-parto no atendidos
		Relaciones sexuales en “la dieta”
		Tener muchos hijos
		Abortos
No amamantar		
Problemas de búsqueda de atención médica de manera oportuna	No atención ni detección oportuna en servicios de salud	Detección Oportuna Papanicolaou Atención de infecciones vaginales Sangrados intermenstruales abundantes Cese de sangrados, alargamiento de período intermenstrual
	Carencia de revisión médica-efectos de algunos anticonceptivos	DIU Hormonales (pastillas)
Edad “enfermedad de las mayores”		
Fumar		
Herencia		
Golpes		
Fuente: Elaboración propia a partir de la información de las entrevistas con 11 usuarias del IMSS, 2002.		

La educación formal por ejemplo, parece jugar un papel muy importante sobre lo que conocen las mujeres sobre las enfermedades de transmisión sexual, pero entre ellos no se encuentra el papel del VPH en el cáncer. La migración hacia la capital de Trinidad y de Remedios les permitió tener acceso a servicios médicos por medio del empleo o por el de su pareja, tuvieron también mayores facilidades para utilizarlos cuando sus hijos eran pequeños o lo necesitaron.

Las tres mujeres mayores (Remedios, Trinidad y Aurora) señalaron como causa de la enfermedad la falta de higiene en las relaciones sexuales, los golpes en el cuerpo y prácticas de descuido posteriores al parto tales como el tener relaciones sexuales en el período de la “dieta” o presentar sangrados durante el mismo período.

Las mujeres de mediana edad (María Eugenia, Rosa, Emilia), hablaron de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo como posible factor de riesgo refiriéndose a que el peso del bebé pudiera dañar de alguna forma al cuerpo y de manera posterior traer por consecuencia enfermedades como el cáncer. Las mujeres más jóvenes (Yolanda, Penélope, Hortensia) por lo general se refieren a las relaciones sexuales como principal causa y algunas mencionaron el virus refiriéndose al VPH. Entre las mujeres de los tres grupos, la coincidencia principal es respecto el deterioro de la matriz por diferentes causas.

Las mujeres consideran en general que la enfermedad se presenta más en las mujeres mayores de cuarenta años, pero fueron las jóvenes quienes enfatizaron más esta característica. El considerar que el cáncer se presenta principalmente en mujeres mayores de cuarenta años, puede convertirse en un factor que retarde el inicio de la prueba, como lo señala Emilia en el siguiente párrafo.

Pensaba que les daba nada más a las mayores, ajá, de 40 para arriba, mayores (risas) bueno, me voy a empezar a preocupar después, a mí me faltan once años para ser mayor... Las relaciones sexuales a lo mejor tienen que ver, a lo mejor haciéndolo mucho nomás ¿no?, por ejemplo a mí se me afigura que es más probable en las prostitutas que con cualquiera... y pueden tener enfermedades y todo eso. Ellas es más probable que se enfermen que una persona que con su pareja por la cantidad y por las dos, por las enfermedades y por las muchas veces por el roce, también las que traen el dispositivo (Emilia).

Sin embargo, Emilia, Beatriz y Penélope, al haber tenido relación con con personas menores de esa edad que enfermaron o incluso murieron por esta enfermedad, cambiaron su forma de ver la enfermedad a partir del contacto con estos casos.

Es más probable que te dé cuando tienes más edad, pero a las jóvenes también les puede pasar y es una enfermedad que no tiene cura (Beatriz).

Las mujeres mayores de cuarenta años no se refirieron de manera explícita a la edad cuando les pedimos que describieran las posibles causas y riesgos de padecer la enfermedad. Aurora se refirió a información de trípticos que ha visto en las instituciones de salud en las cuales se señala que “después de los 25 años, o 35” se tiene mayor posibilidad de enfermar.

Una de las prácticas relacionadas con el cáncer y señalada por todas las mujeres fue el fumar, aun cuando su efecto se vincula exclusivamente al cáncer en el pulmón y ninguna de ellas lo relacionó con el cáncer de la matriz.

No pues, no, ni de idea, yo lo que sé es lo del pulmonal, por fumar y esos desarreglos, y ya de, nuestra parte, no sé por qué pueda dar, no (Rosa).

La herencia como un factor relacionado con el cáncer fue señalado por Remedios, María Eugenia y Gabriela. La primera señaló que “hay familias donde hay más cáncer” pero el que ella tiene no es por esa causa sino que proviene “de un golpe”; María Eugenia se refirió al caso de su compañera de trabajo quien cuidó a su mamá y a quien le harán la histerectomía pronto; y Gabriela mencionó el antecedente de su mamá, quien falleció por un cáncer de la matriz.

Como causas que se manifiestan a largo plazo, las mujeres mencionaron los golpes en el cuerpo, Remedios y Aurora refieren eventos traumáticos que provocaron la enfermedad en ellas o en sus familiares, tales como un accidente automovilístico y un golpe en la pierna.

Sí, pues a él le dieron una patada en la espinilla y empezó con dolorcitos, y dolorcitos, como un mes y fue con el doctor y el doctor le dijo, le sacaron radiografía y bla, bla, para de aquí que vinieran los exámenes de México y todo, pues venía hasta donde tenía el cáncer, hasta ahí le cortaron, pero como ya era un mes ya estaba el cáncer mas para más arriba de la pierna, entonces le dijo el doctor: “Si a los tres meses, le dijo, no sientes nada, le dijo, es de vida”. A los puros 3 meses sintió dolor en la pierna, en el pedazo que le quedaba de pierna y sí lo..., así pero el doctor ya le había dicho: “Si a los tres meses de haberle cortado la pierna, tú no sientes nada es de vida pero si a los tres meses te sientes mal... Y sí, o sea ya el cáncer ya le iba más para adentro o sea le cortaron aquí pero el cáncer ya, las raíces del cáncer ya habían subido para arriba porque son como raíces pues (Aurora).

Esta descripción combina la noción del cáncer producido por un golpe y se combina con la imagen de un crecimiento similar al de la raíz de una planta, por lo que es necesario amputar, o quitar un miembro del cuerpo.

Prácticas de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción

En el cuadro anterior clasificamos las explicaciones de las mujeres sobre las posibles causas de la enfermedad del cáncer cervical o del cáncer de la matriz como se le conoce más frecuentemente, e incluimos entre ellas las alusiones a la “falta de cuidado” en las prácticas sexuales, reproductivas, y durante el postparto. El cáncer no es una enfermedad de la que se reconocen causas únicas, por lo general se trata de una combinación de factores, algunos de los cuales pueden tener efecto o manifestarse años después del evento.

No pues cómo te dijera, en la matriz y eso, pues es que, cómo te dijera, puede resultar de infección, una infección de alguna cosa del marido o resulta de muchas cosas también ahí, no nomás las del marido, de los partos, de los malos partos también resulta en eso... Malos partos que abortas pues, que viene mucha hemorragia y todo eso pues y que si ya está grande la criatura y te la sacan a jalones, así me han platicado a mí, ahí viene la infección de la matriz o también una criatura que se muere en el vientre y dejes pasar días, también es esa infección y ahí te puede causar el cáncer, es una infección que de eso, que una criatura muerta, que ya esté perdida ahí en el vientre, tiene que resultar algo en la matriz. O puede ser de familia, hay familias en las que hay más cáncer... Pues el cáncer puede ser ¿cómo te dijera? pues por puras infecciones, pero como el mío, se me vino por un golpe... con ese golpe me resultó a la larga el cáncer y a mí me creció el tumorcito pequeñito de la mama (Remedios).

Todo aquello que pudiera enfermar a la matriz en algunos momentos de la vida reproductiva, sobre todo eventos relacionados con procesos de deterioro o putrefacción que causan infecciones, están presentes, sin embargo, uno de ellos es al que se privilegia como la causa principal, la enfermedad en sí tiene una gran variedad de causas que se articulan en torno a las infecciones o daños que sufre la matriz.

A excepción de Hortensia, las demás informantes vincularon el ejercicio de la sexualidad con el riesgo de enfermar de cáncer, principalmente por medio de la

transmisión de procesos infecciosos que hacen daño a la matriz, a la que se le considera un órgano vulnerable y delicado. Independientemente del grupo de edad, la representación sobre el cáncer de la matriz se relaciona con prácticas sexuales y experiencias reproductivas.

La matriz está muy propensa a cualquier infección, no sé por qué pero es una de las partes más propensas para contraer el cáncer ahí, nada más como te digo es que es más propensa (Trinidad).

Cuando las mujeres hablan de la “propensión” o la “vulnerabilidad” de la matriz se refieren a que los hombres pueden introducir en el cuerpo de la mujeres, durante las relaciones sexuales, “posibles enfermedades”, lo que la vuelve “más propensa” a enfermar.

Además, la matriz es descrita como un órgano que sufre cambios importantes durante el embarazo, algunos de los cuales pueden dañarlo o hacerlo “propenso a la enfermedad”. En ese sentido, Emilia describió que el peso del bebé pudiera relacionarse con secuelas a largo plazo que pudieran propiciar su debilitamiento y con ello la posible vulnerabilidad ante enfermedades como el cáncer a un largo plazo.

Entre las informantes, María Eugenia, Aurora, Trinidad y Remedios consideran que la falta de cuidados durante la menstruación, el embarazo y el postparto, tales como las relaciones sexuales durante “la dieta”, el cargar cosas pesadas o el comer ciertos alimentos irritantes durante la menstruación pueden debilitar y propiciar problemas futuros entre los cuales se encuentra el cáncer. Estas explicaciones las proporcionaron principalmente las mujeres del G3 y algunas del G2.

Consideramos que es necesario matizar la explicación del impacto de las relaciones sexuales en el riesgo de enfermar distinguiendo dos tipos de explicaciones: a) las que se refieren a la falta de higiene y a las posibles infecciones, quienes hicieron mayor énfasis en la vulnerabilidad de la matriz por los embarazos y por la falta de cuidados en el postparto; y b) las que mencionan de manera más cercana a la explicación biomédica, el papel de la infección por VPH como causa de enfermedad. Estas últimas explicaciones las proporcionaron Yolanda y Rosa, quienes se refieren al VPH y al posible contagio del mismo cuando se tienen varias parejas sexuales, las

dos escucharon del tema por medio del mismo programa de televisión: “Mujer, casos de la vida real” y se refieren al proceso de la siguiente manera:

Me dijo una amiga ¿tú sabes qué es el papiloma humano? Pues mira le dije, acabo de ver un programa en la televisión le dije, en casos de la vida real de la mujer, y más o menos te puedo decir porque miré el programa, pero me cayó de sorpresa a mí esa palabra y eso de que el papiloma viene cuando el hombre, de cuando se mete, y que es una infección, es una infección que las mujeres ¿no? le pegan al hombre y luego el hombre se las puede transmitir, como esposo, ¿por qué? por no cuidarse, protegerse en la calle, porque pos es como una cadenita, porque a la mujer quién se la pasó y así (Rosa).

Puede ser porque los hombres tengan relaciones con varias mujeres o porque uno también tenga relaciones con varios hombres también... o porque los hombres antes, antes de casarse con la persona hayan tenido relaciones con otros y puede tener el virus, puede ser de varios años atrás que tenga el virus. También tener relaciones a muy temprana edad, no hacerse la prueba cuando ya están muy mayores (Yolanda).

Yolanda describió el mismo programa con mayor detalle para hablar de las infecciones que “nos pueden pasar los hombres” y que tienen que ver con el cáncer.

Primero la muchacha pues no sabía, pues apenas tenía un hijo, y deste, y su marido pues, deste se metía con varias mujeres, y la muchacha pues no sabía, no sabía ni qué era el papanicolaou ella, su esposo también tenía relaciones con ella, y entonces una prima de su esposo que había tenido también relaciones con él, le fue y le dijo que se hiciera el papanicolaou, porque ella se lo había hecho y había salido con problemas, que le había salido el cáncer, y que le tuvieron que quitar la matriz y que no iba a poder tener hijos, pero se cuidó y se lo atendió a tiempo, y pues, la muchacha no quiso, no sabía qué era eso, para empezar y no quiso la muchacha, y le pregunto a su mamá y así , hasta que fue a ver al doctor y hasta fue su esposo primero, porque deste, y le dijeron, y según a él, le dijeron que se lo podían curar, porque sí, porque, ¿que si con quién tenía relaciones? ¿Que si tenía esposa? Y sí le dijo que para la esposa era más grave todo eso... y ya pasó el tiempo, y deste, ya supo, después, porque le fueron diciendo más, explicando más el caso, pues ya cuando deste, ella lo tenía muy avanzado y se iba a morir, se muere después de tener a su hijo. O sea el doctor empezó a decir, cuando empezó a leer todo, dijo que en México aproximadamente cada dos horas mueren una mujer de cáncer y ya explicó. ¿Por qué? lo que le estaba explicando yo lo del caso, que porque para el hombre, el hombre, no es tanto problema, porque al hombre se le quita con una quimioterapia o algo así, dijo, que el, su problema son diminutas verrugas que le salen, y que se le quita con eso, pero según que

para las mujer es más peligroso porque, por ejemplo el hombre tenía ese problema, desplazía, por un virus, pero en él se quita, pero era muy fuerte, era un tipo de virus muy fuerte que se puede controlar en los hombres, pero es más grave en las mujeres. De ahí puede venir el cáncer (Yolanda).

El impacto de este programa en la transmisión de la noción biomédica de la enfermedad, no solamente se refleja en las explicaciones que reconstruye Yolanda acerca de lo que dice el médico al final del programa, -en las cuales se utilizan palabras técnicas tales como quimioterapia o la descripción de los efectos del VPH como verrugas diminutas- sino en la forma en que se tipifica al virus por su fuerza. El drama toca elementos culturales importantes, la víctima principal es la madre-esposa que muere después de dar a luz, mientras que las “otras mujeres” lograron curarse por detectar la enfermedad a tiempo. La representación del caso en el programa televisivo refuerza en Yolanda la noción de una enfermedad que cobra vidas de manera muy rápida en personas jóvenes, así como el vínculo de la enfermedad con la transmisión sexual por medio de algún virus que provoca procesos infecciosos. La informante que manejó más información biomédica no solamente es la que tiene menor edad, sino que a pesar de contar con ella, no ha acudido a la prueba de detección oportuna, aun cuando manifiesta su interés por hacerlo después del parto e infructuosamente ha tratado de convencer a las mujeres de su familia para que también acudan.

Los procesos infecciosos entre los que se ubica el VPH son causa de la enfermedad, de manera que las mujeres con más infecciones pueden ser las más vulnerables. Estas infecciones provienen de tener relaciones sexuales con múltiples parejas y están asociadas con la falta de higiene. La transmisión sexual por VPH fue mencionada por Rosa y Yolanda, quienes a raíz de un programa de televisión en el que se abordó la enfermedad, señalaron el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, la falta de protección y la displasia como antecedentes que tienen que ver con procesos infecciosos ocasionados por un virus “muy fuerte”. Penélope habló de la necesidad de tener cuidado con la higiene por la posibilidad de tener algún problema infeccioso y la importancia de hacerse la prueba del cáncer. Blanca fue la única de las entrevistadas que consideró que el cáncer no tenía que ver con las relaciones sexuales.

Pues (se enferman más) las que empiezan a tener relaciones a muy temprana edad y las que nunca se lo han hecho que ya están muy mayores no sé por qué, a lo mejor que tengas muy seguido o que tengas con diferentes también, con diferentes muchachos, diferentes hombres sin protección, sin nada, así como te puede dar el Sida o el cáncer, no se sabe (Yolanda).

En torno al mismo tema del ejercicio de la sexualidad, Aurora añade un nuevo elemento que es el riesgo de no ejercer la sexualidad y sus consecuencias para una mayor propensión a enfermar. En la narración que reproducimos abajo, se reconstruye el caso de una persona de su familia cuyo diagnóstico biomédico²¹ de quistes de ovarios le hace generalizar este factor como una de las causas del cáncer de matriz.

También he oído que es más fácil que te dé el cáncer por la falta de relación, que la falta de relación hace primero los quistes y luego ya (el cáncer). Porque tengo una prima que está soltera y tiene cincuenta y tantos años, no se casó y le salieron quistes y un doctor la operó y le quitó todos sus quistes en sus partes y le dijo que eso era porque no se había casado y que era necesario que se casara inmediatamente porque ella iba a seguir sufriendo de eso por la falta de relaciones; y entonces, siempre que platicábamos nosotros, ella me decía: “Hazte el Papanicolaou. ¡Peor tú que no tienes esposo! peligras más, a tener cáncer en la matriz”. Entonces ella misma me platicó de una cuñada que su esposo se fue para el otro lado y jamás volvió y se vio a las orillas de la muerte por lo mismo y el doctor le dijo que no, que se buscara, que saliera y se buscara con quién tener relaciones, porque eso era lo que la estaba matando. También le produjo cáncer en la matriz por falta de relaciones. Hay muchas cosas que uno desconoce verdad. Sí, que tenía que casarse porque eso era lo que le estaba haciendo daño, y pues, pues yo no he tenido problemas pero, gracias a Dios porque, no ha de ser en todas, no ha de ser, porque pues mi esposo va a cumplir 11 años de muerto y nunca, nunca, no he tenido problemas, más que ahora (Aurora).

Las relaciones sexuales se vinculan a la enfermedad a través de posibles daños a la matriz por procesos infecciosos, úlceras o inflamaciones. Sin embargo, la falta de relaciones es también una posible causa de la enfermedad, en el caso de Aurora se

21 Las condiciones asociadas a este tipo de cáncer, de acuerdo con el modelo biomédico (Medline, 2004), son las siguientes: obesidad, hipertensión, enfermedad ovárica poliquística, nuliparidad (no haber tenido ningún embarazo), infertilidad (incapacidad para quedar embarazada), menarquia (inicio de la menstruación precoz), menopausia tardía (suspensión de las menstruaciones).

encuentra vinculada principalmente con experiencias con familiares que han tenido problemas de quistes ováricos.

De acuerdo a la apreciación de las informantes, las mujeres que tienen varias parejas sexuales pueden ser las más propensas a enfermar debido a la frecuencia de las relaciones en términos de “desgaste” del cuerpo y por las infecciones a las que se exponen. Las infecciones se asocian a la falta de higiene tanto de mujeres como de hombres, por lo que las personas que no se cuidan en su aseo diario y tienen relaciones con varios hombres están más propensas a contraer enfermedades. Aunque como expresa Rosa, las trabajadoras sexuales (“de la vida galante”) tienen mayores cuidados que una mujer ama de casa.

Yo creo que las mujeres de la vida galante ¿no? las, yo me imagino que sí hay más riesgo, aunque dicen que son las que están más prevenidas en eso. Son las que están mas prevenidas, en eso, dicen, que son las que se checan más que una ama de casa, que más que una persona, y yo creo que sí es cierto, ¿no? A veces me pongo a pensar y yo creo que sí es cierto, porque se dan tiempo, uno que el trabajo, que la casa, que esto, a que luego voy a ir, es desidia todo eso, pura desidia. Cuando estaba embarazada la primera vez, la enfermera así dijo, que el cáncer era algo que todos tenemos, ¿verdad que no puede ser eso? Así dijo, es enfermedad que todos tenemos, se nos desarrolla a unos y a otros no (Rosa).

Consideramos que el vínculo estrecho entre relaciones sexuales y la posibilidad de contraer procesos infecciosos y/o debilidad de la matriz tiene una implicación que sería conveniente resaltar, misma que expresa Remedios respecto a las mujeres que no tienen relaciones sexuales. Al no tener pareja o haber enviudado, hay mujeres, particularmente mayores de 45 años de edad, que se consideran fuera de peligro.

“Mijita yo no tenía ya hacía mucho tiempo (relaciones sexuales), y por eso creía que no necesitaba hacérmela ya (se refiere a la prueba del cáncer), le dije ese día a la enfermera, pero no, que sí, que sí que me la hiciera, ay mijita...” (Remedios)

Otros elementos que conforman la representación de las mujeres como causas de la enfermedad son: a) la utilización de algunos métodos considerados agresivos e

intrusitos en el cuerpo como lo es el dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas, a los que aludieron Rosa, Emilia y María Eugenia por el daño que pueden causar y los efectos a largo plazo en la matriz.

El dispositivo puede tener algo que ver con el cáncer, todas mis hermanas me dicen que como lo traigo me tengo que cuidar más. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había echo una úlcera, y no, gracias a Dios no fue nada malo, quedó todo bien, seguí yendo con el ginecólogo, allí en el Centro de Salud, en el Sahuaro, y me dijo que estaba muy bien (Rosa).

¿No tiene que ver con el dispositivo? Creo que sí. Aunque también nos puede dar por diferentes causas, una es el cigarro, pero en la matriz no sé por qué viene, en la piel tal vez de los granos, no sé, ni tampoco sé por que da en la próstata. Por el sufrir (ríe), o sea, por los hijos, se daña demasiado la matriz pues de tanto peso, de, sabe, cuando tenemos relaciones que a nosotros nos entra, mientras que a ellos no les entra nada, o sea, todo eso, los roces yo digo eso, no sé... No, pues a lo mejor haciéndolo mucho nomás ¿no?, por ejemplo a mí se me afigura que es más probable en las prostitutas que con cualquiera, enfermedades y todo eso, es más probable que una persona que con su pareja... (Emilia)

b) La multiparidad, que Hortensia señala cuando describe que las mujeres que tendrían más riesgos de enfermar son aquellas que “tienen muchos hijos”, entendiéndolos muchos como seis o más.

Pues según a las mujeres ya más, más grandes por tener, o sea, en la tele yo no sé por qué, que por tener muchos hijos, o sea, pero no sé por qué, la causa de que dicen, que dicen que ¡ay! que las mujeres que, que tengan, que hayan tenido más hijos que son las que deben hacer la prueba que porque hay mas riesgo, pero, o sea, no dicen por qué el riesgo, nada más que por tener muchos hijos (Hortensia).

Si reconstruimos de manera condensada la descripción que hacen las mujeres sobre la relación entre procesos infecciosos y el cáncer, las infecciones en su aparato reproductivo pueden originarse debido a algún contagio por transmisión sexual, lo que se identifica principalmente a) con la falta de cuidado en prácticas de higiene cotidiana, ya sea de las mujeres o de sus parejas sexuales; b) con transmisión de virus que “se complican” y que propicien enfermedades. Las infecciones se suman a los

procesos de daño y debilitamiento que a la par de la falta de cuidados en el posparto, contribuyen a la vulnerabilidad de la matriz y a la posibilidad de contraer la enfermedad en un largo plazo.

Pues por ahí me imagino yo las infecciones, cuando empieza, pero si no se atiende a tiempo es como pueden agarrar un cáncer. No se qué causa el de la matriz, pero pienso que se debe principalmente por contagios, porque los hombres se acuestan con muchas mujeres y luego vienen y nos contagian, o también cuando las mujeres tienen muchos hombres. Pero son más los hombres, que nos pasan infecciones y virus que luego, si no los detectan a tiempo se complican... Pues sí, muchas veces él te puede provocar una infección y yo creo que muchas veces por descuidos, pues, las infecciones vienen por muchas veces por aseo, que no, muchas veces por no cuidarse, por no tener un aseo, no nada más por los hombres tengo entendido que por descuidos de tu higiene personal o por no atenderte si ya tienes algo, y si no te curas y las dejas avanzar a las infecciones, sí pues, que no vas al doctor a ver qué tienes, que te dé tratamiento. Pues para mí pues tiene uno que estar con cuidado para todo, de hacerse limpieza, la limpieza y estar bien con el esposo y que ellos también tengan cuidado (María Eugenia).

Las mujeres que mencionaron el VPH o las displasias, tienen como características ser del G1 y G2 de edad y/o trabajan fuera de su hogar. Ellas describieron que el VPH se transmite por las relaciones sexuales y puede causar el cáncer, y no hicieron diferencia con otros diagnósticos de infecciones, sino que lo sumaron a la noción del tratamiento de procesos de este tipo para evitar que se vuelvan cancerosos.

Es importante señalar que en algún momento de la entrevista con las dos mujeres, el nombre del VPH fue confundido con las siglas del VIH. Durante la sesión en la que se les proporcionó información sobre el cáncer y la prueba de detección oportuna, pidieron diferenciarlos después de que lo describieron como un virus que provoca una infección más fuerte que otros. De la misma manera, la palabra displasia, a la que aludieron tres de las entrevistadas, fue definida como una infección muy fuerte y el NIC I como cáncer:

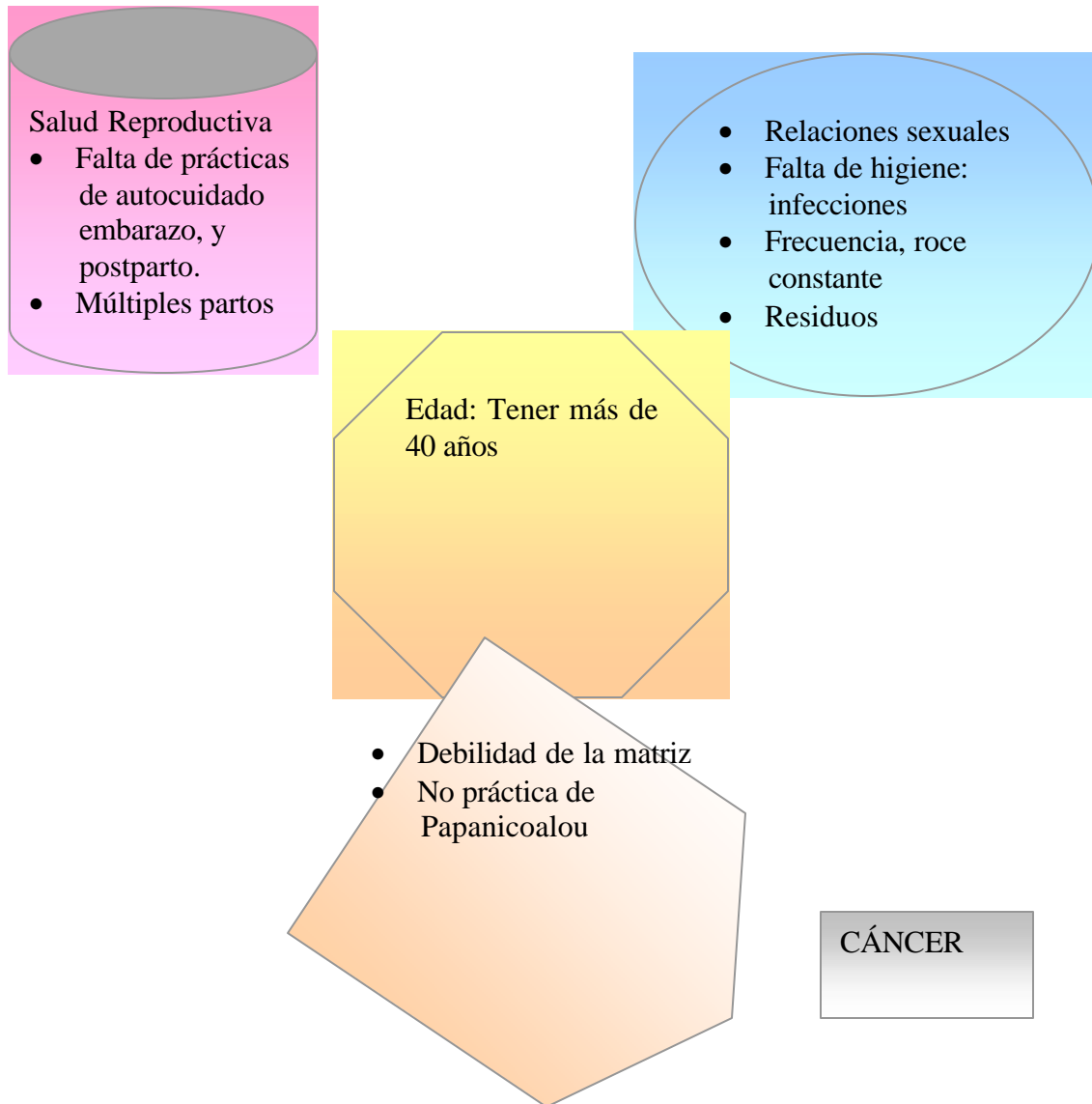
Las “displasias” son etapas del cáncer, son infecciones que se descuidan y crecen mucho, de ahí luego viene el cáncer si uno no se las alivia a tiempo (Penélope).

Pues, las que tienen más infecciones, porque vienen por muchas veces por aseo, ¿qué no?, muchas veces por no cuidarse, por no tener un aseo. Pues bañarse todos los días, mantenerse limpias, ¿no?, jamás va uno en sus días (risas) te dicen que tienen que tener baño diario pues para la prueba... Las displasias, ¿qué no?, o sea, son infecciones y es infección muy fuerte, ¿qué no?, te las cuidas y ya, pero si no te las cuidas y las dejas avanzar, si no vas al doctor a ver qué tienes, a que te dé tratamiento te da, de ahí puede venir el cáncer (Penélope).

En la siguiente ilustración describimos los elementos que mencionaron las mujeres como factores que causan la enfermedad: Los que tienen que ver con la salud reproductiva, con su higiene durante las relaciones sexuales, el cuidado de las infecciones y la edad, todo ello vinculado al deterioro del organismo que aunado a una falta de práctica del Papanicolaou oportuna, puede llevar a la enfermedad.

En la descripción de los procesos de la enfermedad, las mujeres describieron los posibles síntomas, nueve de ellas mencionaron que cuando se tiene cáncer pueden presentarse los siguientes: dolor abdominal, dolor de cabeza, comezón “rasquera en el pecho”, cambios en la menstruación (ritmos y cantidad de sangrado), diagnóstico de úlceras o infecciones, adelgazamiento y caída del cabello. Hablaron del ardor y de la caída del cabello como experiencias que presentaron personas conocidas y que fueron asociadas con cáncer. No siempre señalaron que estas características fueran resultado del tratamiento, sino que las consideraron síntomas de un cáncer que se desarrolla en la cabeza. La ilustración No. 15 representa las principales causas de la enfermedad de acuerdo a las narrativas de las mujeres.

Ilustración 15. Causalidad del cáncer



La importancia de considerar que hay sintomatología asociada cuando ya se presenta la enfermedad, implica que las mujeres pueden considerar como poco urgente la práctica de detección ya que hasta que no se presenta no se busca la detección oportuna o se deja de pensar en la posibilidad de enfermar.

De los síntomas mencionados, los que motivaron la búsqueda de atención de Remedios, Aurora y Gabriela fueron el prurito insoportable, los sangrados y dolores de cabeza y los cambios en el ritmo de la menstruación.

Solamente dos de las entrevistadas coincidieron en que no hay síntomas que puedan ayudar a identificar si se tiene cáncer. Aurora narró la experiencia de su prima en la que no hubo dolor previo y a quien le detectaron quistes en la matriz, y Emilia señaló que no hay sintomatología que pueda identificarse de otra forma que no sea con la prueba del Papanicolaou, por la reconstrucción del diagnóstico reciente que recibió su cuñada.

El problema es que la única forma de detectarlo es con el Papanicolaou, porque según no se siente nada... como le pasó a mi cuñada y ya vez, le quietaron la matriz (Emilia).

Sin embargo, Aurora no pensó en la posibilidad de estar enferma hasta que presentó síntomas de sangrados que le hicieron buscar atención médica. Pareciera que una cosa es la sintomatología que se atribuye a la enfermedad y otra la que se reconoce como realidad cercana. En la práctica de las mujeres entrevistadas, seis atribuyeron la búsqueda de la detección oportuna por la presencia de algún síntoma o por haber recibido algún diagnóstico previo, el cual podía ser considerado como un factor de riesgo o síntoma de un posible cáncer. De ellas, solamente cuatro acudieron como práctica de detección oportuna sin estar vinculada a síntomas, aunque algunas respondieron en el cuestionario que acudieron como forma de prevenir la enfermedad, cuando hablamos con ellas con mayor cercanía narraron los síntomas que motivaron su práctica.

Imágenes y metáforas del cáncer

Una imagen se entiende como una forma de describir semejanza y apariencia de algo, de acuerdo con ello, las mujeres entrevistadas utilizaron imágenes y metáforas²² para describirlas, principalmente utilizaron la imagen de plantas o matas, y utilizaron la

²² Entiendo por metáfora la utilización de otras palabras para describir y trasladar el sentido directo de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita con el fin de dar a entender algo (Real Academia de la Lengua Española).

metáfora del enraizamiento para describir parte el proceso y la peligrosidad de la enfermedad.

El cáncer fue descrito por Aurora, Remedios y Trinidad como una mata, una planta cuyas raíces están en continuo crecimiento introduciéndose en diversos órganos, o cuyos brazos cunden en el cuerpo de manera que cuando se corta alguna parte, en la que se haya detectado el cáncer, puede volver a surgir en otro lugar, si se deja algo de su raíz se “enraiza” en el organismo por lo que en ocasiones es necesario cercenarlo, para evitar que continúe creciendo.

Una metáfora utilizada por la mayor parte de las mujeres describe el proceso de la enfermedad como algo que “carcome al cuerpo” o bien “lo enmohece” y utilizaron para describirlo la imagen de un cuerpo con llagas dolorosas o ulcerado en su interior, en continuo deterioro y con crecimiento desordenado y abultado de diferentes órganos o piel y con procesos de putrefacción. El cáncer es visto entonces como una enfermedad que trae a la mente de manera inmediata la muerte como posibilidad cercana.

Se me figura como que se va enmoheciendo por dentro, como les pasa a los fierros. Así como bombitas, así como, un área así como amarillosa, así como... así como cuando se pierden los frijoles, así como bombitas así que se hacen, así se me afigura pero amarillo así, como cuando se pierden, cuando están perdidos, acedos, has de cuenta que arriba le queda una natita así de bombitas pero así como cafezón así se me afigura, como que se te va llenando todo por dentro, o sea, que se te expande. Como cuando el fierro que se enmohece así, así se va poniendo en todo el cuerpo por dentro, ¿no? (Emilia)

Asimismo, señalaron el enmohecimiento del cuerpo, que se vuelve negro en su interior, que se pudre, la similitud que guarda con la comida que está echada a perder, con la piel amarillosa y con “bombitas” o “ampollas”. Lo identificaron con infecciones que carcomen el cuerpo por dentro, con heridas que van creciendo y finalmente con la muerte.

Porque dicen que esa enfermedad es como una mata, la trozan y la hacen pedazos y... resulta en otra parte, pero por eso estoy en tratamiento. Sí pues, porque dicen que operan, como quien dice... te operan y ya te resulta en otra parte, yo por eso quería que me quitaran todo el pecho. Sí, me dijo el doctor:

“Usted no va a saber a donde le va a brincar, por eso le tengo un estudio”. Me tengo que hacer cada tres meses, de sangre, de orina (Remedios).

La representación del cáncer en las metáforas que utilizaron hace énfasis en el crecimiento continuo de algo malo en el interior de nuestro cuerpo, que en ocasiones avanza silenciosamente pero que conlleva en algún momento dolores muy fuertes y desgaste que lleva a la muerte.

En general, el cáncer es una enfermedad que provoca sentimientos negativos, principalmente porque se relaciona con la muerte y con procesos de sufrimiento que suelen ser largos. Las mujeres en general prefieren no hablar sobre el tema cuando se reúnen a conversar con sus amistades “para no convocarlo”, y por la ansiedad que genera hablar de una enfermedad de este tipo. Incluso a los enfermos en ocasiones se les oculta el diagnóstico para evitar que, en palabras de Audelina, “decaiga su moral” y mueran más rápidamente. Así como se evita hablar de la muerte, se evita hablar de enfermedades que se relacionan de manera cercana con el cáncer y con los procesos de descomposición del cuerpo, procesos que son lentos y dolorosos.

Nociones sobre la prevención de la enfermedad y los tratamientos

La prevención es una palabra que para las mujeres entrevistadas significa cuidados previos que se tienen en la vida cotidiana con la finalidad de evitar una enfermedad. Al inicio de este trabajo pensamos que encontraríamos la descripción de una gran variedad de prácticas de autocuidado, dado que partimos del supuesto de que toda población tiene prácticas de autocuidado y autoatención de los problemas de enfermedad que reconoce. En este sentido nos sorprendió que aparentemente, al hablar del tema, explícitamente nueve de las mujeres coincidían en afirmar que no hay formas de prevenir el cáncer en el hogar y que básicamente la práctica del Papanicolaou es la forma de cuidarse y detectar la enfermedad a tiempo.

Solo dos de las mujeres, Rosa y María Eugenia describieron como prácticas de autocuidado los lavados vaginales y ellas mismas, al igual que Yolanda, hicieron alusión a la importancia de evitar tener relaciones sexuales con varias parejas como una forma de prevención.

La prueba es para que no te dé o para que sepas si lo tienes, nada más es la prueba del Papanicolaou. Es para saber... Según el doctor del programa de la tele, también dijo, también que lo más seguro es ser fiel en la pareja (Yolanda).

En general, cuando pedimos a las mujeres que describieran sus prácticas de prevención, mencionaron la detección oportuna de cáncer no porque no identificaran su utilidad, sino posiblemente porque es la única práctica que difunden los medios institucionales y de comunicación como una forma de “protección” frente a la enfermedad. De tal manera que aunque las mujeres saben con claridad que el objetivo de la prueba del Papanicolaou es saber si tienes la enfermedad o no, es decir, detectarla lo más pronto posible, utilizan la palabra prevención para describirlo.

No podemos prevenirlo, sólo podemos estarnos checando. La única forma de cuidado que conozco es hacerse el Papanicolaou y aunque se siente vergüenza es mejor hacérselo” (Beatriz).

¿Prevenirlo? pues se supone que previene uno cuando vienes a consulta hacerte el examen, pero si ya lo tiene uno pues, yo creo que ya lo tienes y nomás se controla, pero ¿cómo lo previenes? o sea, yo vengo a hacérmelo, si no lo tengo así, pero si lo tengo, ya después es controlable nada más yo creo ¿no? (Penélope)

Si bien de manera explícita las mujeres señalaron como prácticas para prevenir el cáncer al Papanicolaou y no tener muchas parejas sexuales, al preguntar sobre las causas de la enfermedad, encontramos que las mujeres coinciden en que las relaciones sexuales, los embarazos o la herencia tienen que ver con la enfermedad, y si bien no se considera que otras prácticas se dirijan de manera exclusiva a cuidarse para no enfermar de cáncer, sí mencionaron otras prácticas de cuidado que se relacionan con mantener su salud y evitar enfermedades en general, entre ellas el cáncer de la matriz. Entre estas prácticas de autocuidado se encuentran los lavados vaginales y la higiene durante las relaciones sexuales.

Pues si supiéramos qué es eso lo evitaríamos pero pues realmente, lo evitamos al irnos a hacer la prueba de saber si tenemos o no, en eso, yo creo que hasta cierto punto pues, así fuera lo que sea pues, si la podemos evitar con algo

pues, la evitábamos la enfermedad nada más, pero pues cuando uno, cuando por decir, en todo caso por decir que tuviera yo cáncer, no, no, no íbamos, yo no iba a saber la causa de por qué, simplemente yo creo que me iba a dar cuenta al momento de irme a hacer la prueba, o sea como quién dice, o sea, lo mismo que cuando estás diabética te vas y te haces la prueba y sabes pero nada más, no puedes hacer algo si no sabes por qué te da y así pienso, porque yo no sé por qué da el cáncer ni si hay algo que pueda hacer para no enfermarme, nada más la prueba, de otra forma no puedo prevenir o cuidar (Hortensia).

No hay nada que lo pudiera prevenir o evitar has de cuenta, que no hay algo que, que yo no vaya a hacer esto para que no me dé cáncer, así pues, ajá, es algo que sale. ¿Y cómo lo podemos prevenir? Creo que no. La prueba es para saber que no tienes cáncer, porque digo yo, ¿para qué quieres que te hagan (la prueba) ya cuando está el cáncer?, porque no se puede prevenir, no se puede prevenir, entonces ¿ya para qué (te) estás checando? Nomás (es) para ver si tienes y ya o solamente, a ver qué tan avanzando está (Emilia).

La noción de la enfermedad como algo que sale y que no es claro a qué se debe parece relacionarse con los pocos cuidados explícitos que se asignan a la misma. La enfermedad no depende aparentemente de prácticas que puedas cuidar, debido a que se considera que el desgaste de la matriz por tener hijos, por procesos infeccioso o por la edad son considerado parte del proceso de la vida.

Los pocos cuidados que describieron las mujeres son entonces los lavados con benzal como una forma de higiene que ha sido descontinuada en el discurso médico y señala que a falta de una práctica de prevención en este sentido, lo que queda es pedirle a su pareja que se cuide.

No, nada, pues antes decía mi tía, la hermana de mi mamá, no, que se tiene que hacer lavados uno, lavados para sacarse lo malo, que porque a veces no sale bien todo cuando regla uno y de ahí se van formando los coágulos y de ahí se van formando las infecciones. Ella nos decía, que con benzal y que eso, pero yo nunca lo he hecho, porque una vez se me ocurrió y le pregunté al doctor y me dijo eso era antes, antes la gente, ahora no, me dijo, ahora para eso es la limpieza, higiene y el estar con una pareja y saber que tu pareja también le das su jaladita de orejas y le dices cuídate, cuídate. Pero nomás no, no que yo sepa eso es lo que hacía mi tía, decía (Rosa).

Los lavados también se recomendaban para evitar que quedara algo sucio en la matriz después de la menstruación, como lo describe María Eugenia, quien sí continúa con las recomendaciones que le hizo su madre respecto a su higiene.

Pues que no tengan relaciones con cualquier gente. Además para prevenir infecciones yo me he hecho, yo me hago mis lavados cada 15 días, cada mes a veces lo hago unos días antes de la menstruación y el último día de la menstruación me hago mi lavado. Me lo hago con el depósito ese que le llaman no me acuerdo cómo se llama pero le pones algo a la agüita, me lo hago con romero. Es un té, lo pongo a cocer y dejo que se enfríe y me hago el lavado, así me lo recomendó mi mamá (María Eugenia).

Entre los cuidados preventivos, Emilia y Aurora mencionaron al tratamiento de histerectomía, porque consideran que es mejor perder un órgano que la vida, y si al quitar la matriz quedas curado, de pronto la atención médica tiene una connotación “preventiva”, en el sentido de evitar la mortalidad y eliminar “el mal”. Si no es posible evitar los problemas que causa un embarazo, sí lo es el cuidarse durante los cuarenta días siguientes (“la dieta”), cuidados que se refieren a no tener relaciones sexuales o eliminar ciertos alimentos como el chile.

No, pues no me imagino si se pueda prevenir. La única forma que conozco es cuando le sacan la matriz a la mujer, que es ahí de donde viene el cáncer ¿no? de la mujer, me imagino el de la matriz ya es porque uno, pues porque uno, pues por cosas, que los partos, que uno, que uno muchas veces no tienen cuidado en la dieta y todas esas cosas, me imagino que por eso es de la matriz (Aurora).

Dependiendo del tipo de cáncer, identificado por el lugar en el que se manifiesta la enfermedad, puede más o menos prevenirse porque, como señala Remedios, la causa de su diagnóstico fue un golpe. En este sentido la prevención estaría en evitar este tipo de problemas, pero como ella misma dice, “por eso son accidentes” no puedes evitarlos toda la vida.

No sé, porque lo mío fue de un golpe en un accidente, hay que cuidarse del sol y los golpes ya que lo tienes... dicen que esa enfermedad es como una mata, la trozan y la hacen pedazo y se enraiza, de modo que resulta en otra parte, pero por (eso) estoy en tratamiento, para que no me vuelva (Remedios).

Las mujeres señalaron que la información sobre el cáncer de la matriz que han escuchado en la televisión y en la radio no explica bien qué es lo que tienen que cuidar, la única forma de cuidado en la que coinciden es en acudir a la prueba de detección oportuna. La publicidad que reciben en los medios de comunicación y la que escuchan en la Unidad de Medicina Familiar va en el sentido que apuntan.

La principal práctica de cuidado para evitar morir de cáncer es hacerse la prueba del Papanicolaou para detectarlo a tiempo. Las mujeres más jóvenes como Penélope, relacionaron la detección oportuna con el control de la enfermedad, pero en general si no se detecta a tiempo y si no se trata, consideran que es una enfermedad mortal.

La “prueba del cáncer” es como lo dice su nombre, una prueba para saber si tienes o no la enfermedad y si la tienes para detectarla a tiempo, si bien saben que esto no es una prevención de la enfermedad en sentido estricto, utilizan la palabra prevenir al describir sus prácticas de detección oportuna, es decir, la forma de darse cuenta si es necesario iniciar tratamientos de los que además de la histerectomía, mencionaron la radioterapia.

El cuidado o la falta del mismo en la vida sexual y reproductiva de las mujeres se relaciona con una mayor vulnerabilidad a enfermar. En todo caso, las prácticas de autocuidado son una serie de prácticas que tienen la finalidad explícita de evitar a largo plazo la debilidad o el desgaste de la matriz. En este sentido describieron a ciertas prácticas que califican de descuido o falta de cuidados que pueden ser atendidas por las mujeres, pero otras, como el desgaste que conlleva el embarazo, el parto y post-parto no son consideradas como algo que puedan evitar o de lo que se cuiden para no enfermar.

En la noción de cuidado de la enfermedad se incluye a las parejas, no basta con que las mujeres cuiden su higiene y el número de parejas sexuales, o las prácticas sexuales que ejerzan sino es necesario que sus compañeros se cuiden de la misma manera.

Habrían entonces, desde esta concepción, prácticas de cuidado que pudieran propiciar a largo plazo una menor predisposición a enfermar, entre otras cosas

indefinidas de cáncer (como los cuidados del embarazo, parto y post-parto) y por otro lado, a pesar de los cuidados, una concepción de que es parte de la vida por un proceso de desgaste del cuerpo que finalmente desencadena enfermedades como el cáncer.

Finalmente, en torno a los tratamientos, las representaciones de las entrevistadas coinciden en que “el cáncer puede tratarse únicamente si se descubre a tiempo”, noción que corresponde textualmente a las campañas y promociones. Sin embargo, respecto de los tratamientos, se señaló que de acuerdo al lugar del cuerpo en el que se da la enfermedad, existen diferentes tratamientos, el primero de ellos y más señalado fue el más extremo: la extirpación o amputación de alguna parte del cuerpo. En el caso del cáncer de la matriz, el tratamiento que mencionaron con mayor frecuencia en las entrevistas fue la histerectomía.

Pues dependiendo, si es una pierna, si es un brazo, me imagino que amputando la pierna, si se detecta hasta dónde va y luego, luego así en dónde queda tienen que cuidar que no quede nada... de la matriz me imagino que con radiaciones o sacando la matriz (Aurora).

Otros tratamientos mencionados fueron las radiaciones y la quimioterapia. En las mujeres más jóvenes encontramos información sobre la extirpación de pequeños espacios donde se encuentra la enfermedad cuando se detecta a tiempo y mencionaron la utilización de óvulos y pastillas para el tratamiento de las displasias. Se mencionaron pocos tratamientos alternativos como el té de uña de gato tomado como “agua de uso” y medicamento naturista, principalmente “antioxidantes” que receta una de las entrevistadas que es curadora iridióloga (Trinidad).

Saberes del cáncer y su relación con la detección oportuna

Los saberes de las mujeres sobre el cáncer se van construyendo a partir de lo que se comparte en sus redes sociales sobre los procesos de s/e/a, y a través de las prácticas de acompañamiento y cuidado de personas enfermas en las mismas. En este sentido, la relación de cuidar a un enfermo y la posibilidad de modificar los saberes sobre la prueba del Papanicolaou, depende de una multiplicidad de variables entre las que identificamos las siguientes: a) *el tipo de cáncer*; b) *las causas a las que se*

atribuye; c) las mujeres identifican y viven con mayor o menor preocupación si comparten *características comunes con el enfermo*, no sólo por “la zona” en la que se manifiesta la enfermedad, sino por las similitudes o diferencias en cuanto a la edad y el sexo; o un estilo de vida similar entre quien enferma y el cuidador y, finalmente, d) *las prácticas que consideren de riesgo y cuidado*, por ejemplo, si la persona enferma tiene cáncer en el pulmón y se sabe que fumaba, a diferencia de quien lo cuida, esta última puede sentir más alejada la posibilidad de enfermar a pesar de haber sido fumador pasivo toda la vida.

En las narraciones de las entrevistadas vemos que en los procesos de cuidar y aprender a cuidar, las mujeres aprenden las mujeres se enfrentan a un tema que no se aborda de manera cotidiana, y el tema del riesgo de enfermar deja de verse en abstracto y se acerca a la posibilidad de que se presente en personas cercanas o en ellas mismas. Entre quienes modificaron las representaciones sobre el riesgo de enfermar, a partir de tener contacto con el proceso y/o sus cuidados se encuentran Emilia, Rosa, Gabriela, Trinidad, Remedios, Aurora, Beatriz, Penélope y María Eugenia quienes tienen en común que antes de conocer las experiencias de personas cercanas, pensaban que la enfermedad era un problema para mujeres mayores de 40 años de edad.

Entre ellas, quienes modificaron sus prácticas de detección oportuna a raíz de conocer la enfermedad en otras mujeres o en sí mismas, fueron Remedios, Gabriela, Penélope y Aurora; para una el cambio fue en el sentido de acudir a hacerse la prueba, mientras que en la segunda, la experiencia más bien ayudó a retrasar la práctica.

Es necesario precisar que nuestro interés en este capítulo es reconstruir las representaciones sobre el cáncer cervical en tanto puedan ayudar a la comprensión de las prácticas de Detección Oportuna. Nuestro objetivo principal no fue la descripción de la noción del cáncer en sí mismo, sino considerarlo en tanto que nos ayude a explicar la práctica de detección oportuna de las mujeres entrevistadas, sin embargo, podemos reconstruir a partir de sus narrativas, una representación social del cáncer de la matriz que es sinónimo de muerte y dolor.

Los saberes de las mujeres sobre el cáncer en general y el que de manera más específica nombran como cáncer de la matriz, se basan en sus experiencias directas o indirectas con la enfermedad, en la información biomédica que obtienen de diversas fuentes, principalmente de su relación con el personal de salud de las instituciones médicas, y de los programas que buscan fomentar una práctica de detección oportuna en los medios de comunicación masiva y en los materiales promocionales que se encuentran en los servicios de salud.

Por lo general, el cáncer es una enfermedad que se relaciona con la muerte y el dolor, y como tal es temida y de ser posible olvidada, no es un tema de conversación cotidiano a menos que la enfermedad se presente entre sus personas cercanas.

Las principales causas de la enfermedad se relacionan con el daño o deterioro que puede sufrir la matriz a causa de los embarazos, los partos, o la utilización del dispositivo intrauterino, pero principalmente, por los problemas que pueden derivarse de las relaciones sexuales, como los procesos infecciosos transmitidos por esta vía y que a largo plazo se relacionan con procesos de enfermedad cancerosa. El cáncer es una enfermedad que se manifiesta en diversas partes del organismo, dependiendo del lugar se asocia con distintas causas y con cuidados posibles o imposibles.

Las características de las mujeres con mayor riesgo de enfermar son: tener más de cuarenta años de edad; tener múltiples parejas sexuales, entendiéndose por ello, principalmente, las prácticas de las trabajadoras sexuales por el riesgo de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual que conlleven daños a la matriz; la falta de cuidados higiénicos, de ellas o sus parejas, durante las relaciones sexuales o la menstruación; y la falta de cuidados durante el período del postparto o “dieta”.

Las representaciones sobre el cáncer no son estáticas, son procesos que se transforman en el tiempo y en cuyas modificaciones se conjugan una serie de eventos relacionados, entre ellos están las experiencias con la enfermedad ya sea a través de la cercanía y la experiencia de una persona que ha fallecido por la enfermedad, por el cuidado de un enfermo, por padecerla o finalmente, por acompañar de vez en cuando la experiencia de otros. Aun cuando no fue un tema que abordamos en esta investigación con suficiente rigurosidad, la relación de las experiencias del padecer o

del acompañamiento al padecer de los enfermos cercanos, es parte importante de este proceso de aprendizaje sobre los procesos de s/e/a pero no en forma aislada, sino que se conjugan con una serie de condiciones de manera que su resultado puede cambiar parte de las representaciones y/o de las prácticas, no de manera mecánica, sino siempre en relación con otros factores culturales y saberes previos sobre la enfermedad.

Entre las entrevistadas, la televisión jugó un papel importante cuando se difunden los contenidos principales en forma de historia o “casos”. En general, la experiencia directa de la enfermedad y aun el considerar que se tienen etapas previas que pueden convertirse en cáncer, marcó de manera fundamental las representaciones y las prácticas de Detección Oportuna entre las entrevistadas.

Cabe señalar que la práctica de detección oportuna no siempre cambia hacia una mayor regularidad de la práctica. Entre los elementos que se conjugan para que esto sea así se encuentra el acceso a los servicios médicos, la información adecuada sobre la pertinencia de la detección oportuna, el apoyo de sus redes sociales y laborales para acudir a la prueba, la práctica de detección oportuna de personas cercanas, la confianza en la calidad de algún servicio médico y la calidez con la que se cumpla (preferentemente la presencia de personal femenino capacitado para la toma de la muestra

Una de las características de las representaciones sociales sobre un objeto, una práctica de detección oportuna y la enfermedad que se trata de evitar, es que se conforma de elementos contradictorios que conviven en las explicaciones que se dan sobre una práctica, o en este caso una enfermedad. Así podemos encontrar qué se dice de una enfermedad que no se puede prevenir, pero a la vez se dan una serie de prácticas de cuidado que han de tomarse en cuenta para tratar de estar saludables y no llegar a desarrollar esa u otra enfermedad en un largo plazo.

La definición de la enfermedad, sus causas y nociones sobre el proceso salud/enfermedad/atención se relacionan con la búsqueda de atención, ya que la forma de comprender y de explicarse la enfermedad incluye, entre otros elementos, la posibilidad de verse a sí mismas en riesgo o por el contrario de aplazar la búsqueda de atención. Sin embargo, la práctica no es del todo coherente con las nociones,

experiencias y apreciación del riesgo, en ocasiones un evento de sintomatología que implica gravedad es lo que desencadena la práctica de atención médica. Precisamente en el siguiente capítulo describiremos y analizaremos los saberes sobre la prueba de detección oportuna de cáncer.

VII LA PRUEBA DEL CÁNCER: ENTRE DIFICULTADES Y APOYOS

En este capítulo reconstruimos los saberes de las mujeres sobre la detección oportuna de cáncer a partir del material de las entrevistas. El objetivo de este capítulo es describir las representaciones y prácticas que refieren las mujeres sobre la que nombran “prueba del cáncer”. Los principales ejes temáticos fueron las nociones sobre la prueba, la representación sobre lo que sucede durante la prueba, las dificultades y apoyos para la práctica del Papanicolaou, sus impresiones sobre la prueba en el IMSS y sugerencias acerca de la operatividad del Programa y los sentimientos que se relacionan con la práctica.

Para ubicar la práctica de detección de las mujeres, resumimos la información en la tabla No. 60. En él podemos ver que las mujeres con práctica esporádica dejaron pasar entre cinco y diez años desde su último Papanicolaou. Para ubicar la lectura en relación con el espaciamiento de la prueba, presentamos el siguiente cuadro que resume los tipos de prácticas y la distancia desde el Papanicolaou previo.

Tabla 61 Espaciamiento desde el último Papanicolaou

Grupo de edad	Mujeres entrevistadas	Tiempo de su anterior Papanicolaou
G1	Yolanda	Nula
G2	Emilia	Nula-Primera vez
G3	Aurora	Nula-Primera vez
G1	Hortensia	Primera vez
G2	María Eugenia	Regular: 4 meses
G1	Penélope	Regular: 1 año
G3	Remedios	Regular: 1 año
G1	Beatriz	Esporádica: 5 años
G2	Rosa	Esporádica: 4 años
G2	Gabriela	Esporádica: 4 años
G3	Trinidad	Esporádica: 10 años

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas semi-estructuradas realizadas de enero a julio de 2002.

Las narraciones de las mujeres que tienen prácticas de frecuencia diferente, nos permiten encontrar experiencias diversas que van desde las que nunca se han realizado la prueba o acuden por primera ocasión, hasta quienes lo hacen de manera constante y en ocasiones para otros fines inmediatos como es el seguimiento de un proceso infeccioso.

La influencia de las condiciones de vida resultan determinantes para las prácticas de detección oportuna de cáncer cervical. Las prioridades que se refieren a la falta de ingreso económico y/o condiciones de acceso a la vivienda, dejan en último término las prácticas de este tipo. Las mujeres que en un determinado momento tienen que responder a situaciones más precarias o a emergencias por pérdida de empleo y/o la muerte de su esposo, son quienes tienen una condición de mayor fragilidad y para quienes el acudir a la prueba, deja de ser una práctica en la agenda, sobre todo cuando se combina la situación de precariedad con la falta de apoyo de sus redes familiares o vecinales, porque aun en condiciones precarias, el apoyo de sus redes en la resolución de los problemas así como la influencia de algunas personas, influyen en las prácticas de las entrevistadas.

Las prácticas de las mujeres dejan mucho de ser casuales, por lo general acuden a la prueba porque hay sintomatología que les preocupa, o porque consideran que es tiempo de hacérsela, siguiendo con ello recomendaciones médicas y de personas que forman parte de sus redes sociales. En el siguiente apartado analizaremos algunas de sus explicaciones agrupándolas en lo que consideran obstáculos o dificultades para la práctica y, por el contrario, las situaciones, estrategias o apoyos que definieron o apoyaron su práctica de detección oportuna.

“Como si fueras a parir”: descripción de la prueba del Papanicolaou

Fuentes de información

En la construcción de las nociones sobre la prueba del cáncer de las informantes, encontramos que las mujeres de la familia y los trabajadores de salud jugaron un papel muy importante a través de las prácticas de atención y detección oportuna. La primera vez que cinco de las informantes recibieron algún tipo de información sobre el Papanicolaou fue en los servicios de salud, otras cuatro la obtuvieron entre las

mujeres de sus familias y dos más en los centros de trabajo de sus compañeras. No necesariamente iniciaron su práctica de detección oportuna después de esta primera invitación a la prueba, tal y como narra Aurora:

Cuando muy recién viuda yo, fui a, fui a hacerme un examen, precisamente para buscar trabajo y aquí por la 12 de octubre (calle) está un módulo y fui ahí, como Centro de Salud, y este, y me dijo una enfermera: “¿Quiere que le hagamos el Papanicolaou?”, “No”, le dije, “porque, porque ¡ay! le dije no me bañe”. “No le hace, así”. “¡Ay, pero es que me acaba de bajar!” “No le hace, me dijo, así”. “No”, le dije, “a la otra mejor”. Pero es que yo no estaba preparada para eso, porque pues me daba vergüenza, y ahí era enfermera la que me dijo: “Pues venga”, me dijo, “venga luego”. Y no, jamás, y eso hace 10 años, fue la primera vez que yo escuché, antes nunca, casada con mi esposo... con el cuento de que yo era nomás aquí en la casa, si salía, salía con él, como no me enfermaba pues, tampoco, no, no iba con el doctor, tampoco eso, ni nadie me decía mucho menos él, no tampoco. Después sí, platiqué con mis vecinas y mis compañeras de trabajo (Aurora).

En algún momento posterior a la primera vez que recibieron información, diez de las once mujeres tuvieron acceso a explicaciones sobre el Papanicolaou del personal médico o paramédico en las instituciones de salud, ya sea en el IMSS o en otro servicio médico, y seis de ellas hicieron referencia a haberlas obtenido en su ámbito familiar.

Yo creo que fue cuando, yo creo que tenía unos 19 años, pues yo creo que hablamos más que nada por, una vez yo creo que ella se lo fue a hacer y ya vi, ya nos, a mí y a mí hermana, porque tengo una hermana de 17 años y nos dijo que era muy importante hacerse las pruebas, a revisión con el doctor, que no nos diera pena, que son cosas que son confidenciales con el doctor (Hortensia).

No todas las mujeres encuentran en sus ámbitos familiares información sobre la prueba del Papanicolaou, tal es el caso de cinco de las entrevistadas. Dos de las mujeres que comparten la condición de ser trabajadoras coincidieron respecto a que el ámbito laboral es propicio para compartir información con sus compañeras de trabajo, y que es ahí donde en ocasiones tienen acceso a materiales informativos o invitaciones del personal de salud que también labora en algunas maquiladoras. Finalmente, los medios de comunicación masiva jugaron algún papel en la construcción de las nociones de tres de las mujeres.

La tabla No. 61 resume y describe los ámbitos de información sobre la prueba del Papanicolaou de las informantes tanto la primera vez que escucharon sobre ella como las fuentes posteriores que mencionaron en sus narrativas.

Tabla 62. Fuentes de información sobre la Detección Oportuna del Cáncer

Grupo Edad	Mujeres entrevistadas	Fuente Información primera vez	Fuente de información General
G1	Yolanda	Servicios de salud: Asistente médica	MMC*: Televisión. y Servicios de salud
	Hortensia	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud MMC: televisión
	Beatriz	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Penélope	Ámbito laboral	Ámbito laboral
G2	Emilia	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Gabriela	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Rosa	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud Ámbito familiar
	María Eugenia	Ámbito laboral	Servicios de salud Ámbito laboral MMC televisión, radio y letreros.
G3	Aurora	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud, Ámbito familiar y vecinal
	Trinidad	Servicios de salud: Médico familiar	Servicios de salud
	Remedios	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud: enfermera, médico y material promocional en instituciones de salud

Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas semi-estructuradas realizadas de enero a julio de 2002.
 En gris se señalan las celdas en las que se menciona al personal de los servicios médicos.
 *MMC: Medios masivos de comunicación.

En la construcción de los saberes sobre el Papanicolaou de las mujeres entrevistadas, los servicios médicos juegan un papel muy importante entre las mujeres, sobre todo entre las de mayor edad, pero en general, los servicios médicos fueron mencionados como una fuente principal de información sobre la práctica del Papanicolaou.

La primera vez que recibieron información las mujeres de mayor edad fue también en los servicios de salud, a diferencia de las mujeres de mediana y menor edad en las que el ámbito familiar y laboral juega un papel importante como espacios y relaciones en donde se aborda la importancia de la práctica de detección.

La prueba del Papanicolaou: prevención secundaria del cáncer de la matriz

En las instituciones de salud las relaciones que establecen las enfermeras o los médicos con las mujeres durante las citologías o consultas, implican procesos de transacciones de saber biomédico hacia el saber de las mujeres que se conjuga con los saberes previos de las mujeres sobre la prueba y sus nociones sobre su cuerpo, con sus experiencias previas de atención y con elementos socioculturales sobre lo que se considera cuidado a la salud. La construcción de las nociones sobre el Papanicolaou de las entrevistadas implica la relación con el personal médico y la resignificación muy semejante al saber biomédico, pero con matices importantes que se pueden relacionar con la práctica y sus dificultades.

Dar un nombre a una práctica implica ubicarla, clasificarla o identificarla de manera que tenga sentido y significado para los sujetos que se refieren a ella. Entre las mujeres entrevistadas la expresión más común para referirse a su práctica es “la prueba del cáncer”, “la prueba” y en pocas ocasiones “la prueba del Papanicolaou”. “La prueba del cáncer” es principalmente para las mujeres, una prueba clínica que sirve para saber si tienen o no la enfermedad, entendida así, es también una forma de cuidarse para detectarla a tiempo.

Durante el período en el que observamos las Unidades de Medicina Familiar, no dejó de llamarnos la atención que mientras el personal de salud se refiere al “DOC”, las mujeres hablaban de “la prueba del cáncer”. Para los primeros es un programa que hay que llevar a la práctica y contabilizar sus logros y limitaciones, mientras que para las segundas es una prueba desagradable que buscan principalmente si tienen o no la enfermedad, que implica una espera que se prolonga poco más de un mes.

En la normatividad de la Secretaría de Salud esta práctica de detección oportuna es nombrada como “citología cervical” y definida como “la toma de muestras de las células del endocérvix y exocérvix (SSA:1998). Los términos de

“citología” y “cervical” nunca fueron utilizados por las mujeres en sus narrativas pero sí usaron el nombre de Papanicolaou, así como términos como virus, infecciones, úlceras, dispositivos intra uterinos, displasias, y reconocieron tratamientos como la histerectomía, la criocirugía y la toma de biopsias. Las entrevistadas incluyen esta terminología con sentidos similares o diversos a los que utiliza el discurso biomédico y conviven con las nociones que describen el cáncer como fruto del azar. El tener o no cáncer depende parcialmente de la suerte y de los cuidados, o los descuidos, que hayas tenido en el pasado en torno a la reproducción y la sexualidad.

En ese sentido, una palabra que todas utilizan constantemente es “prevención”, debido a que si bien ubican que la utilidad de la prueba es la detección oportuna de la enfermedad, la práctica se clasifica como preventiva aun cuando se entienda perfectamente que el procedimiento es “para saber si tienes o no cáncer”. Pensamos que ante la carencia de otras formas específicas de prevención, el hacerla se considera como práctica de cuidado, al menos así se le nombra constantemente. Se refieren a la prevención en el sentido de una prevención secundaria, esto es lo que hay que hacer para cuidarse de la enfermedad pero en el sentido de una detección oportuna. No es que las mujeres piensen que con ella previenen la enfermedad en sí, pero sí “previenen” el descubrirla ya tarde, cuando no es posible tratarla. En repetidas ocasiones utilizaron la expresión “para prevenir que no te dé” para referirse a la detección oportuna como forma de evitar que el cáncer sea descubierto cuando ya no es posible curarlo.

La prueba sirve para eso, nomás sé que para detectar si tienes cáncer, así tengo entendido, para prevenir que no te dé (Yolanda).

Para saber que no tienes cáncer, porque digo yo, ¿para qué quieres que te lo hagan ya cuando está el cáncer? porque no se puede prevenir, no se puede prevenir, entonces ¿para qué te estás checando? Nomás para ver si tienes ya, a ver qué tan avanzando (Emilia).

Sirve para darse cuenta uno a tiempo que tiende a darle algún cáncer, antes de tiempo, que se pueda prevenir (Aurora).

Es decir, a pesar de que se identifican prácticas que pudieran ayudar a prevenir las infecciones o el desgaste del cuerpo, como la higiene o los cuidados en el postparto, no se les clasifica como medidas preventivas específicas para el cáncer, en cambio el Papanicolaou sí lo es, en términos de una prevención secundaria. La enfermedad sigue teniendo una connotación de enfermedad incurable a pesar de que se le concede que en sus primeros momentos, si se le identifica a tiempo, puede tratarse con éxito.

El Papanicolaou es también una prueba que les permite conocer, a través de los resultados, si tienen algún problema en la matriz o la vagina. Las enfermedades que pueden presentarse en el aparato reproductor femenino, desde el punto de vista de las mujeres, por infecciones, por “acumulación” de fluidos tales como la sangre de la menstruación, los partos y el semen, pueden causar problemas que se relacionan a largo plazo con el cáncer, por ello la prueba es una forma de saber si estás bien o no.

Pues o sea, lo que se vaya a uno juntando en lo de la matriz, alguna enfermedad, algo que se vaya acumulando... como la regla, o lo de los maridos. Porque muchas veces uno no sabe, no se la hace y no sabe lo que tiene, se enferma y no sabe lo que tiene pues, y de ahí van sacando eso pues. Te detectan una enfermedad luego luego... Sí, pues sirve para prevenirlo ¿me entiendes? Te lo hacen y ya te lo previenen y si no te lo haces pues no vas a saber si tienes ¿verdad? (Hortensia)

Resumiendo, en general, las informantes consideran al Papanicolaou como: a) una práctica “de prevención”, entendiendo por ello una detección oportuna o prevención secundaria; b) un análisis de laboratorio para dar seguimiento a procesos infecciosos que pueden o no considerarse en relación con la detección oportuna de cáncer; y finalmente c) como un seguimiento de procesos cancerosos que se presentaron en algún otro lugar del cuerpo, para detectarlos a tiempo, como es el caso de Remedios.

Para describir el procedimiento del Papanicolaou, las mujeres utilizaron en primer lugar la comparación con la postura que asumes durante el parto, en un segundo lugar, también en relación al parto, hicieron alusión a la postura que tienen durante las revisiones ginecológicas que hacen los médicos y estudiantes de medicina para verificar el proceso de dilatación. La ilustración de las similitudes en términos de

la postura adoptada en la mesa de exploración, se acompaña por el señalamiento de las diferencias con esta situación, tal y como describimos en la narrativa de Aurora en párrafos anteriores, en los que destaca que durante el parto está presente la expectativa del nacimiento, pero con el Papanicolaou es todo lo contrario, no necesariamente estás enferma, o lo sabes y no hay urgencia aparente. La referencia es común a las mujeres de los tres grupos de edad.

La primera vez que me lo hice, en el Centro de Salud, me pasaron al cuarto y me dijeron que me quitara la ropa, luego me dijeron que me pusiera como si fuera a tener un bebé, y me metieron algo como una pinza, y sentí como que le abrieron. Fue una molestia, por las pincitas, no dolor. Nunca pude verlas bien, no eran de fierro (Beatriz).

Pues te levantan así como si fueras a tener un niño, así como cuando te revisan muchas veces cuando estás embarazada ya para nacer el niño, o algo así (Penélope).

Sobre el instrumental que se utiliza durante la prueba, las entrevistadas del G2 y G3, lo describieron utilizando la imagen de otros aparatos de uso común en el hogar, tales como los exprimidores de limones o los coladores. Mientras que por otra parte, tres de ellas señalaron que la forma en que los nombra el personal de salud (principalmente el “espejo”) les remite a los espejos que se utilizan en la vida cotidiana.

¡En mi vida me habían hecho eso!, en mi vida, esa vez, miré yo que sacaron eso, así como un colador prieto muy feo, un material muy malo, así como los exprimidores, así pero más chico ¡ay, ay! qué bárbaro ni modo, ya me levantaron las piernas, y me dijo la enfermera: “No le pasa nada, ya después va a pasar”. Ajá y nomás en la tarde me pegó un calenturón y yo no tenía esposo hace mucho (Remedios).

El nombre de espejo me hace pensar en un espejito de bolsillo, siempre me he preguntado en qué parte del aparato está el espejo (Gabriela).

La noción de espejo común tiene la característica de fragilidad, de ser punzo cortante y en caso de romperse, puede lastimar. Esto es lo que dijeron dos de las

mujeres entrevistadas que tenían curiosidad de saber cómo era, en qué lugar tenía vidrio o lente para ver la exploración, y si podía hacerles algún daño.

El espejo ése que le dicen a uno que le van a meter, ¿no hará daño?, ¿no lastima? Porque lo primero que piensa uno es que puede cortar o lastimar, como un espejo normal, de los que traemos en la bolsa, si se rompe... (María Eugenia)

Para describir el procedimiento, en las narrativas de algunas de las mujeres de los tres grupos de edad, encontramos la frase “quitar un pedacito o pedazo” de la matriz, pero la utilización del término fue más frecuente en las mujeres del G1 y G2 para referirse al momento en que se toma la muestra. La expresión puede magnificar el temor al dolor que puede sentirse durante la prueba, y aunque en el caso de Hortensia no le significó el retraso de la misma, en el de Aurora fue uno de los motivos para iniciar su práctica de detección hasta presentar sintomatología.

Me dijo que iba a hacer una, iba a... quitarme un pedacito de mi matriz, me dijo, es algo rápido no doloroso, sí, sí, sí me dijo eso, que si era mi primera vez y ya le dije que sí. Me dijo te vas a quitar la ropa de abajo, me dice, te vas a poner de posición de parto, me dijo, va a ser un momento nada más, me dijo, y, y, y eso va a ser todo me dijo... eso fue lo que me dijo la, la, la enfermera del... la enfermera del Seguro, pero muy bien a mí me atendió... Pues lo único que sé es que toman la muestra para analizarla, para ver si tienes cáncer o no sé si de otras enfermedades(Hortensia).

Las mujeres más jóvenes del G1 de edad y algunas del G2, no mencionaron el término de “quitar un pedazo” sino que describen la prueba como la toma de una muestra de mucosidad o que simplemente se les observa y se limpia “ahí”. Rosa describe la influencia de la descripción de la enfermera sobre su representación, la cual compartía la imagen de que durante la prueba le quitaban una parte de la piel de la matriz.

El aparatito que me metió, el espejo y ya me dijo que lo abrió y que estaba sacando muestras de las paredes y que sacaba muestras de las paredes y del cuello y ya, ¡ay! porque pues veía que estaba tensa y que estaba yo ¡ay! me duele, y ya me dijo: “Ya me falta una y ya voy a terminar”. Y ya después que terminó ya me dijo lo, porque ya le pregunté yo que si lo había metido y lo

abierto ahí, ya me dijo que sí, que veía todo lo que nosotros tenemos aquí adentro y que estaba sacando mucosidad, es más leve, yo creía que dolía y te quitaban algo más como piel (Rosa).

Aun cuando Yolanda no ha tenido la experiencia de la prueba, en su representación sobre cómo es el procedimiento describe que le meten un lenticito, es decir, la prueba implica algún tipo de observación en el que se puede ver si estás bien o no.

...es como si fueras a parir, te tienen que abrir las piernas otra vez, no sé, que era como un lenticito que te metían para estarte viendo algo así, un tubito no sé qué, no me acuerdo muy bien qué me dijo y que pues sí que te revisaban ahí y que pues si en caso de que tuviera algo, alguna infección algo, pues te hacían una limpia ahí, te limpiaban, pero me dijo, si no tienes problemas nada, nomás te van a revisar ahí, si está bien, es rápida, dice, la prueba no te pasa nada (Yolanda).

La importancia de que alguien cualificado pueda ver el cuello de la matriz, o la vagina y constatar que está bien, es una primera utilidad de la prueba, misma que no necesariamente se acompaña de lo que implica un resultado del laboratorio pero que lleva implícitos los posibles comentarios que hace el personal de salud acerca de lo que observa. La importancia de la observación o revisión visual conlleva el imaginario en el que coincidieron cuatro de ellas respecto a la utilización de algún espejo o lente para ver dentro de ellas.

En general, las mujeres no tienen información sobre qué se hace con las muestras, ni tenían información previa sobre los posibles reportes de los resultados más allá de saber si tenían o no cáncer o infección.

Imágenes sobre el lugar del cuerpo en que se realiza la prueba

El aparato reproductor femenino se encuentra en su mayor parte oculto en el vientre, incluso sus accesos externos, los genitales a los que las mujeres se refieren como “sus partes” son poco conocidos por las mujeres probablemente por la vinculación con la sexualidad y una valoración negativa de la misma.

Los procesos de socialización sobre el cuerpo dan por resultado la asignación de significados y sentidos de algunas partes de sus partes a las que se adjudica

principalmente un vínculo inseparable con la sexualidad, en especial con el aparato reproductor, los genitales, los glúteos, y en el caso de las mujeres el busto, a excepción de cuando se trata de la lactancia. Por este proceso de socialización, el cuerpo se experimenta como fragmentado, con algunas zonas prohibidas, como un objeto diferente a lo que se es y del que es posible enorgullecerse o avergonzarse. La vergüenza del cuerpo en la relación enfermera/mujeres durante la detección oportuna de cáncer, no facilita la solicitud de mayor información sobre el procedimiento en el momento de la prueba, ni en momentos tales como la educación escolar o la que se da en la familia. Los silencios fortalecen prácticas de detección en las que el personal de salud presupone que las mujeres conocen su cuerpo como ellas lo hacen y las mujeres experimentan sensaciones y dudas que no siempre aclaran.

Durante el inicio de las entrevistas, una de las mujeres utilizó en sentido distinto los conceptos de matriz y útero, al respecto dijo: “Entiendo que puedan quitar la matriz, pero, ¿cómo pueden quitar el útero?” (Emilia) Por esta razón solicitamos que dibujara la parte del cuerpo de la que nos hablaba y ubicara el lugar de la toma del Papanicolaou. A partir de su dibujo nos dimos cuenta de que la utilización de las mismas palabras para nombrar al cuerpo no tienen siempre el mismo sentido, porque en su caso, la matriz era el lugar del crecimiento del bebé y el útero lo que en la anatomía biomédica sería la vagina. La imagen representaba la toma de la muestra ubicada en el interior de la matriz. Después de esta entrevista, solicitamos a las mujeres, siempre durante la última sesión, que dibujaran el lugar de la toma de la muestra. A continuación presentamos sus dibujos y los ordenamos de acuerdo con las características que comparten.

Los dibujos son parte de su representación del cuerpo, en ellos podemos observar que el cuello puede no existir o coexistir con el útero, el útero no necesariamente es lo mismo que la matriz y la vagina puede no tener un lugar diferente al cuello. Ocho de las entrevistadas dibujaron y describieron el lugar del cuerpo donde se lleva a cabo la toma de la muestra del Papanicolaou. En todas las entrevistas dedicamos un tiempo de media hora o más a revisar con ellas sus dibujos y asegurarnos de estar entendiendo correctamente y lo que representaban. No pudimos solicitar el mismo dibujo a las otras mujeres porque con algunas ya

habíamos tenido la última sesión en la que compartimos información, láminas e instrumentos sobre la toma del Papanicolaou.

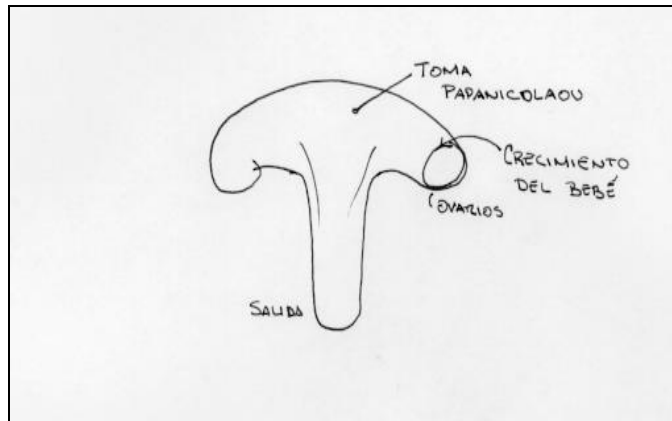
Toma del Papanicolaou al interior del útero

Los cinco primeros dibujos de Hortensia, Beatriz, Emilia, Remedios y Trinidad tienen en común el haber ubicado la toma del Papanicolaou al interior de la matriz, el lugar varía del centro a la parte más profunda. Estas representaciones sobre el lugar en que se toma la muestra tocan la intimidad del útero, y culturalmente se relacionan con la noción de la maternidad e identidad femenina que en nuestro país es muy fuerte. La ubicación de la toma genera mayor preocupación de dolor y posibles consecuencias debidas a la prueba.

En el dibujo de Hortensia la toma del Papanicolaou se encuentra en la parte superior interna, durante la entrevista, no pudo ubicar el lugar de la vagina a solicitud expresa. Como podemos observar, en su dibujo, el útero continúa hasta “la salida”. Nos llamó la atención que si bien señala los ovarios, el crecimiento del bebé lo indicó en lo que en una visión de anatomía biomédica serían las trompas de Falopio, posiblemente porque algunas imágenes de los libros de texto muestran los procesos de ovulación y fecundación en este lugar.

Cuando le pedimos que dibujara el lugar del cuerpo donde le toman la prueba, en varias ocasiones verificamos con ella los nombres del cuerpo y si estábamos entendiendo bien lo que expresaba para contrastar los nombres e imágenes que veíamos. La ilustración No. 16 nos muestra cómo lo represento Hortensia.

Ilustración 16. Lugar de la toma, Hortensia



Las preguntas sobre el embarazo buscaban ampliar y aclarar el sentido de su representación respecto al aparato reproductor. Hortensia recordó entonces una lámina de su libro de texto en la que vio que algo sucedía en esta parte del cuerpo: ahí llegan los espermatozoides de los hombres. Cuando le pedimos que describiera dónde se toma la muestra, primero enfatizó que no sabía, pero que pensaba que era en algún lugar de toda la matriz. Después, al dibujarla, fue describiendo el lugar de la toma del Papanicolaou. De acuerdo con su dibujo la prueba se realiza en la parte más profunda de la matriz.

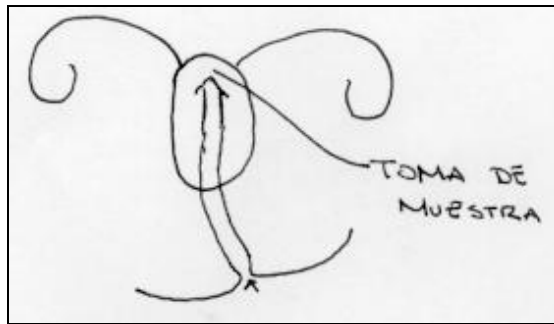
Lo único que yo sé que es de la matriz, pero no te explican así como de qué lugar, que para qué sirve y esas cosas. Pues lo único que sé es que toman la muestra para analizarla, para ver si tienes cáncer o no sé si de toda la matriz y para saber de otras enfermedades... (La matriz) se parece a un toro, y aquí es donde te toman la muestra hasta adentro de la matriz pero no es donde crece el bebé, a un lado (Hortensia).

Cuando preguntamos sobre la ubicación del cuello señaló toda la parte del útero, incluyendo lo que en su dibujo sería la vagina, y en ese momento se llevó las manos a su cuello (entre cabeza y hombros) diciendo que se lo imaginaba “algo así”, con esa forma, coincidiendo en la utilización de la imagen relacionada con el nombre y la parte de nuestro cuerpo visible.

En el dibujo de Trinidad (ilustración No. 17), encontramos la misma ubicación de la toma de muestra en el interior y el fondo de la matriz. Las líneas

donde inicia la flecha, representan los glúteos de la mujer, dibujó así el canal vaginal que es seguido de un óvalo que es la matriz, del cual salen hacia ambos lados las trompas que llevan a los ovarios.

Ilustración 17. Lugar de la toma, Trinidad

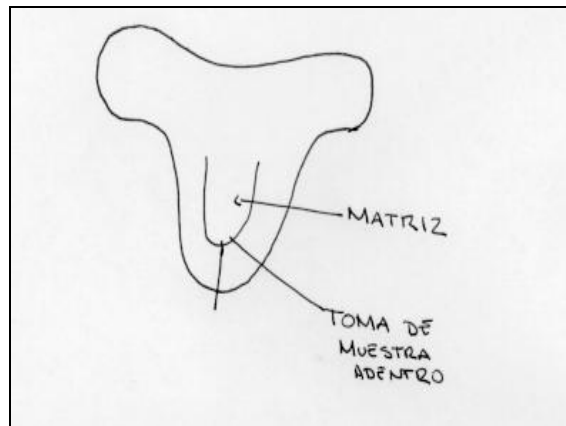


Mientras dibujaba, Trinidad señaló que no recordaba bien el cuerpo, ubicó la toma en el interior de la matriz.

Ajá, no se ve ahí. A ver si es porque yo no me acuerdo muy bien ya dónde, a uno nomás le hacen la prueba pero nunca le dicen dónde, yo digo que es aquí, en esta parte de la matriz en donde te la hacen... bien adentro (Trinidad).

En el dibujo de Beatriz (ilustración No.18), la toma de la muestra se lleva a cabo en lo que sería “el centro de la matriz”, misma que dibuja como un espacio cerrado con un pequeño acceso o corte por el cual se introducen los instrumentos que utiliza la enfermera y es en la parte interna en donde se lleva a cabo.

Ilustración 18. Lugar de la toma, Beatriz



La matriz es la parte interna “en donde crece el bebé”, la muestra se toma abajo, en algún lugar “adentro de donde empieza la matriz” (Trinidad).

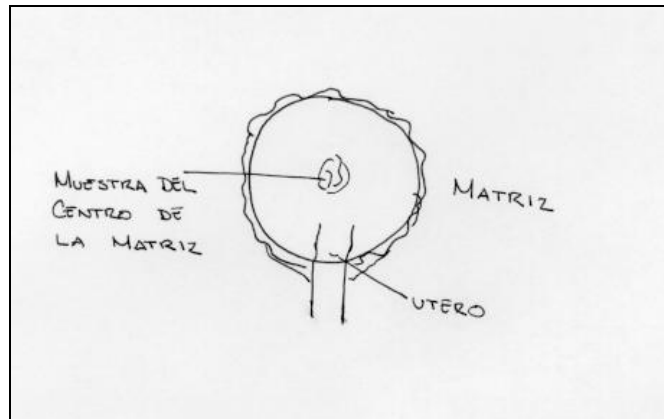
Confusión entre útero y matriz

Las ilustraciones No. 19 y 20 son de una mujer del G3 y otra del G2 y ambos tienen en común el hecho de que distinguen como dos cosas diferentes el útero y la matriz. Remedios²³ coincide con los casos anteriores respecto al lugar de la toma de la muestra en el centro de la matriz, pero además ubicó al útero como una parte específica de la misma.

La matriz es redonda y cerrada y el útero es aparentemente la entrada de lo que sería la vagina. Durante la entrevista preguntamos si conocía otras partes del cuerpo y le preguntamos explícitamente por la ubicación de la vagina, respecto de la cual señaló que “no sé en dónde mija” mientras dibujaba.

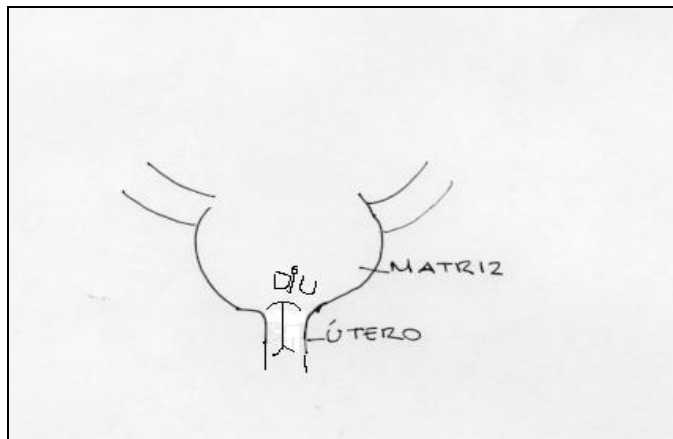
²³ G3, escolaridad primaria, práctica regular.

Ilustración 19 Remedios



El dibujo de Emilia comparte la misma noción de un útero y una matriz distinta, lo que nos ayudó a comprender la relación entre su representación de la prueba y sus expresiones sobre la dificultad para hacérsela. Entre otras cosas, señaló que se preocupaba de que pudieran moverle el dispositivo, el cual imaginaba saliendo de la matriz, en lo que llamó el útero y que es en realidad la vagina. Conocía el término “vagina” pero tenía la duda del lugar que ocupaba, “¿es una parte del útero?” En su dibujo, el cuello no está identificado, lo señaló en el lugar donde está el dispositivo que correspondería a la ubicación vaginal.

Ilustración 20, Emilia



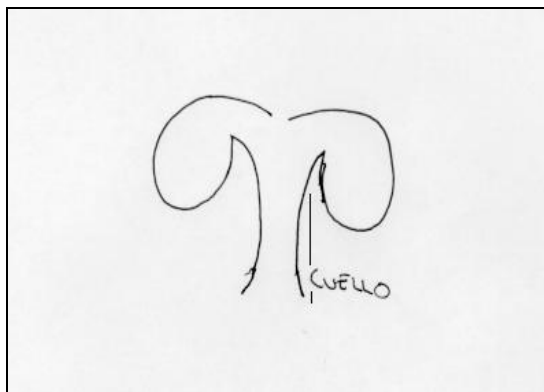
Ambos dibujos coinciden con los anteriores en la ubicación de la prueba en el interior de la matriz, pero añaden la diferencia entre los términos matriz y útero.

El cuello y la matriz

Los siguientes dos dibujos comparten con el dibujo anterior el no establecer un punto específico para el cuello de la matriz. Pareciera que la imagen de un cuello como el que existe entre la cabeza y el tronco fuera similar y diera nombre al cuerpo de la matriz como tal, por lo que no queda claro su inicio y fin.

Penélope dibujó el cuello prácticamente como todo el útero (ver ilustración 21), y le dio la forma del cuello que conocemos entre la cabeza y el tronco. La toma del Papanicolaou es por tanto en algún lugar de todo esto, en el interior de la matriz.

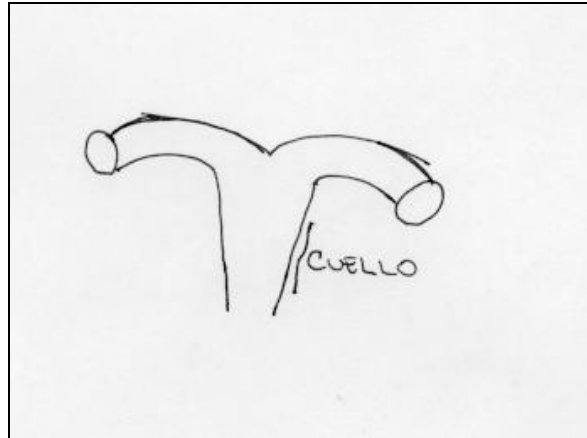
Ilustración 21, Penélope



Durante la entrevista, Penélope señaló que la toma de la prueba era “en el cuello de la matriz” y señaló con su índice el espacio que en su dibujo abarca casi toda la matriz.

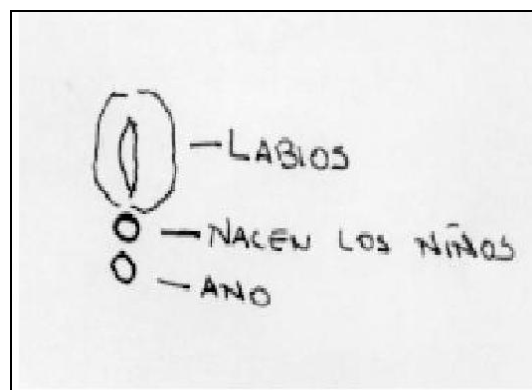
Mientras Ma. Eugenia dibujaba, señaló que la toma se realizaba en el cuello de la matriz pero al igual que Penélope le dio forma de cuello a toda la matriz y señaló la parte interna para la realización de la prueba del cáncer (ver ilustración No. 22).

Ilustración 22, Ma. Eugenia



Cuando Aurora dibujaba lo que nombró “sus partes”, expresó que a pesar de haber tenido cuatro hijos no tenía idea de cómo era en su interior su cuerpo y la matriz; y aclaró que “una vez” se había visto y que por eso podía dibujar cómo era por fuera (ver ilustración No. 23).

Ilustración 23, Aurora



Sin embargo, en su dibujo del exterior de los genitales, puso el orificio vaginal fuera de los labios, lo que indica la dificultad para conocerse incluso por los significados atribuidos y la costumbre de no ver, no nombrar y de negar conocer más

por temor a que los demás digan que sabe demasiado de un tema desacreditado por su relación con la sexualidad.

La noción de la prueba del Papanicolaou es entonces una forma de prevención secundaria, pero es también una forma de obtener un análisis de laboratorio para verificar los procesos de infecciones. Las mujeres pueden referirse con los mismos términos al lugar del cuerpo donde se realiza la prueba, pero su representación puede diferir a la de un trabajador de salud que tiene la experiencia de ver el cuerpo de la mujer a través de un espejo vaginal, y la representación de la prueba puede tener connotaciones de mayores riesgos como apreciamos en algunos de los dibujos previos.

Acerca de las dificultades y los apoyos para una detección oportuna

En las narrativas sobre sus prácticas las informantes refieren situaciones o condiciones que califican como adversas en sus procesos de decisiones y prácticas de detección oportuna, pero también se refieren a lo que fueron sus detonadores o puntos de apoyo para la misma. En este apartado agrupamos sus descripciones alrededor de cuatro temas principales que aparecen de manera reiterada en sus descripciones y que tienen que ver con situaciones en dos sentidos: las primeras son aquellas que consideran algún tipo de obstáculo para su práctica, y la segunda que en sentido contrario da cuenta de los apoyos que permitieron subsanar las carencias cuando se presentaron.

a) Evaluaciones del servicio médico del IMSS

La evaluación negativa que hacen las informantes sobre la atención que reciben en el IMSS, no se refleja necesariamente como un impedimento para sus prácticas de atención o detección oportuna. Los vínculos con la misma no se dan de manera mecánica, antes bien, las representaciones sobre el Instituto forman parte del contexto en donde adquieren parcialmente sentido sus narrativas acerca de sus prácticas de Papanicolaou y la selección del lugar donde se toman la muestra. La representación y las prácticas de atención en el IMSS, forman parte de las explicaciones que se insertan en un entramado de relaciones con otros factores que finalmente propician o dificultan las decisiones de acudir a la prueba y escoger el lugar para la misma. La

representación de los servicios médicos del IMSS pueden influir en las decisiones y prácticas como es el caso de Trinidad, que nunca se ha hecho la prueba en el IMSS a pesar de tener más de 20 años de derechohabiencia

La evaluación que hacen del servicio médico incluye una valoración negativa de las informantes sobre la falta de especialización del servicio médico del primer nivel de atención, entre las mujeres que tenían una práctica de Papanicolaou “nula” (Yolanda, Emilia y Aurora) las representaciones negativas expresan desconfianza en la atención médica principalmente por este factor.

De hecho a mí nunca me ha gustado como atiende el Seguro, nunca me ha gustado, yo prefería llevarlo a, bueno, antes no tanto porque pues no tenía dinero, no podía llevar al niño al consultorio con el médico ni nada. Lo llevaba allá, pero nomás lo llevaba para que lo checaran, para que le dieran la leche, es para eso lo llevaba, porque el niño estaba bien y todo pero me regalaban la leche, entonces, este y era médico familiar es el detalle, cuando puedo lo llevo ahora al pediatra (Emilia).

Cuando pueden hacerlo, las mujeres buscan la atención de un especialista, de un pediatra en el ámbito privado o bien, en los Centros de Salud que les recomiendan sus redes de apoyo.

Además del anterior, otro de los elementos que refuerzan disgusto y desconfianza del servicio médico del IMSS es la carencia de diversos medicamentos, en cantidad y calidad, con los que pueden tratar a los enfermos en el hogar.

Muchas veces yo llevo a la niña al Centro de Salud porque ahí dicen que hay muy buenos pediatras ahí, allá para el lado del Sahuaro no sé qué Centro será, la llevaba más lejos, mejor decía, porque también ahí vas y te apuntas y luego te consultan, te dan el número que eres y más rápido, al principio me cobraban las tres veces que fui pero después me dieron la tarjeta, me dijeron que no me iban a cobrar, como estaba chiquita la niña, se me enfermaba muy seguido de la gripe y así. La llevaba pues con un pediatra porque no es la misma un doctor que no lo es, porque muchas veces no son pediatras y como estaba muy chiquita. Además me decían que no había medicina para ella ahí en el Seguro, a veces me decían que había pero para niños de un año en adelante me decían, que estaba muy chiquita para darle medicina, pues ya le busqué por otro lado, o sea, pues también muchas veces prefería pagar también con una doctora ahí cerca, pues te cobra la consulta, siempre te cobra y te receta el medicamento y tienes que comprarlo en la farmacia, cada que

íbamos unos \$500.00, \$600.00, pero, pues no nos importaba por la niña. Gracias a Dios se nos aliviaba pronto, muchas veces nos íbamos al Seguro y andar en vueltas ahí, y yo sabía lo que me iba a decir porque nunca me daban medicina para la niña si acaso nomás ambroxol para la tos y no había lo otro para la gripe o para la infección es lo que dan, es lo que siempre dan pues, una suspensión para la infección, ambroxol para la tos y algo para la calentura nomás temprá (Yolanda).

Es importante mencionar que entre las mujeres con práctica nula y de primera vez, también encontramos evaluaciones positivas del servicio de primer nivel (Aurora y Hortensia²⁴), algunas de las cuales se refieren a la insistencia médica de que utilicen el servicio médico para revisiones periódicas y no cuando ocurran sintomatologías que les preocupen, como es el caso de Aurora, quien en las pocas ocasiones que ha utilizado el servicio para ella, lo ha hecho en momentos en que los síntomas de enfermedades o padecimientos se agudizan.

En términos de servicios de especialidad como ginecología, su valoración más positiva es el de Ginecología, principalmente por la atención durante el parto. Hortensia, ha utilizado muy poco el servicio médico del IMSS y considera que tuvo una buena atención médica durante la cesárea y su recuperación en el Hospital de Ginecología.

La niña no venía enredada ni nada. Me dijo la doctora que no bajaba, aquí la tenía y dijo: “No quiere bajar y no quiere bajar”. Y ya estaba dilatada, ella ya estaba cansada, o sea, se oía el corazón cansado. Fue cesárea de emergencia, de que: “¡Prepárenla porque va al quirófano!...” pero no sufrí tanto porque luego, luego, (ríe) luego, luego me atendieron, todo mundo dice: “¡Ay! que el Seguro, que la atención muy mala”, pero yo le doy gracias a Dios porque muy bien todo. Todo muy bien, a la hora de estar también en el cuarto, muy bien, el desayuno, la comida y cena muy bien todo (Hortensia).

Sin embargo, en caso de urgencias, Hortensia prefiere buscar atención privada cuando le es posible, dada su situación económica, pues considera que es de mayor calidad que la del IMSS. Al igual que Emilia y Yolanda, prefiere a un especialista para atender a su hija.

²⁴ Hortensia, G1, primera vez.

Entre las mujeres con práctica esporádica (Gabriela, Rosa y Trinidad) encontramos otro elemento importante que conforma la representación de la atención médica del IMSS, y que se refiere a la evaluación crítica respecto a los trabajadores del Instituto, no solamente del personal médico sino del paramédico y del administrativo, en relación con los tiempos de descanso durante la jornada laboral, mismos que incluso entre quienes tienen familiares trabajando en esta institución como Gabriela, observan que en ocasiones se alargan y “puedes estar esperando y ellos tomándose su café”.

En este grupo, la apreciación de las mujeres coincide en señalar que utilizan la atención de la UMF cuando no pueden cubrir los costos de la medicina privada. Mientras que por el contrario, para la atención de sus partos, por lo general buscaron atenderse en el Hospital de Ginecología del IMSS pues expresan una mayor desconfianza del servicio en el primer nivel de atención. En este sentido, Gabriela y Rosa expresaron desconfianza en la atención del médico familiar, la segunda además de desconfiar en sus diagnósticos por ser un médico sin especialidad, no tiene una relación de confianza con él y ha tenido que continuar su atención en el mismo consultorio durante más de un año. Ha solicitado que le asignen a otro médico porque el médico no la escucha, no permite que le describa sus síntomas, no la envía a hacerse análisis de laboratorio ni la revisa durante el tiempo de consulta.

Sí es mayor el doctor, y luego no le gusta que le diga uno lo que trae, o sea, que le diga, mm, ¿qué tiene?, vengo a que me diga qué traigo, yo le voy a decir mis síntomas, usted me tiene que decir qué tengo y a eso vengo a que me diga que tengo, y se enoja por eso (ríe) oiga, le digo, unos análisis o algo así. No, yo sé si te voy a mandar a hacer estudios, para eso estoy aquí sentado. Y mejor ahora llego y cuando me pregunta ¿qué traes? No para eso vengo para que me diga usted. Yo creo, que por ser hombre, no sé, pero, yo creo que como médico no debe de tener, así sea hombre o mujer, pero nunca me a dicho ¿se ha hecho la prueba del cáncer? o váyase a hacérsela, ¡no, nunca, nunca!, hasta eso que una vez fui, y le dije ¿sabe qué doctor? vengo, le dije, porque siento unos piquetitos, y ya le dije, ¿no? y ya le dije, aquí, en mi parte. No (dijo el doctor) que son infeccioncita. Pero deme unos estudios para que me den una orden estudios. No, no si eso es. Tómame esto y con eso, ¡así...no!, sí es muy viejo el doctor... y así, batallas, que con el doctor... así. (Rosa)

Las mujeres con enfermedades crónicas, tienen una relación más constante con la institución, cuando se les diagnostica diabetes o hipertensión, han de acudir a un control médico mensual con su médico familiar, como es en el caso de Trinidad o Remedios, la primera tiene una relación constante con los médicos desde hace diez años, cuando le diagnosticaron ambas enfermedades. Debido a que es en la consulta familiar donde le proporcionan las recetas para surtir el medicamento que necesita tomar diariamente para controlar ambas enfermedades, acude cada mes a solicitar sus recetas y para “el control” que implica ir a consulta. En los pacientes crónicos el sistema de citas es más ágil ya que pueden prever y separar la consulta próxima.

Trinidad tiene además una visión de largo plazo sobre la atención del Instituto. Durante los últimos diez años que ha acudido regularmente a la UMF y con especialistas, ha podido apreciar un “deterioro” de la atención que se ofrece en la institución: “...antes no era así, ahora anda careciendo de material, antes era buena la atención”. Recientemente su médico familiar tuvo que enviarle una “notita” al endocrinólogo para que le surtieran el medicamento completo porque tenía que comprar lo que no le daban mensualmente.

Me recortan, me dan menos, y yo las tenía que comprar fuera (las pastillas) porque el doctor me daba nomás una cajita y vienen 50 pastillas y me recetaban 60 porque necesito dos diarias y pues no alcanzan (Trinidad).

Las críticas a las prácticas institucionales de Trinidad destacan que la atención médica es “demasiado rápida”, a tal grado que su médico casi no voltea a verla y solamente anota en su expediente lo que le dice. Durante el tiempo de consulta, no siente confianza para hacer preguntas y narró que su hijo, estudiante de medicina, la acompañó recientemente y al salir “dijo que no quería llegar a ser como ese médico que ni mira a quienes llegan y no se le ve disposición para conocer a sus pacientes”. Trinidad enfatiza la poca relación entre médico y paciente durante el breve tiempo de cada consulta en el IMSS y la poca información a la que tienen acceso los pacientes durante la misma.

El médico familiar me dijo, pues nomás que tenía que hacerme la prueba... que me haga la prueba del cáncer. Pero no me dijeron porqué, que porque

tenía que ir nomás, como obligación mas bien... como una obligación de que todas las mujeres tenían que hacérselo y pues yo diría que, que siempre hace falta que le den mas información a uno y como me dijeron a mí, que así le dicen a todas las mujeres, hace falta que le digan a uno, “necesita que se haga la prueba por esto, por esto y esto otro” pero no como obligación (Trinidad).

Lo anterior nos permite hacer referencia a una característica de la relación médico paciente en medicina familiar, en el Instituto, que Trinidad misma considera un obstáculo para que las personas más jóvenes respondan a las indicaciones médicas y en particular para que las mujeres acudan a la prueba; se refiere a los aspectos normativos del discurso médico que se limitan a por qué estas “obligaciones” de hacer lo que dice el médico “eran de las mujeres de antes, y ahora las jóvenes necesitan explicaciones para todo”. Los que trabajan en el IMSS “necesitan ver estos cambios generacionales” y tener otro tipo de relación con los pacientes porque las personas han cambiado desde su punto de vista. La imagen del servicio médico se construye en este caso con base en una experiencia constante que aprecia el deterioro del servicio médico no solamente en términos de la rapidez de la consulta, sino de la falta de calidad en la relación médico paciente, en términos de una consulta que incluya la explicación y educación para la salud de los pacientes además del acceso a los medicamentos necesarios.

Las mujeres con una práctica regular (María Eugenia, Remedios y Penélope) ampliaron la información sobre las carencias de los servicios del IMSS en relación con los horarios de atención, sobre todo para las mujeres que trabajan, y señalaron además la impuntualidad de algunos de sus trabajadores quienes “llegan tarde, o salen de su consulta por un rato y no dan información”, o bien, porque hay cambios constantes entre los médicos que las atienden por suplencias y en el peor de los casos, no siempre se les reemplaza cuando están de incapacidad y se suspende el servicio temporalmente. La institución no ofrece atención médica los fines de semana, únicamente se atienden urgencias y algunas de las mujeres que trabajan señalaron que esto les dificulta su práctica de atención y detección oportuna si tienen que solicitar permisos.

De hecho ya me lo tengo que quitar otra vez (el dispositivo) pero no ha caído la fecha, o sea, cuando reglo en fin de semana, tiene que caer entre semana, no hay consultas en fin de semana. En emergencias también debería de haber ese servicio. Pues, ¿qué hará? unos dos meses, intenté quitarme el aparato para ponerme otro. Fui pues, el segundo día, y me dijeron que el doctor estaba incapacitado. Volví con mi hermana, porque ella se lo iba a poner. La entrada es a las 8:00 me imagino, pero nos dijeron que iba a llegar, a las 9:30, llegó a las 10:20 y ya tenía un gentío ahí y así las trató de sacar a todas, total que no le puso a mi hermana el dispositivo, tampoco le hizo nada a la anterior, ni a la anterior, así las fue sacando bien rápido, total que está muy mal, no sé abajo en la prueba del cáncer, pero yo lo que veo es que es distinto en el Materno, cuando voy ahí, trato de estar antes de las 8:00 y ahí dan la ficha a las 8:00, como que está mas organizado en el Materno (María Eugenia).

Finalmente, Remedios, de más de setenta años de edad, es la última de las mujeres a quienes clasificamos con una práctica regular. Durante los últimos tres años ha incrementado la utilización del servicio médico porque se le diagnosticó y se le ha estado tratando un cáncer mamario. En este sentido, al igual que Trinidad, tiene una relación constante con el servicio médico, primero con el Hospital Oncológico a donde fue canalizada, posteriormente en el segundo nivel de atención del IMSS y últimamente combinando la atención de éste con los de medicina familiar en la UMF. El consultorio en donde tiene asignado el servicio médico se ubica en el segundo piso, por lo que describió las dificultades que tiene para llegar a él (“porque tengo crecimiento del corazón”) y sus gestiones para que le asignen uno en el primer piso.

Remedios coincide en señalar como negativos los cambios y sustituciones constantes del personal que atiende, lo que implica que se construyen relaciones de confianza con algún médico, pero si éste sale fuera los días en que se programa una operación (a algún congreso o de vacaciones), la atención será turnada a otro médico “a quien no conoces” y con ello surge el temor de que se trate de alguien inexperto o en proceso de formación, lo que también genera incertidumbre en los usuarios.

Sí, ese doctor es bien lindo, lo quiero tanto porque, verá qué agradecida soy yo, y resulta de que, pues ya, ya me dijo el doctor pues la vamos a operar y salió el doctor de la fecha que me iban a operar, salió de vacaciones y andaban unos dos nuevos ahí y entonces me dijo a mí una hermana mía: “¡Ay! no te dejes con nadie, no te dejes comadre que te operen porque te van a matar esos, están muy jóvenes, no tienen experiencia”. Solamente Dios sabe, yo no tuve miedo, solamente Dios sabe, “Bueno, ni modo”, le dije yo: “

Si me toca bueno”. Pero como antes de la fecha llegó el doctor que me iba a operar, fíjate nomás m’hijita, por eso te digo que Dios, por eso hay que encomendarse con Dios uno, nomás encomendarse “tu sabes Diosito Santo y lo que vas a hacer”, porque sí se preocupa uno y bueno, pues ya llegó, a los dos días de haber recalado él, luego me operaron, luego me operaron y salí muy bien... de Navidad hasta le llevé una caja de calcetines, encantado de la vida (Remedios).

Lo anterior da cuenta de que no solamente se trata de la búsqueda de médicos especialistas sino además de médicos que cuenten con experiencia. Remedios se expresa de manera positiva por la atención que tuvo en el IMSS durante el proceso de tratamiento oncológico y en su caso, ha conseguido sin falta la medicina que requiere en el servicio del IMSS. Pero su experiencia de atención le permite describir también la carencia de espacio y de camas en la institución.

b) Trámites y procedimientos burocráticos

Uno de los temas que mencionan las informantes en general, respecto a los servicios médicos del IMSS, es la inversión de tiempo excesivo en procedimientos necesarios para conseguir una ficha y cita para la consulta familiar o de especialidad; por otro lado, esta elaboración de la representación de la atención en el Instituto se suma a la desinformación de los procedimientos, requisitos y horarios para acudir a la prueba del Papanicolaou.

Entre las informantes con práctica nula o de primera vez, Aurora y Yolanda describieron este tipo de experiencias previas de trámites largos para tener acceso a la consulta médica, y utilizaron esta imagen del servicio como un argumento que fortalece el retraso de la detección oportuna de cáncer cervical:

Pues a veces me da flojera ir de aquí, muchas veces como tengo consulta en la tarde y tienes que ir a sacar cita temprano y la prueba no es urgente... fíjate, para ser de las primeras tienes que irte a las 6:00 de la mañana, 5:30 a 6:00 de la mañana... para las de la tarde, en las mañanas entregan las de la tarde y en la tarde de la mañana. Como a las 5:30 ya hay mucha gente, es que las entregan (las fichas) como a las 7:30 ó 8:00. Sí, muchas veces si te vas a las puras 8:00 ya no, creo que son 15 personas nomás por consultorio, y ya pues ya pues, ya está todo archivado, sí hay consulta después pero ya muy tarde pues (Yolanda).

Las prácticas de atención biomédica de las informantes, incluye la experiencia de haber pasado por procesos de largas filas y tiempos de espera prolongados en la búsqueda de atención médica para el servicio de Medicina Familiar, de manera que no es de extrañarse que la noción se traslapa con facilidad a otros espacios que no lo requieren como es el del Papanicolaou, en el que el tiempo de espera varía dependiendo de las personas que llegan primero y que buscan la atención para programas preventivos diversos.

Además de los tiempos de espera, se traslapan fácilmente otros requisitos para la atención, tales como cumplir con una derechohabiencia activa. En el IMSS existe la posibilidad de que no derechohabientes se tomen la prueba del Papanicolaou porque es parte de un programa nacional, al igual que sucede con el programa de vacunación universal, incluso, aunque no es lo más deseable para la institución, también es posible que las derechohabientes escojan entre las diferentes UMF para acceder al servicio. Sin embargo, la desinformación al respecto en el caso de Aurora, influye en su decisión de no recoger sus resultados de Papanicolaou ni los de la biopsia, por considerar que al perder la derechohabiencia no podría tener acceso a los mismos.

Pues yo como le digo, no fui por los resultados... ¿Todavía puedo ir?... Me dijo, a mí me dijo la enfermera que fuera a Patología y que recogiera y que recogiera unos exámenes, que es donde está emergencias ¿no?, atrás así y no fui, no fui. Me dijo la enfermera cuando yo salí de, cuando salí, cuando ya me dieron de alta. Ahí, me pusieron una cita y resulta de que no fui y cuando fui me dijeron que ya no tenía el Seguro y yo tenía que recoger los resultados y tenerlos listos para cuando me den la consulta y ya no fui... porque me quitaron el Seguro (Aurora).

Lo anterior se suma a que existe entre las informantes el consenso de dejar transcurrir un período de un mes de espera, al término del cual, al no recibir “la llamada” o la búsqueda por parte de la institución, se presupone que no se tienen resultados relacionados con cáncer. En mayor o menor medida, si no son localizadas por la institución, una vez que transcurre este tiempo, se interpreta que no se encontraron “problemas serios” con lo que disminuye el interés por recoger los resultados.

Entre las mujeres con práctica esporádica, encontramos el mismo eco en torno a los trámites lentos y burocráticos. En ese sentido, Beatriz relata la necesidad de invertir tiempo para volver a darse de alta cuando su esposo vuelve a obtener empleo o cuando se cambian de domicilio.

Casi no uso el IMSS, por lo lejos, pero además tengo que ir y a hacer los cambios (darse de alta) porque ahora vivo aquí y es otro lugar y no he podido, por eso mejor voy aquí al Centro de Salud que está más cerca y ahí atienden bien, pero sí iría, si estuviera más fácil, si me llevan, pero con los tres (se refiere a sus hijos) se me hace difícil (Beatriz).

Uno de los criterios para seleccionar la institución de salud a la que acude Beatriz es la cercanía de su hogar así como la valoración del tiempo que implica el traslado y la obtención del cambio de UMF. Se combinan así las condiciones de vida con las experiencias y representaciones sobre los trámites y la lentitud de la institución.

Entre las mujeres con un empleo remunerado, Penélope expresó que los trámites para consulta implican la pérdida de uno o dos días de trabajo; sin embargo, en su caso, existe la diferencia de contar con apoyo de la maquiladora para tramitar cita y así no perder tiempo para conseguirla, pero cuando se trata de la atención médica para su hijo tiene que hacer todo el trámite ella misma.

Pierdes dos días de trabajo... porque tienes que irte temprano a fuer citas porque si no, no alcanzas. Estaba más bien antes, cuando madrugabas mejor y el mismo día te atendían... Sí, pero yo las hago (las citas) por medio del trabajo, es más fácil... nomás me piden el nombre, la clínica, el número de consultorio y el número de afiliación. O sea que tienen un convenio allí (Penélope).

Penélope refiere así una forma de apoyo de la maquiladora donde trabaja, para obtener fichas y citas de manera más expedita, así como los permisos para la práctica de la prueba del Papanicolaou dentro de la jornada laboral, lo que le permite aprovechar el apoyo familiar que de por sí tiene en el cuidado de su hijo durante el tiempo de trabajo en la industria.

En general, consideramos que las informantes tienen una evaluación negativa de la atención médica en la institución en torno a los siguientes aspectos: 1) representaciones negativas de los médicos no especializados; 2) evaluaciones negativas de la relación médico paciente, sobre todo en el servicio de médicos familiares por el tiempo breve de las consultas; 3) falta de interés y comunicación entre médicos y pacientes; 4) carencia de medicamentos; 5) rotación o sustitución del personal que atiende la consulta médica; 6) el alargamiento de los tiempos de descanso del personal médico y paramédico; 7) no contar con información clara sobre los procedimientos burocráticos que se requieren cubrir para tener acceso a la institución, diferenciando lo necesario para acudir a la prueba y obtener los resultados; 8) falta de horarios de atención durante el fin de semana; 9) el no contar con la vinculación entre los programas responsables de la revisión del DIU y el Papanicoalou; 10) entre quienes conocen la institución durante períodos de tiempo prolongado, la apreciación del deterioro del servicio médico en general. Esta evaluación negativa no impide la utilización del mismo, principalmente porque no pueden tener acceso a otros servicios o no pueden comprar el medicamento que requieren.

Nos parece importante destacar que las evaluaciones que hacen las mujeres sobre los procedimientos para acceder a consulta tienen saldos negativos en cuanto a los tiempos, y que sus criterios de evaluación difieren de los que utiliza actualmente la Jornada de calidad, porque el tiempo de espera para ellas inicia desde que tienen que acudir a la UMF y hacer fila para conseguir fichas para así tener asegurada la cita y luego volver en el siguiente turno a la hora programada. Mientras que los instrumentos que miden los tiempos de espera únicamente consideran la última parte del procedimiento, cuando las mujeres ya cuentan con la cita, y se considera únicamente el tiempo de espera que según los datos es menor de media hora. Desde la mirada de las informantes implica la pérdida de una jornada, o incluso dos, de trabajo.

c) Operatividad del programa: de preferencia mujer “mientras lo sepa hacer”

Todas las informantes buscaron que el prestador del servicio que toma la muestra fuera una mujer. Además, algunas de ellas (Yolanda, Emilia, Trinidad, Aurora y Remedios) desearían que el personal que la tomara fuera una médica especialista. Sin

embargo, entre esta última característica y el ser mujer, escogerían la primera. Beatriz y Gabriela prefieren que tome la muestra una médica familiar, Hortensia, María Eugenia, Rosa y Penélope señalaron que prefieren que sea una mujer cualquiera que fuere su profesión pero que tuviera la capacitación y la experiencia necesaria.

Pues mayormente decir, y mayormente que sea mujer la que la atienda a uno, mejor que un doctor, un enfermero lo que es hombre no, que sea una enfermera la que atienda a uno, ya va uno con más confianza, ya no le da tanta pena. Cuando vi que eso me lo iba a hacer la señora, señorita no sé, pues ya me sentí más, con más facilidad para... y pues, por ejemplo yo que tenía pena y miedo a la vez, a la gente que no se lo ha hecho como es yo... (Aurora)

El que la mayor parte del personal de enfermería sea mujer, ha facilitado la atención en las UMF y en este sentido, las mujeres lo ven con buenos ojos, a pesar de que al mismo tiempo consideran que la medicina es una profesión que tiene una mirada distinta del común de las personas respecto del cuerpo, se antepone el pudor o vergüenza. En este sentido, la operatividad del programa en el IMSS no especifica que sea mujer quien tome la muestra, el personal de enfermería incluye cada vez con mayor frecuencia a profesionistas hombres y algunas mujeres narran sus dificultades al respecto.

Como yo siempre digo, yo procuro una doctora o una enfermera para sentir menos vergüenza, aunque los doctores son profesionales y digo pues, yo a mucha gente les digo, “no te de miedo” si los doctores ni se fijan, si ellos a diario hacen esto y así, soy muy amante de recomendarlo..., pero yo me quedó sin el consejo, eso es lo peor del caso como cuando me revisaron después de la operación, no la prueba, en el materno estaba un muchacho que quería es enfermero yo creo y no yo me puse helada nomás vi que iba a estar él ¡ah!, no y le dije a la muchacha le hice señas de que no quería de que estuviera él y sí, luego lo sacó y le cerro la puerta, pero él quería verme pues, pero pues como era profesional pero yo no quise. Ni modo le dijo la muchacha yo estaba helada no, no le dije, pero si estás temblando me dijo la chaparrita, estás temblando ¡ah! le dije ni modo, ni modo y si lo sacó al muchacho es que causa uno curiosidad porque por la “estereotomía” pues quieren ver la diferencia entre una y otra cosa para ellos es más, pues es diferente (Trinidad).

Uno busca donde haya una mujer porque, oyes que hay una mujer en el Seguro, que ya dieron y después que ya pusieron al doctor, ya y busque y busque uno, es que una mujer, con más confianza (Rosa).

Es decir, gracias a que la mayoría del personal de enfermería que trabaja en el IMSS es de sexo femenino, las mujeres encuentran en la UMF una característica importante que les genera mayor confianza, sin embargo, esto puede modificarse con los recientes cambios en el ingreso de hombres a las escuelas de enfermería. Ante ello el personal toma decisiones operativas diversas, por ejemplo, en la UMF A cuando se presentó el caso de un enfermero asignado como suplente o estudiante en Medicina Preventiva, se le incluyó en el rol de quienes tomarán el Papanicolaou, mientras que en la UMF B ante la misma situación, se le asignaron tareas de vacunación y una enfermera asumió la responsabilidad del Papanicolaou.

Las representaciones y prácticas de las informantes sobre los requisitos o “condiciones” necesarias para ir a la prueba del Papanicolaou se resumen en las siguientes: 1) acudir cuando hayan pasado entre tres y diez días después de la menstruación; 2) no tener relaciones sexuales entre 24 y 72 horas antes de la prueba; 3) no estar embarazadas; 4) cuidar el aseo personal. Con algunas variaciones en términos del tiempo posterior a la menstruación y las horas de abstinencia sexual, las mujeres comparten la necesidad de cumplir lo que consideran que son condiciones para recibir la atención. La fuente principal de esta información es el personal de las instituciones de salud y en segundo término la que obtienen de sus redes sociales.

Para ir me dijeron (las enfermeras en el IMSS) que se necesitan diez días de que haya cortado la regla, ir limpia, aseada y 24 horas sin tener relaciones... Fui a preguntar en el Seguro, el día que fui a ver lo de los trámites (de alta) porque mi marido todavía no me tenía con IMSS y me acerqué a preguntar porque ya sabía dónde se hacen las pruebas del cáncer. Fui a preguntar si me lo podían hacer sin ser derechohabiente y me dijeron que sí. Quería saber cómo estaba la cosa, pero no me la hice, sólo pedí la información. Ese día mi papá pudo venir a cuidar a mis hijos porque no estaba trabajando, y a mí me dijeron cómo tenía que ir y yo no tenía todavía diez días de que se me cortara la regla, no me la pude hacer (Beatriz).

Según la normatividad vigente, el período menstrual es la única contraindicación para la toma del Papanicolaou y así se señala en los manuales de la

toma posteriores a las modificaciones de 1998 (IMSS, 1998). Con estos requisitos se requiere que las mujeres se preparen de manera especial para acudir a la detección oportuna. De manera que no siempre pueden aprovechar sus idas a las UMF por otros motivos, sino que más bien, para poder cumplir con ellos requieren más de una visita, la primera en la que por lo general se informan sobre los requerimientos y la segunda en la que acuden preparadas para la misma, lo que implica un doble ajuste a sus rutinas cotidianas.

Algunos ejemplos de lo anterior y sus implicaciones para la práctica de detección oportuna son los que narran Yolanda, Beatriz, Gabriela y Aurora. A las dos primeras, el personal de enfermería, con base en el interrogatorio que realiza durante la rutina de la prueba, descartaron la posibilidad de realizarla debido a que no cumplían con los siete días posteriores a la menstruación. Yolanda expresó que su fecha estaba próxima, pero aún no se había presentado sangrado y Beatriz tenía menos días de los que se le indicaban.

Luego que (la enfermera) me explicó, me dijo cómo tenía que ir, y no pude. Me dijo la enfermera: “Cuando vengas otra vez aquí voy a estar.” Y como le digo, la enfermera me preguntó que si, que si, que cuánto tiempo tenía de haber reglado me dijo, le dije que apenas en esos días iba a reglar y ya me dijo pues ya que regles... me dijo: “8 días después, 8 días después de habésete quitado la regla y 48 horas sin tener relación”, fue lo que me dijo, pues sí, y sí le dije: “Está bien, le dije yo, después pasaron los 2 meses y no fui porque estaba embarazada” (Yolanda).

En el caso de Gabriela, la prescripción de siete días posteriores a la menstruación fue motivo de controversia con el personal de enfermería, y es que las mujeres no siempre son pasivas frente a las indicaciones en el servicio de Medicina Preventiva. El día que Gabriela solicitó que le practicaran el Papanicolaou, se encontró con que el servicio de Medicina Preventiva estaba saturado de trabajo porque había campaña de vacunación. En ocasiones posteriores pudimos observar que esto podía ser motivo para no proporcionar el servicio del Papanicolaou debido a que es el mismo personal de enfermería el que aplica las vacunas en la UMF. Sin embargo, ante una primera negativa en la que la enfermera le decía que no cumplía con los requisitos del tiempo posterior a la menstruación, Gabriela insistió que se le

diera el servicio porque sí cubría el plazo requerido. Otra enfermera que se encontraba presente apoyó “sus cuentas” y le sugirió a su compañera que contara nuevamente los días utilizando un calendario que tenían frente al escritorio. Es así que Gabriela logró tener acceso al servicio, aunque es necesario señalar que la investigadora estaba presente en el consultorio de medicina preventiva durante este diálogo, y muy posiblemente esto influyó en el cambio de parecer del personal de enfermería además de la insistencia de Gabriela. No obstante, la resistencia conllevó un reclamo durante la prueba de la primera enfermera, quien le enseñó el cepillo desde lejos y le dijo “me echaste mentiras, todavía hay sangrado”. La molestia de Gabriela se percibe en su tono de voz cuando recuerda el comentario y se refiere a la enfermera como “muchacha” a pesar de ser una persona de más de cincuenta años de edad.

Entonces cuando me hice el Papanicolaou ¡que me dijo la muchacha!: “Me echaste mentiras”, y dijo que me había sacado algo de secreción y ¡que todavía no tenía los 8 días! (Gabriela)

A pesar de que las mujeres pueden resistirse en algunas ocasiones a las indicaciones, por lo general los requisitos se respetan cuando se preparan para estar en “condiciones” de recibir el servicio. El tener que considerar un período específico de una semana después de la menstruación limita aún más los días en los que pueden acudir. Si a esto se suman los demás requisitos, los sentimientos adversos que genera la prueba, lo apretado de sus rutinas de trabajo, podemos ver que no contribuye a agilizar la práctica de detección.

Algunas de las informantes buscan explicaciones sobre la utilidad de los requisitos, como señala Emilia, quien se explica la solicitud de tener una semana posterior a la menstruación con el objetivo de verificar que no se presente un embarazo, con lo cual se reafirma la representación del Papanicolaou como algo potencialmente dañino durante la gestación.

Mi cuñada dice que le piden a uno 9 días después de la menstruación, no tener relaciones sexuales antes, pero dice ella que no cree que sea tanto por lo de la menstruación sino para que te asegures de que no tengan relaciones... A mí me dijeron que tenía que tener 2 días sin relaciones y 9 días después (de la

regla) para, creo que no esté uno reseca o no sé qué ondas, porque quedan residuos adentro de semen, digo y para que no te duela y luego, y para del embarazo o algo así, de estar segura que no estás embarazada. La verdad es que (la enfermera) no me explicó por qué sino que yo supongo que es por eso (Emilia).

La fuente de información de las entrevistadas sobre los requisitos es el personal de enfermería cuando acuden a los servicios de salud y en segundo término las mujeres de sus redes de apoyo. De las once mujeres, solamente Emilia recibió información de los requisitos por parte de su cuñada y las otras diez recibieron información en las instituciones de salud cuando acudieron a hacerse la prueba. También hubo el caso de quienes recibieron la información de manera indirecta, como lo fue el de Hortensia, quien acompañó a su madre al IMSS y escuchó lo que la enfermera le dijo sobre los requisitos.

Una vez mi mamá preguntó ahí en el IMSS, yo fui con ella cuando estaba embarazada yo ella se lo hizo, mi mamá, entonces le dijeron que... ¿cómo le dijeron a mi mami? que cuando se hiciera la prueba que tenía que ir dos, tres días antes sin tener relaciones le dijeron a mi mamá, nada más, si va a venir tal día por decir, el jueves por decir, dos, tres días antes sin tener relación, es lo que le dijeron a mi mamá, pero a mí no (Hortensia).

Lo que responde el personal de enfermería cuando las mujeres preguntan al respecto, no repercute únicamente en su práctica inmediata, sino que se convierte en parte de la representación sobre la prueba y se sigue como “norma” en sus prácticas posteriores, la misma pudiera ser modificada si se dedicara tiempo durante la relación médico-paciente en la institución. Las mujeres conocen los requisitos y hacen uso de ellos como pretexto cuando no quieren acudir a la prueba, esto puede verse como una forma de resistencia en las instituciones de salud.

Cuando muy recién viuda yo, fui a, fui a hacerme un examen para, precisamente, para buscar trabajo y aquí (cerca) está un módulo y fui ahí, como centro de salud, y este, y me dijo una, una enfermera: “¿Quiere que le hagamos el Papanicolaou?”, “No, le dije, porque, porque me acaba de, ay le dije no me bañe”. “No le hace, así”. “¡Ay! pero es que me acaba de bajar”. “No le hace, me dijo, así”. “No, le dije, a la otra mejor”. Pero es que yo no estaba preparada para eso, porque pues me daba vergüenza... (Aurora)

Las mujeres se encuentran en una relación desigual de poder frente al personal de salud. En esta posición, la forma de manejar la relación no es enfrentando al personal, al que, como todo personal médico, se sabe que en ocasiones posteriores se va a necesitar su apoyo, en general prefieren no confrontar directamente, sino utilizar los mismos argumentos del personal médico para justificar su decisión.

Las informantes del G3 que pasaron por la menopausia ya no tienen este problema, como lo refiere Remedios, quien acudió a la prueba principalmente por temor al cáncer de mama que le detectaron tres años atrás. En esta ocasión fue acompañada por su hija porque quería que también a ella le tomaran la citología, lo que no fue posible porque había tenido relaciones la noche previa.

Yo ya no tengo tanto problema porque las mujeres casadas no tienen que tener relaciones con el marido, pues sí, si tú tienes relaciones con tu esposo y te vas a hacer eso, mejor no te lo hacen, a mi hija también se lo iban a hacer ahora que le tocó, fuimos juntas y le preguntó la doctora: “¿Y no tiene esposo?” “Sí”, dijo ella y luego le preguntaron si no había tenido relaciones y ella dijo: “Sí, me pasó eso con mi marido”. ¡Ah! pues ya no se lo hicieron pero se lo iban a hacer también a ella y ya no, nomás por eso (Remedios).

En cuanto al requisito de no tener relaciones sexuales 24, 48 ó 72 horas antes de acudir a la prueba, se observan diferencias entre las mujeres menores de 35 años y las mayores. En el primer caso, hay una negociación explícita con sus esposos para no tener relaciones sexuales, esta es la forma más común de lograr cubrir las condiciones solicitadas.

Mi esposo no, no me dijo nada, porque por ejemplo, él por decir dice, el hecho de que estemos casados, dice, no vamos a tener relaciones todos los días, me dice y no hay problema más si es por eso, por la prueba del cáncer. El otro día me dijo que si no me la tenía que hacer de vuelta, le dije que no, que era hasta el año (Hortensia).

María Eugenia describió su estrategia para lograr cumplir con el requisito de no tener relaciones sexuales. En su experiencia, si le pide mantener esta condición durante tres días previos, le genera conflictos, de manera que agenda el día que acudirá al Papanicolaou pensando que sea cercano a un fin de semana, “cuando él

sale más”, y de esta manera logra aplazar el ejercicio de la sexualidad. En su caso recordemos que ha estado practicándose la prueba continuamente para verificar el proceso infeccioso que le reportaron. La estrategia indica de cualquier manera dificultades para negociar con su pareja el ejercicio de la sexualidad.

Se necesita que haya tres días sin relaciones para ir a hacerse la prueba. Yo lo que hago para no entrar en conflicto con mi esposo es aprovechar el fin de semana que es cuando más sale él con sus amigos y entonces ya sólo le pido que se espere el lunes (Ma. Eugenia).

Mientras que María Eugenia busca estrategias para poder cumplir con el requisito de horas previas sin relaciones sexuales, otras mujeres como Trinidad señalan que no tienen problemas para hablar con su marido de esto y que respeta el tiempo necesario, y en su caso específico, la práctica se facilita porque debido a su trabajo, él sale fuera continuamente por lo que de cualquier forma, para hacerse la prueba del Papanicolaou, escogía los días en los que no se encontraba en la ciudad.

La búsqueda de sentido sobre la utilidad de los días previos en los que les solicitan no tener relaciones sexuales, coinciden en que se deben a la necesidad de que no haya residuos de semen, lo que se relaciona con la higiene personal porque se considera que éstos son suciedad, al igual que los residuos de la menstruación. Desde el punto de vista de la representación de las mujeres.

Pues para mí que lo piden para pues uno cuide su limpieza, lo que queda, la limpieza y que los esposos, que ellos también tengan cuidado... que no tengan relaciones con cualquier gente porque luego pasan enfermedades. Por eso yo me he hecho, yo me hago mis lavados cada 15 días, cada mes a veces lo hago unos días antes de la menstruación y el último día de la menstruación me hago mi lavado, aunque me han dicho que no es bueno (Rosa).

Este requisito es totalmente innecesario de acuerdo con la normatividad y los programas, y puede generar dificultades o retrasos para acudir a la prueba porque implica negociar una práctica. Algunos estudios sobre sexualidad en México realizados a mediados de los noventa (Rivas, 1998), reportan que la decisión del ejercicio de la sexualidad no es una práctica común en las mujeres de las generaciones previas a la de las mujeres que nosotros clasificamos como del G1, si

bien señalan cambios muy importantes en torno al reconocimiento y ejercicio de la sexualidad en las mujeres más jóvenes, las generaciones a las que pertenecen las del G2 y G3, el requisito puede retrasar la fecha de la práctica o reforzar otros factores por los que no se le da prioridad.

Entre las informantes, quienes tienen vida sexual activa han de negociar su práctica sexual y compaginar su calendario menstrual con la práctica de detección oportuna. Es decir, las mujeres de los dos primeros grupos de edad tienen mayores dificultades para cubrir los requisitos. Sin embargo, como abordaremos en otro apartado, las mujeres pre o post-menopáusicas comparten los problemas para cumplir con el tiempo indicado posterior a la menstruación porque se complica ante sangrados irregulares, aunado a los sentimientos negativos que generan la prueba.

El embarazo como impedimento

En general, todas las informantes coincidieron respecto a que el embarazo es una condición que impide la toma de la muestra, independientemente de si el mismo transcurre sin problemas. Su fuente de información es principalmente el personal médico. Como ejemplo de lo anterior, Yolanda, de dieciocho años, quien cuenta con una práctica nula, señaló que fue ésta la razón principal para no acudir a la prueba.

La representación de la poca relevancia de la prueba sumada a la idea de que implica algún tipo de riesgo durante el embarazo, no hace distinciones entre quienes tienen problemas o no durante el mismo. El personal de enfermería o el médico refuerzan esta idea al sugerir que no se realice en tanto no llegue a término, período que incluye los cuidados postparto, y no necesariamente como ocurrió en el caso de Yolanda, por presentar algún tipo de riesgo.

Ya no pude ir porque estaba embarazada y no pensaba, porque traía el dispositivo, pero me dijeron en el Seguro que no se hace, yo supongo que porque puede hacer daño, que pueda uno perder al bebé y como tengo sangrado y me tengo que cuidar (Yolanda).

Entre mujeres con práctica esporádica retomaremos como ejemplo el caso de Beatriz, quien ha dejado transcurrir seis años desde su primer Papanicolaou. Entre la

prueba del Papanicolaou y el siguiente embarazo transcurrió un año, ella solicitó información médica respecto a si se debía hacer la prueba durante el mismo y le recomendaron que se esperara. Pero no acudió por otros problemas relacionados con el maternazgo y sus condiciones de vida, y al año siguiente se volvió a embarazar. Con tres hijos de seis, tres y un año de edad dejó pasar el tiempo y recientemente, como explicamos anteriormente, se ha replanteado la posibilidad de acudir a la detección oportuna debido al impacto de la experiencia de la muerte de una amiga por cáncer de mama.

El DIU me iba a poner en el IMSS cuando tuve el primer niño, luego mejor fui al Centro de Salud porque entonces mi esposo no tenía trabajo y no teníamos Seguro. Me quería poner el dispositivo y el doctor que me lo iba a poner me pidió que antes fuera a hacerme la prueba, por eso fui a hacerme la prueba esa vez. Pero no me lo puse siempre porque mis amigas me decían que se encarnaba. No me animé a ponerme el aparato y cuando pasó el año, salí embarazada. Cuando estaba embarazada ya tenía Seguro, y le pregunté al médico si me tenía que hacer la prueba, me dijo que mientras estuviera embarazada no podía hacerse. Luego ya tenía a dos niños a quién cuidar y era más difícil y luego vino el tercero (Beatriz).

Si bien esto no explica la falta de práctica del Papanicolaou, contribuye a su aplazamiento, en el mismo sentido Gabriela explicó los cuatro años que tiene de no hacerse la prueba distribuyéndolos entre sus embarazos. Después de haber transcurrido un año desde su último Papanicolaou se embarazó (“no cuenta porque estaba embarazada”) y después explicó que ha dejado pasar dos años sin realizarse la prueba porque lo fue aplazando al considerar que no era prioritario, hasta que se presentó sintomatología que consideró de riesgo.

A partir de estos ejemplos de mujeres con práctica esporádica, encontramos que se trata de una práctica compleja en la que se combinan las indicaciones médicas con las condiciones de vida, y elementos culturales que en general van retrasando o haciendo más difícil la práctica de detección oportuna de cáncer cervical.

En la Guía para la Detección del Programa para la Vigilancia, Prevención y Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer cervicouterino del IMSS (1998c:17), se establece que toda mujer embarazada debe hacerse la citología cervical como parte de la rutina de su control prenatal, si en los dos años previos no cuenta con estudio

alguno; también se establece como importante que la toma con cepillo colector está contraindicada en la mujer embarazada o en aquéllas con cervicitis severa, y en las cuales se recomienda que sólo se haga la toma en el ectocérvix.

Revisando las prácticas de detección oportuna en otros países, encontramos que en los Estados Unidos se solicita como rutina que toda mujer embarazada se realice una serie de pruebas -entre las que se encuentra la prueba del Papanicolaou- para verificar cambios del cérvix que pudieran estar relacionados con cáncer, y se señala que se tomará una muestra del cérvix para monitorear algunas enfermedades de transmisión sexual, tales como la gonorrea y la chlamydia, además se establece que pueden recibir tratamientos si se encuentra alguna de estas condiciones (Colegio de Médicos Obstetras y Ginecólogos de EU, 2004). Sin embargo, la OPS (2004) advierte que el implementar esta estrategia genera que los grupos de edad de menor riesgo sean quienes utilicen los escasos recursos de las instituciones de salud dejando con ello fuera a las mujeres en edades posteriores a la menopausia, quienes tienen un riesgo mayor de presentar diagnósticos positivos a cáncer si no tienen prácticas previas de detección oportuna. Como sucedió en Aragua, Venezuela, entre 1991 y 1994, en donde el 93% de las mujeres que se realizaron el Papanicolaou en los servicios de planificación familiar y atención prenatal eran jóvenes, “generalmente entre los 20 y 30 años, con un riesgo mucho menor de cáncer invasor del cuello uterino que las mujeres mayores” (OPS, 2004b:17).

Experiencias negativas previas

Las experiencias negativas de la toma del Papanicolaou tuvieron repercusiones en las prácticas subsecuentes de detección oportuna de al menos dos de las mujeres, en este sentido, encontramos que Remedios no continuó con su práctica durante más de diez años a raíz de una toma de Papanicolaou a la que accedió por la presión del personal de salud sin estar convencida, y a la que atribuye una infección vaginal posterior. Su experiencia no fue en el IMSS sino en un Centro de Salud pero repercutió en sus prácticas subsiguientes durante un tiempo prolongado.

La enfermera me insistió y yo le decía que no... que no, no quería mijita, pero de tanto insistir ahí me dio pena que me oyeran... a las tantas, bueno, ni modo,

pero yo no puedo entrar porque tengo miedo ya tengo muchos años de viuda y todo eso y... ¡Ay, que me convencieron!, cuando me subieron ahí, mira, me pegó un temblor, así un temblor, así de corvas que no podía sostener las piernas así, bueno pues ya que me comenzaron a hacer eso me tronó hasta los oídos, hasta los oídos y ¿Por qué sería eso? ...sentí que se me rompió algo cuando me entró el aparato. ¡En mi vida me habían hecho eso!, ¡En mi vida! ya miré yo que sacaron eso, así como un colador prieto muy feo, un material muy malo, así como los exprimidores, así pero más chico. ¡Ay, ay! qué bárbaro ni modo, ya me levantaron, dijo la enfermera: “No le pasa nada”, y dijo, “ya después va a pasar nomás”, pero no, y al día siguiente un calenturón, y rasquera, tenía infección mijita, y yo no tenía esposo hace mucho, luego fui con mi hermano y fuimos juntos a reclamarle al director de la clínica y me dieron medicamento (Remedios).

La calidad de la atención incluye no solamente la higiene del instrumental sino la forma en que se invita al Papanicolaou. La falta de privacidad en las salas de espera presiona a las mujeres y no facilita una toma de decisión sino que genera prácticas que pueden generar lo contrario a lo que se propone el programa sobre los espaciamientos prolongados, o en el peor de los casos el principio y fin de la misma.

Por otro lado, durante la atención, las mujeres esperan que se cuente con los materiales necesarios en el momento que se encuentran al interior del consultorio, sin embargo en la institución en ocasiones se enfrentan a la falta de materiales para la toma del Papanicolaou, desde la papelería de los formatos y los guantes, hasta los espejos, el fijador de la muestra, los portaobjetos, las espátulas y el citobrush. El manejo de estas situaciones puede contribuir a las decisiones de cambio de lugar en el mejor de los casos. Tal y como le sucedió a Aurora, mayor de 45 años, quien nunca se había hecho la prueba. El día que fue, la enfermera le informó que no había material y le indicó regresar al día siguiente, en realidad, esto se combinó con sangrados irregulares que empezaron por la tarde y se esperó un mes y medio hasta que se detuvieron.

Otro tipo de malas experiencias que reportaron las mujeres durante las entrevistas se relacionan con la falta de coordinación entre el personal de enfermería de turnos matutinos y vespertinos, en cuanto a la revisión de que todos los materiales se encuentren en disposición oportuna en el momento en que inicia la jornada. Dos de las mujeres reportaron que tuvieron que esperar a que el personal solicitara y recibiera

del almacén los mismos, cuando ellas ya se encuentran en la posición de la toma, lo que alarga la experiencia en condiciones en las que no hay suficiente privacidad.

Cuando me pasaron al cuarto en donde me iban a hacer la prueba del cáncer, me dijeron que me quitara la ropa y cuando entró la enfermera se dio cuenta de que no había guantes, era la primera de la mañana, porque me levanté temprano para luego ir a trabajar. Me molestó mucho que me dejaran ahí, sin ropa en la cama, no me acuerdo si me dieron una sábana, porque a veces tienen y a veces no, y ahí estaba toda preocupada de que alguien entrara al consultorio que queda a la vuelta, la cortina estaba corrida pero quedó un poco abierta cuando la enfermera salió a buscar los guantes. Y se me hizo muy largo el tiempo. La enfermera se enojó porque dijo que otra los había guardado y que le había dejado sin material para trabajar. Pero aunque no le dije nada yo creo que cuando uno va a iniciar un trabajo, lo primero es de checar que todo está en orden, que veas que no falta nada, fue error de ella que no lo hizo. Aunque otra se los haya quitado, ella debería haber llegado a ver si todo estaba bien (María Eugenia).

Por esta experiencia, María Eugenia, quien tiene una práctica frecuente del Papanicolaou, dijo tener la intención de cambiar de lugar en donde se toma la muestra para la siguiente ocasión y manifestó su molestia

Finalmente, podemos resumir en la tabla No. 62, los cuatro temas principales que abordamos como: a) evaluación de los servicios médicos en general del IMSS; b) operatividad del Programa de nuestro interés; c) condiciones materiales de vida; y d) algunas dificultades que se desprenden de las representaciones mismas del procedimiento del Papanicolaou.

En el cuadro marcamos de gris los espacios que señalan algunos tipos de dificultades y apoyos que tienen que ver con prácticas en los servicios médicos y dejamos sin marca aquellos que se relacionan con las condiciones materiales de vida, las representaciones de las mujeres sobre la pertinencia o necesidad de hacerse el Papanicolaou y las cuestiones subjetivas de sentimientos que mencionaron las mujeres cuando hablaron de la citología.

Tabla 63 Situaciones adversas y puntos de apoyo en las prácticas de DOC de las mujeres entrevistadas

Dificultades	Apoyos
--------------	--------

Representación negativa de la atención en el IMSS Experiencias negativas en la relación médico paciente y los trámites burocráticos	Acceso al espacio de atención en el IMSS
	Acompañamiento de integrantes de sus redes sociales al interior de la institución, no de MP
	No necesidad de derechohabencia
	Horarios de atención distintos a consulta
Operatividad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical	Apoyos laborales
	Insistencia de la prueba en sus redes de apoyo
	Práctica activa del Papanicolaou entre las mujeres de sus redes de apoyo
Condiciones Materiales de vida	Apoyo de redes familiares
	Convenios entre las fábricas y el IMSS y permisos en el trabajo
Representaciones sobre la pertinencia o necesidad de la prueba del cáncer	Información del personal médico
Los sentimientos que genera la prueba en las mujeres	Apoyo de las mujeres en sus grupos familiares y de amistad
	Información proporcionada por el personal médico
	Confianza y calidez en la atención médica
Señalamos con gris las representaciones relacionadas con los servicios médicos y dejamos sin color las que tienen que ver con las condiciones de sus redes de apoyo y su importancia para la práctica. Fuente: Elaboración propia a partir de material etnográfico. Entrevistas en los hogares, enero a agosto de 2002.	

Entre los apoyos para tener una práctica subsecuente, las mujeres señalaron que era importante la calidad de la atención que reciben, la cual definieron como aquella en la que el personal que toma la muestra está bien capacitado, tiene experiencia, lo hace con cuidado y es mujer preferentemente.

Resultados

Seis de las mujeres entrevistadas acudieron por sus resultados, dos más no se han hecho la prueba en más de diez años o nunca, y tres no acudieron a recogerlos y coinciden en que lo harán cuando tengan acceso al servicio médico en caso de haberlo perdido o bien, cuando regresen a la UMF solicitando otro tipo de atención (ver tabla No. 63). Además, consideran que al no haberlas buscado el personal del

IMSS, sus resultados fueron negativos a cáncer por lo que no hay urgencia de acudir a buscarlos.

Tabla 64. Práctica de las mujeres de acudir por los resultados a la UMF

Grupos	Nombre	Práctica	Recogió sus resultados
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	No contesta
	Hortensia	Primera vez	Sí
	Beatriz	Esporádica	Sí
	Penélope	Regular	No
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula - Primera vez	No
	Gabriela	Esporádica	Sí
	Rosa	Esporádica	Sí
	Ma. Eugenia	Regular	Sí
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula - Primera vez	No
	Trinidad	Esporádica	No contesta
	Remedios	Regular	Sí
Fuente: Elaboración propia con información de entrevistas en el hogar.			

En general, las mujeres que se tomaron la prueba saben que sus resultados tardan en llegar un mes, o poco más, y que pueden pasar a recogerlos donde les tomaron la prueba. Si no reciben llamada de urgencia algunas de ellas interpretan que no tuvieron ningún problema y que no tiene importancia esperar a recogerlos en otra ocasión en que se requiera el servicio. A menos que tengan alguna preocupación en especial, suelen dejar lo que consideran un trámite para otra ocasión en la que necesiten acudir al IMSS.

Un ejemplo de lo anterior es que entre quienes acudieron por sus resultados, Gabriela, María Eugenia y Remedios habían presentado síntomas por los cuales

estaban preocupadas, mientras que Beatriz necesitaba tener el resultado para que el colocaran el dispositivo intrauterino de acuerdo a las indicaciones médicas que recibió. Solamente Hortensia señaló que había ido por los resultados porque “siempre es importante ver cómo sales”.

Pero pues no me han mandado decir nada, me imagino que si tuviera alguna enfermedad ya me hubieran hablado, aún a sabiendas de que no tengo servicio, o sea, por mi misma no tengo, por mis hijos sí (Aurora).

Y mi hija fue por una medicina allá, porque se me acabaron las medicinas y aprovechó... me conviene para que no ande con vueltas por eso fue por los resultados. Ya había ido pero no estaban todavía y así aprovecha (Remedios).

No he ido por ellos (resultados), pero como se supone que te llaman si tienes algo, no me he preocupado porque supongo que no tengo nada, no me llamaron (Emilia).

Incluso entre quienes fueron por el resultado, se comparte la información de que en caso de que tengan algún diagnóstico de cuidado, serán localizadas en sus hogares.

Me dijeron: “te vamos a hablar”, me pidieron los datos, y me dijeron te vamos a hablar en caso de que algo ¿no? saliera mal, no salí muy bien, yo fui y averigüé, porque vine a otra cosa y dije pues, no me dijeron. Si te hubiera salido una infección o algo se te habla, y no, no para nada me hablaron (Rosa).

Si las mujeres no recogen sus documentos, éstos se pasan a su consultorio para que las asistentes médicas puedan archivarlos y de esta manera, durante la consulta médica, puedan recibir la información.

Sugerencias de las mujeres a los servicios médicos del IMSS sobre la prueba

Las sugerencias de las mujeres para mejorar la operatividad del servicio médico en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical pueden resumirse en las siguientes propuestas: 1) contar con personal capacitado, con experiencia y de sexo femenino; 2) mayor privacidad: lo que incluye que el personal de la misma institución no entre al espacio donde se toma la muestra y que otras personas no escuchen lo que se conversa durante la prueba (lejanía de otros espacios de consulta); 3) batas limpias

disponibles; 4) utilización de los espejos desechables; 5) calidez, amabilidad del trato del personal; 6) vinculación de los servicios de planificación familiar (revisión del dispositivo) y de detección oportuna; 7) disminuir los tiempos de espera para la prueba contando con más personal para la prueba e indicaciones precisas sobre la suspensión temporal del servicio; 8) acortar los tiempos de espera de los resultado; 9) explicación más detallada de cómo es la prueba; y 10) información clara sobre formas de buscar la información aún cuando se pierda la derechohabencia.

En los servicios médicos de la Secretaría de Salud se ha tenido la experiencia de que el personal de enfermería o los médicos hacen la prueba del Papanicolaou cuando revisan el dispositivo, a diferencia de lo que sucede en el IMSS en el que tienes que ir a dos lugares dentro de la misma UMF y esperar en dos ocasiones el turno, lo que implica dos revisiones cuando, como señala Ma. Eugenia, se “va por el mismo camino”, lo que podría, en su opinión “ahorrar tiempo y molestias”.

Así como está, tienes que pasar dos veces por lo mismo que no es agradable, sabe por qué será, que ni duele ni nada, nada complicada que es la prueba. No sé, será pudor que tiene uno de irse a quitar la ropa (María Eugenia).

Sería más fácil porque si tú vas al consultorio a hacerte el chequeo del DIU, en el momento que te digan: “Sabes qué, ¿te has hecho el papanicolaou?”, “Sí”, “Y cada cuánto te lo haces”, “Tanto tiempo”, “Y hace cuánto no te lo haces”, “Pues tanto tiempo”, “¿Quieres que te lo haga?”, y ahí ni modo que digas: “No”, o sea, lo más probable es que digas: “Bueno, pues ya estoy ahí”, entonces es más fácil (Emilia).

En el mismo sentido, se sugirió que en los servicios de emergencia hubiera algún espacio en el que se pudiera atender a las mujeres para la revisión del DIU y la prueba del cáncer, en horarios más flexibles tales como los fines de semana.

En fin de semana, en las salas de emergencia debería haber un lugar para poder revisar o aplicar DIU y la prueba, porque quienes trabajamos tenemos más dificultad para ir el fin de semana, pero cuando vas resulta que no hay personal que atienda esas cosas (María Eugenia).

Para disminuir el tiempo de espera se sugiere que haya más de una persona que tome la prueba, en espacios separados que permitan conservar la privacidad, al mismo tiempo que se logre atender a más mujeres al mismo tiempo.

Pues, a mí se me hace bien, o sea, a mí me atendieron bien. No sé como trabajan pero sí que hubiera más, o sea, que no fuera una sola persona que estuviera, que hubiera más, o sea, más gente para que, que no fuera una sola persona la que entrara sino que fueran, de a muchas pues, como tres para que saliera más rápido cuando hay mucha gentes así pues, más cubículos o no sé, ¿cómo se llaman? (Penélope)

Otra sugerencia se refiere a acortar los tiempos de entrega de los resultados. En el mismo sentido, cuando hay procesos infecciosos o inflamaciones que fueron observadas por el personal de enfermería, sugieren que para no tener que esperar un mes para recibir su tratamiento, el personal de enfermería comunique sus observaciones al médico.

Que la que nos toma la muestra nos explicara, nos dijera, trae inflamación, porque no dice nada. La prueba tarda un mes y esperar tanto tiempo es mucho. Si pudiera ser más rápida la entrega. Si son ellas especialistas, las enfermeras, ¿por qué no le ponen en una hojita un recado al médico de lo que ven? para que se lo pasen al doctor diciéndole lo que trae uno de inflamación o infección para que no esperemos un mes hasta que llegue el resultado (María Eugenia).

Y finalmente, en lo que mayor énfasis hicieron fue en la necesidad de que se les proporcione información sobre el procedimiento.

Sí, una ilustración o pláticas con fotos para saber cómo se toma la muestra, para estar más tranquila uno, me hubiera gustado para estar más tranquila y cuando hacen los cultivos, saber qué es la diferencia en las células. Poner un día a la semana y decirle que a las mujeres que vayan a hacerse la prueba del pap se junten para unas pláticas. Hay pláticas para el parto, para anticonceptivos pero no para el pap (Gabriela).

Deberían tener los médicos algún tipo de folleto y si es muy larga la explicación, nos den a uno el folleto, pero que no lo dejen afuera para que uno lo tome y se lo lleve, sino que se lo den y le digan que lo lea. Que te digan que es importante leerlo (María Eugenia).

No conozco el lugar donde se toma, ni quiénes lo toman ahí, pero que por el trato que me dan en la consulta, pediría que pusieran más atención a quienes van, que les tomaran en cuenta y trataran con mayor atención, que si uno tiene preguntas, le den tiempo, información sobre lo que le preocupa y que no regañen como si uno no pudiera entender, porque están todo el tiempo escribiendo y no hay tiempo de nada. Que la prueba la tome siempre una mujer y que le informen por qué es importante hacerla y cada cuándo. Yo por ejemplo, no sé qué me puedan hacer en caso de que me encuentren algo, porque ya no tengo matriz. No sé qué harían, supongo que nada. Pues yo siempre he dicho que siempre se le tiene temor a lo desconocido, que si hay algo que ya está uno más enterada, no pues que es esto, ya lo ve uno como normal, digo yo, pero pues... que le pregunten a uno si quiere saber o no y ya que decida cada quien si quiere conocer más, porque no somos iguales, hay quien no quiere que le digan lo que le van a hacer (Trinidad).

Las mujeres con histerectomía necesitan información clara respecto a la prueba, en primer lugar sobre la necesidad de hacérsela y en segundo lugar sobre los posibles tratamientos en caso de una detección oportuna.

Las condiciones materiales de vida como dificultades para las prácticas

Los problemas principales de las mujeres para acudir a la prueba del Papanicolaou se encuentran fuera del ámbito médico, precisamente en tres rubros: a) las condiciones de vida y en las modificaciones que implica para ellas los cambios en sus rutinas cotidianas para ir al servicio médico; b) la valoración de la necesidad de la prueba; c) los elementos socioculturales vinculados a la intimidad de la práctica de detección oportuna. Es en el engarzamiento de estas problemáticas con la atención en las instituciones de salud, donde encontramos la construcción de limitaciones para una práctica subsecuente.

De las tres problemáticas, en última instancia los factores socioeconómicos se anteponen a cualquier práctica de atención que pueda ser postergada, y no es distinto con una práctica como el Papanicolaou a menos que se presente sintomatología que las mujeres identifiquen como de gravedad, pero que en general se reducen a sangrados irregulares.

En este campo, el peso principal lo tienen las condiciones de ingreso familiar. Cuando no se cuenta con los mínimos requeridos por los integrantes, la práctica de detección oportuna que nos ocupa en esta investigación pierde incluso su espacio

dentro de las preocupaciones de las mujeres. Esto se agudiza si se trata de condiciones de ingreso, vivienda y acceso o dificultades en el traslado hacia los servicios médicos. Un segundo tipo de problemas se relaciona con la falta de apoyo de la familia para subsanar los primeros y para acompañarlas de manera que puedan cubrir lo que queda pendiente de sus responsabilidades domésticas cuando acuden a las UMF, sobre todo cuando hay familiares dependientes menores de edad, enfermos o adultos mayores que cuidar. En el rol femenino, el cuidado de los integrantes de la familia queda casi exclusivamente en sus manos; el rol masculino se limita a proporcionar el ingreso económico, el traslado hacia los centros de salud y el apoyo para movilizar a las personas que no pueden hacerlo por sí mismas.

Recordemos que el nivel de ingreso de las familias de estas mujeres se ubica entre dos y cinco salarios mínimos, pero encontramos diferencias en términos de ingreso, condiciones de vivienda, servicios, y de apoyo de sus redes familiares que nos permiten diferenciar tres grupos: a) las que viven en condiciones económicas más precarias son Yolanda, Aurora, Rosa y Hortensia con los salarios más bajos, las viviendas con más carencias y servicios más precarios; b) las que tienen una situación económica intermedia, con mejores condiciones de vivienda, servicios e ingreso, aunque inestables, son Penélope y Beatriz; y c) quienes tienen mejores condiciones en términos de apoyo familiar y/o ingresos, vivienda, servicios e ingresos que son Emilia, Ma. Eugenia, Trinidad y Remedios.

Entre las mujeres con una situación más precaria encontramos a Rosa; la conocimos en la vivienda de su abuela, en donde creció y quien contaba con un buen empleo. Desde su lugar de residencia el servicio médico era cercano (menos de cinco minutos), los ingresos familiares le permitían a ella y a su compañero, sostener una familia de cuatro hijos, sin embargo, se presentaron dos situaciones que rompieron su relativa estabilidad. En primer lugar la pérdida de empleo, y en segundo, que esto mismo ocurrió cuando había salido de la vivienda de su familia para mudarse a un espacio propio, de manera que sus gastos aumentaron considerablemente al no poder beneficiarse de los apoyos que recibía anteriormente, así fue que la prueba dejó de ser un tema a considerar por el momento.

Por ahora no voy a poder ir, porque estoy en esto desde tempranito, en las entrevistas, buscando trabajo, me urge, y más que nos cambiamos de casa y todo junto, no puedo... Necesito todo todo el día para buscar trabajo, no he conseguido. No está fácil, todos los días voy a donde me dicen y nada, lo de hacerme la prueba del cáncer va a tener que esperarse más, estoy dejando a mis hijos allá y, (con una tía) y no tengo para moverlos conmigo, ya viste de lo que me falta (Rosa).

Durante el trabajo etnográfico en las Unidades Médicas Familiares, vimos acudir a las mujeres con mucha prisa. Ellas relacionaban este hecho con el cuidado de los hijos, los enfermos, las tareas del hogar y/o actividades laborales. En las entrevistas, este tipo de presiones fueron mayores entre las mujeres viudas o en quienes tienen relaciones precarias con sus familias o amistades. Esta es la situación que describieron Aurora, Rosa y Beatriz, principalmente.

Cuando trabajaba en la escuela les dejaba a los hijos la comida antes de salir, ya nada más para que la calentaran, como ya están grandes. Pero yo casi no iba al médico, casi no me enfermaba, y desde tempranito salía para trabajar y ya regresaba tarde, casi la noche, porque mis hijos limpian la casa, nos dividimos, pero siempre es muy pesado. En el trabajo de la escuela no tenía tiempo de nada, cuando no era una cosa era otra, el trabajo y las preocupaciones en la casa, porque un tiempo mi hijo le ¡ay!, sí, y ¡verá!, no batallé con él sino ahora de grande, resulta de que agarró unas amistades que no, y yo con eso del trabajo y cansada y todo no me daba cuenta y se me desvió, y se me desvió un poco, ya lo trajimos, mis hijas y yo anduvimos batallando. En la noche salíamos a buscarlo, a veces que yo cansada me quedaba dormida y despertaba a las 2:00, 3:00 de la mañana porque las buquis, que no estaban lo andaban buscando a él, Dios guarde peligrando, que le hicieran algo pues y yo me mortificaba mucho, hasta que tanto estar dale y dale ya se compuso, se casó con una muy buena muchacha y parece que va muy bien. ¡Ay! pero sufrimos mucho, todos sufrimos mucho, sus hermanos y yo por eso de la droga... Pues sí, sí pienso ir por los resultados, pero pues ahorita por lo pronto no, porque pues ahorita tengo muchos serios problemas, porque apenas voy a empezar a trabajar, si el señor donde trabajé ahorita voy a donde trabajé ayer, haciendo tortillas, a ver si me da el trabajo el señor ese (Aurora).

Yolanda tiene una situación precaria, sin embargo, tiene redes familiares que apoyan en sus necesidades básicas. Aunque tuvo que hacer ajustes en su vida y pasó de vivir en una casa que pertenecía a su abuela, a una vivienda de cartón, pasa el día en casa de otros familiares vecinos que iniciaron el proceso de construcción de una

casa en el lugar que el municipio destinó a un grupo de invasiones urbanas. Desde el inicio de la misma, su padre había conseguido terrenos para su hermana y sus hijos, la familia apoyó primero en la construcción de la casa de la primera y una vez concluida, ante la emergencia de ocupar el terreno para no perderlo, la familia inició de nuevo el proceso de construcción de una vivienda para Yolanda. Su vivienda no cuenta con agua, pero su padre la invita una vez a la semana a lavar la ropa en su casa. Su compañero trabaja para juntar el material con el que iniciarían la construcción de una vivienda en mejores condiciones y la familia de su suegro, que vive muy cerca de la UMF, le facilita el acceso a consulta médica iniciando los trámites para conseguir ficha para consultas sobre todo de la niña.

Últimamente que tenía que ir que andaba con sacar cita con el doctor pues fue mi suegro, porque está muy cerquita, le pedí el favor que fuera él, pero cuando no se puede pues aquí, mi papá tiene carro y a veces va mi esposo y vamos los dos a apartar cita para la niña y para mí, pero yo casi no voy con el doctor, nada más por el embarazo y ahora que estaba engripada. Pero ir al Seguro es perder mucho tiempo, porque tienes que ir tempranito, a las 5:30 a sacar ficha para la consulta de la tarde y luego en la tarde para la cita, todo el día (Yolanda).

Yolanda es la más joven de las mujeres entrevistadas y quien se encontraba más activa tratando de convencer a su madre y a su suegra para que acudieran con ella a hacerse la prueba. Su premura surgió a raíz de que vio un programa de televisión en el que se informó sobre la importancia de la misma.

Una situación de menor precariedad en términos de salario y vivienda es la de Beatriz, quien al igual que Yolanda, no trabaja fuera de su hogar, pero carece de personas que la apoyen. En su familia su madre se volvió a casar y dejó a sus hijos con su padre, ella no los integra en su nueva familia y no pueden visitarla en su nueva casa. Entre los hermanos de Beatriz tampoco encuentra apoyos, uno de ellos está en la cárcel y la segunda tiene acusaciones por maltratar a sus hijos. Su padre trabaja como velador y su pareja sale de la ciudad constantemente porque labora como chofer en los transportes de carga hacia la frontera. No tiene buena relación con su familia política y señala que no cuenta con apoyo de su pareja para cuidar a los niños cuando sale de casa, de manera que prefiere salir solamente “en caso de necesidad” al Centro

de Salud más cercano o a casa de su abuela a quien ayuda a cuidar. Después de que se cambió de casa, no había hecho todavía los trámites porque en su nueva ubicación el traslado depende más de su esposo. Ella podría acudir más fácilmente los fines de semana, pero no son días laborables en las UMF del Seguro Social.

No he ido a la prueba porque son más las dificultades para ir por el trabajo de la casa pero sobre todo por no tener quién me ayude a cuidarlos, a mis hijos... Lo hemos platicado y él me dijo que va a venir a cuidarlos o a llevarme. Casi no me gusta dejarlos, cuando voy al centro, ahí voy con los tres en el camión y es muy batalloso, pero no me gusta dejarlos, ni con mi nana, que no vive tan, tan lejos. Como no crecí con ella pues, casi no la veía, no hay confianza, y con mi mamá no se puede porque en su casa, no es mi familia, a ella nada más la veo los domingos, cuando vamos a ver a mi hermano al CERESO, a él se supone que pronto le van a dictar sentencia. Está preso porque vio cómo un amigo mató a otro, y lo metió en el asunto. A él no le han podido probar nada, dice el licenciado que lo más seguro es que lo dejen salir, pero todavía no saben. Cada fin de semana vamos a verlo y ahí veo a mi mamá. Y mi papá sí, a él si le he dicho que se venga a vivir conmigo pero ahorita está trabajando, trabaja de velador y duerme en el día, cuando no trabaja no se puede, pero le tengo más confianza a él... Con mis hermanas no, la más grande, la que te dio la dirección, no cuida a sus hijos, ahí los trae en la calle, menos a los míos... Tampoco, ahí sí no, porque no me gusta dejarlos con su familia (de su esposo) el día que se los dejé se me pegó el niño, como que no los cuidan bien, no se puede y no me gusta, no (Beatriz).

En momentos de crisis económica, los cuidados a la salud quedan en un segundo plano -con mayor razón si no se consideran una urgencia- y no se cuenta con el servicio médico. No todas las mujeres tienen la información de que pueden acudir al IMSS o a cualquier otra institución para que se les haga el Papanicolaou, como en el caso de Rosa: cuando perdió su empleo, sus prioridades ciertamente no incluían un lugar en la agenda para los cuidados de detección oportuna de cáncer. Aun quienes cuentan con el apoyo de sus familias, se refieren al tiempo que tienen que dedicar para acudir al Seguro y lo que implica para ellos la modificación de su cotidianeidad.

No he ido con el familiar todavía, ¡ay! es mucha pérdida de tiempo. Sí, es mucha pérdida de tiempo y con las niños que irlos a dejar y que esto, se atrasa uno mucho. Sí, con ellos dos pues tendría que mandarlos muy temprano con mi esposo a la casa de sus abuelos, cuando se va al trabajo a las 7:30, pero

también pues ya muy helado para ellos y luego irme para allá al terminar y esperar a que mi esposo llegue por nosotros, ¡todo el día pues! (Gabriela)

Los cambios de horario de atención en los servicios médicos cuando no se contrata una suplencia, hacen que los horarios en los que acuden algunas mujeres que trabajan, se vean modificados. María Eugenia solicitó el servicio en una ocasión en la que no había servicio vespertino y le indicaron entonces que únicamente se daba por las mañanas. El servicio continuó cuando regresó la enfermera del turno de la tarde, pero María Eugenia se quedó con la información que le dieron y señaló que ya no puede acudir como antes lo hacía después de su jornada laboral.

...antes yo iba después del trabajo, que me hacían la prueba en la tarde, ahora la última vez que fui que ya no, me dijeron que en la tarde hasta la 1:00 nada mas, pero yo me la hacía en la tarde por el trabajo, voy a volver a preguntar pero pensaba que ya no había servicio a esa hora (María Eugenia).

Las mujeres con hijos pequeños sin apoyo de sus redes familiares o amistades, son quienes señalaron mayores dificultades para acudir en este sentido. Entre las mujeres mayores, Trinidad depende de su esposo o de su hijo para que la lleven a los servicios médicos, y Remedios depende de sus hijas o sobrinas, quienes la acompañan a sus controles con el médico familiar y con el especialista. Ambas comparten que no salen solas por problemas de salud y por la edad. Depender de alguien para acudir al servicio médico; contar con el tiempo por motivos de búsqueda de empleo o del empleo mismo; así como necesitar apoyo para el cuidado de hijos pequeños, fueron los principales problemas para acudir al Papanicolaou en relación con las actividades domésticas.

Entre las mujeres con hijos pequeños, la diferencia entre Yolanda, Emilia, Hortensia, Gabriela y Penélope, con Beatriz y Rosa es el menor apoyo que reciben de sus redes familiares. Las condiciones socioeconómicas de Yolanda y Rosa son similares, pero el apoyo de la familia de Yolanda le permite buscar atención médica para su hija con mayor facilidad que a Rosa. Entre las mujeres de más de 35 años, Aurora señala la necesidad de trabajar o de buscar empleo como uno de los problemas para acudir a la prueba, siempre había algo más importante o problemas

fuertes con los hijos que atender. Desde una perspectiva de género, pareciera que la salud de las mujeres queda en segundo lugar en el hogar y la atención suele buscarse cuando hay síntomas que se consideran graves, como fue el caso de Aurora.

Al niño lo llevo pronto, a veces me toca ir a pie porque la morada no pasa (transporte), y a pie está poquito retirado, hago como media hora y luego cuando te toca, ahora en tiempo de calor con el niño, ahí siempre lo he atendido, pero así es muy pesado, pero cuando yo me siento mal me espero a ver si se me pasa solo, no es la misma urgencia (Penélope).

La combinación de elementos que conforman la descripción de las dificultades para acudir a la práctica es una constante en las descripciones de las mujeres, pero el apoyo de sus amistades y familias juega un papel fundamental para la práctica de detección oportuna. María Eugenia, Penélope y Remedios, quienes tienen una práctica regular, comparten el contar con apoyo de sus familias y compañeras de trabajo para el traslado, el cuidado de sus hijos o el tiempo para acudir a la detección oportuna.

Los sentimientos relacionados con “la prueba del cáncer” y los procesos de socialización de género

Las informantes coincidieron en expresar vergüenza, desagrado y/o temor respecto de la prueba del Papanicolaou cuando se les preguntó sobre las dificultades que tenían para la práctica. Durante las entrevistas tratamos de encontrar sentido a estos sentimientos que forman parte de la representación social de la prueba. Consideramos que su raíz se encuentra en procesos de construcción social y cultural que se ubican en espacio y tiempo fuera de los servicios médicos, y que se ubica en procesos de socialización en los que se construye lo que se considera propio del género femenino, en este caso, sobre la aceptación social del cuerpo en términos de lo que es aceptable como visible o bien lo que se requiere que quede cubierto por el vestir. Incluso, también podemos mencionar lo que se considera apropiado que las mujeres sepan sobre sus procesos biológicos y reproductivos todo lo cual contribuye a formar la representación y práctica social del cuerpo femenino, misma que se hace presente durante la toma de la citología cervical.

En este apartado describimos y analizamos temas relacionados con la construcción de estos sentimientos en torno de la prueba del cáncer a partir de las descripciones de las informantes. Las representaciones no se conforman solamente de racionalizaciones de la práctica sino que se acompañan de procesos subjetivos contruidos y ubicados en realidades sociales y culturales específicas.

La práctica y los sentimientos que la acompañan no se encuentran separados más que en el análisis, y se hace con el fin de focalizar un tema que nos parece relevante para la comprensión de este otro tipo de dificultades subjetivas que acompañan a los procesos de acudir al Papanicolaou y que comparten las mujeres entre sí.

En este apartado, tampoco nos interesa hablar de la vergüenza en términos generales o fuera de contexto, ni abordamos su dimensión psicológica; antes bien, nos interesa lo que se refiere a procesos de socialización y construcción de la misma. Consideramos que los significados y sentidos de la vergüenza de mostrar el cuerpo no es un proceso estático y que la educación formal ha jugado un papel importante en términos de proporcionar información y facilitar las relaciones que se establecen en las UMF.

Retomamos con ello un tema que Renato Rosaldo (1991:15) replanteó a finales de los años ochenta, respecto a la importancia de considerar los sentimientos como objeto de estudio de la antropología cultural, más que desde una noción psicoanalizante o de búsqueda de sentido abstracto y descontextualizado, es decir, se propone el estudio de los sentimientos a partir de la posición del sujeto en sus relaciones sociales para comprender lo que el autor llama “experiencia emocional”. En este trabajo proponemos que esta experiencia construye y forma parte de las representaciones sociales de la prueba de detección oportuna de cáncer y que su ubicación por las mismas mujeres como un obstáculo a considerar, se refleja, entre otras cosas, cuando proponen que el servicio de la toma de la muestra sea realizado por personal femenino por encima de la profesión médica.

En las narrativas de las mujeres, los sentimientos relacionados con las nociones sobre la enfermedad del cáncer se mezclan con los que se refieren más específicamente a la prueba del Papanicolaou, y es que están relacionados en tanto

que ésta tiene por objetivo la detección de la enfermedad. En algunas partes de este trabajo los separaremos únicamente en términos del análisis, pero no podemos entender el miedo a obtener un resultado positivo sin considerar el miedo a la muerte que provoca esta enfermedad. La tabla No. 64 resume los principales sentimientos que manifestaron las informantes como parte de la prueba y que por lo general fueron señalados como un obstáculo para su realización, sentimientos que consideran o conocen que son comunes a otras mujeres de sus redes sociales.

El miedo a la muerte y al dolor de la enfermedad fue trabajado con mayor detenimiento en el capítulo sobre representaciones del cáncer. En este apartado nos referiremos más a la *vergüenza* y a los procesos de socialización vinculados con ella, y que fueron descritos por las mujeres entrevistadas, así como a la *desidia* o flojera, pero ubicaremos esta última como una expresión del desagrado y aplazamiento que por lo general requiere de una explicación o interpretación.

En el mismo sentido, consideramos que estos sentimientos se relacionan con los procesos de construcción social del género femenino en torno al cuerpo y a sus cuidados, y que repercuten en la relación médico paciente en términos de nerviosismo o bien de tranquilidad.

Tabla 65. Sentimientos relacionados con la prueba del cáncer

Mujeres entrevistadas que se refieren a ellos en lo personal	Sentimientos	Resumen de la relación entre su sentir y lo que lo genera
Aurora Trinidad Remedios María Eugenia Rosa Yolanda Beatriz	Vergüenza (Es mayor si el personal es masculino)	Mostrar partes íntimas de su cuerpo Postura durante la prueba (abiertas) Exponer su vida sexual y reproductiva a personas extrañas
Hortensia Penélope	Temores	La muerte El dolor

Gabriela Yolanda Emilia Beatriz María Eugenia		Ser lastimadas durante la prueba
		Lo desconocido del procedimiento
Yolanda Aurora Trinidad Remedios Emilia Beatriz Rosa Gabriela	Desagrado/Desidia/Flojera	Práctica no deseada, obligación desagradable
		Primero los demás
		Atención necesaria sólo con síntomas
		Atención necesaria sólo con síntomas
Fuente: Elaboración a partir de las entrevistas en los hogares, 2002.		

En algunos casos esto puede llegar a retrasar las prácticas de detección ya sea porque implican la observación de personal médico de zonas definidas como íntimas durante el Papanicolaou, o bien por el temor al dolor y a ser lastimadas. Por ello nos abocaremos a dos procesos de socialización con los que las mujeres ejemplificaron sus procesos de socialización en torno a la reproducción y a la sexualidad principalmente, y analizaremos las diferencias entre mujeres que pertenecen a generaciones que han vivido procesos en los que se han realizado cambios importantes en términos de la apertura a estos temas, pasando de una formación en las familias a una que se da en el espacio escolar.

Cuando hablamos de procesos de socialización nos referiremos a lo que Berger y Luckman (2001:166) definen como la inducción amplia y coherente de un individuo a una sociedad o a un sector de la misma. Por socialización primaria entendemos el proceso por el que atraviesa el individuo durante la niñez por medio del cual se convierte en miembro de la sociedad, en la mayor parte de los casos, esto se da a través de la institución familiar, entendida ésta no como una sola forma y estructura de padre, madre e hijos sino comprendiendo las diversas formas en que se encuentra en la sociedad entre las cuales tenemos hogares de jefatura masculina y/o femenina, familias nucleares y extensas y la participación o no de espacios tales como escuelas y guarderías que hacen más complejo el panorama de inducción de un

individuo durante su infancia a una determinada sociedad y cultura. La socialización secundaria se define como cualquier proceso posterior que induce al individuo que ha sido previamente socializado, a nuevos sectores de la sociedad. Es en estos procesos de inducción que se llevan a cabo en las relaciones cotidianas, cuando se construyen los primeros saberes sobre el cuerpo y la sexualidad, mismos que serán reforzados o transformados durante la socialización secundaria.

Procesos de socialización sobre sexualidad y cuerpo: el género y la dimensión social del pudor

Durante las entrevistas preguntamos a las informantes cómo se relacionaba la vergüenza o el pudor que describían como parte de la representación de la prueba del Papanicolaou con la educación que recibieron en sus familias. Al respecto refirieron algunas prácticas en el entorno familiar sobre su cuerpo -sobre todo durante la época de la adolescencia- y la educación sexual que por lo general no recibieron en sus hogares, acompañadas de las que se consideraban prácticas aceptadas o por el contrario, que eran sancionadas.

En sus narrativas, las informantes describieron que los padres no son los únicos actores involucrados en este proceso, en ocasiones tampoco son los principales en términos de fuentes de información. Los hermanos, primos y amigos juegan un papel fundamental, no solamente al compartir lo que saben sino en las prácticas mismas de mostrar el cuerpo, o hablar o ejercer su sexualidad, muchas veces las madres son las últimas en aceptar o enterarse de lo que sus hijos saben. Las prácticas y/o comentarios de los hermanos mayores van formando a los más pequeños, como expresan las narrativas de Emilia y Aurora.

No, con mi mamá no hablo de eso, como ella ya es una persona mayor, de más de setenta años. Somos doce hijos, yo soy la más chica, pero es lo bueno de ser metiche, fui aprendiendo metiéndome en la plática de mis hermanas. Fueron mis hermanas o mis cuñadas las que me hablaron de eso. Yo era bien viva, bien metiche, todo quería saber, no me platicaban a mí, al contrario, me quitaban mis hermanas para que no me enterara de cosas y yo siempre oyendo detrás de las puertas y todo, así pues por eso me enteraba si no nadie me decía (Emilia).

En el mismo sentido, Aurora señaló que sus hijas aprendieron con sus primas y en la escuela sobre la menstruación, y aunque estaba al tanto de que ellas ya se habían enterado de los cambios que se viven durante la adolescencia, ella no participó de manera activa en este proceso.

...Cuando a la más grande (de sus hijas) le bajó la regla, pues yo ya trabajaba. Nunca estaba y ella estaba con una tía y como mi tía tenía puras muchachitas, muchachas pues, más grandes así que ellas le dijeron, cuando ella, ya vino para acá y todo, porque allá estaba con ellas e iba a la escuela... En la misma escuela, las primas y las demás amigas y todo ya sabían y le dijeron todo y ya ella misma ya le enseñó a la otra, por eso, por ese lado no batallé yo en decirles (Aurora).

Lo que se pone en juego en estos procesos de socialización se hace más evidente en las narrativas de las informantes, quienes vivieron situaciones “duras” en la infancia, en términos de abuso sexual o de lo que consideraron “falta de respeto” al cuerpo de las mujeres en los hogares. En el caso de Aurora, el abuso de su padre cambió su vida y apresuró su salida del hogar. Sin embargo, la pérdida de relaciones de apoyo no la eximieron de su responsabilidad de género al cuidar de su madre durante su vejez y enfermedad.

De repente, ya no tuve el respeto que debía de haberles tenido a mis padres, por, por otras, por muchas cosas, que sufre uno, que sufrí yo de chica. Porque, ¿cómo le dijera?... como antes, muy analfabeta la gente, entonces yo me crié así ¿no?, con mis hermanos. Ellos siempre muy respetuosos y mi mamá siempre a lo que mi papá dijera. ¡Uy! mi mamá no podía nada y mi papá sí, pero él un día me tocó mal, abusó y mi mamá no hizo nada. Mi papá era del sur, entonces yo, entonces yo fui la única mujer. Cuando me quedé sola ya con mis hijos a ellas las tengo impuestas a que se cuiden de todo mundo, que no porque, no por parte de mis hijos, porque a ellos les di otra educación, yo siempre he educado a mis hijos a que ellos las respeten a ellas, ellos una mala mirada a ellas, nunc a y todo el tiempo así juntos, hasta eso que ellos así nunca se cambian (de ropa) delante de ellas, ni ellas adelante de ellos, y todo eso pues así, entonces, yo les tengo mucha confianza a ellos... yo sola con ellos y siempre, dándoles consejos: que tengan mucho cuidado, no se metan a las casas, si van a ir a jugar no entren a las casas, vale más que jueguen en media calle, que la gente los vea a que Dios guarde les haga algo una gente adentro de una casa (Aurora).

En el mismo sentido, María Eugenia señala que la experiencia de su madre marcó la formación que recibió en su hogar y sigue presente en la formación de sus hijas. Reconoce que eso es lo que la va formando como persona, pero que no lo es todo. Para ella la vergüenza es parte lo que les enseñan los padres a los hijos, “con la intención de protegerlos”, pero también es algo que “ya lo trae uno”, en las mismas familias hay hijos que la tienen más que otros.

Como tuve cinco hermanas y cuatro hermanos éramos muchos y siempre nos tapábamos. Mi mamá era muy cuidadosa con eso, siempre hacía que durmiéramos separados y nos estaba cuidando, ella es muy desconfiada porque nos platicaba que en su casa sus hermanos las tocaban en la noche, así que es bien exagerada en nadie confía, ni familiares ni amigos, siempre nos decía que no nos metiéramos a lugares donde estuviéramos solas con un hombre. A mis hijas, mi mamá les dice a cada rato que no sean cochinas, disolutas, desvergonzadas... Recuerdo que en mi casa mi mamá era muy estricta en estas cosas del cuerpo. En cambio, en mi casa, es él, mi esposo pero es de más. Yo le digo que ni tan, tan, ni muy, muy porque luego por eso se salen las hijas de la casa, cuando se cierran todas las puertas, siempre ando en medio porque es muy exagerado. También es que ahora hay muchas sinvergüenzas, sin pudor porque esto ya lo trae uno, hay quienes sienten más vergüenza que otros, porque yo veo que mi hija mayor no tiene tanta pena, se cambia enfrente de nosotros, pero otra más chica no. Lo que tienen es que son un poco gorditas y por eso no se ponen blusas de tirantitos o cortitas (Ma. Eugenia).

Cuando las mujeres más jóvenes vivieron su proceso de socialización con las mujeres de la generación de sus abuelas o cuyas madres son de edad avanzada, los procesos fueron más rígidos, como señalan Emilia y Rosa. Esta última aún vivía en casa de su abuela durante la primera parte de las entrevistas. Recordemos que su madre y sus ocho hijos se fueron a vivir a la casa materna en el momento en que se separó de su compañero. La relación de Rosa con su abuela fue muy estricta en términos de una educación que ella describe de “regaños” y más bien silencios respecto a temas relacionados con el cuerpo y la sexualidad. Por lo que en su caso, la educación escolar jugó un papel muy importante; ella señala que la escuela le dio un discurso explicativo sobre estos temas para luego poder desarrollarlos con sus hijos y sobrinos ahora que ella es la responsable de responder a las preguntas de los menores.

Con mi abuela ¡hijuela!, nombre, ¡que habláramos algo al respecto así! No se podía, nos decía: “¡Ya están con sus leperadas!” No podíamos hacer preguntas, como ¿por dónde salimos? Lo normal de todos los niños. Uno ya ve las cosas diferentes, veo a mi sobrino, cómo pregunta y cómo uno debe dar una explicación, digo a lo mejor no estaban preparadas por eso se cerraban en seco para no darnos una explicación, o creían que no debían, pero ya uno ahorita ya envuelves al niño, le dices: que una semillita, que tu papá, pone una semillita en mi parte y de allí sales tú, y allí vas creciendo y ya se quedan los niños en paz (Rosa).

Sin embargo, la educación escolar que reportan es limitada en el sentido que se les proporciona educación sobre aspectos biológicos de la reproducción humana, e incluso este tipo de temas se abordan rápidamente. Por lo general nunca se habló de los significados socio culturales o psicológicos de las relaciones sexuales.

Lo que Emilia, Yolanda, Hortensia, Rosa y Penélope recuerdan acerca de sus estudios se refiere principalmente a estos temas y a los métodos de planificación familiar. En algunos casos vieron algunas enfermedades sexuales, entre las que se enfatiza la información del SIDA, pero el cáncer cervical, el virus del Papiloma Humano y el Papanicolaou no formaron parte de los contenidos que recordaron haber revisado durante la primaria y secundaria.

Dice mi hermana la mayor que ella en sexto, no se acuerda que le hayan, ni en la secundaria, ni en la secundaria le tocaron el tema ese, de nuestras partes y miraron las hojas y las pasaron. Les dijo la maestra, ¡pásense esas hojas!, porque ya venía en el libro, ya venía en el libro, ya venía el monito y la monita, pero ella dice que nunca le dieron eso, yo creo que hasta en la escuela, ya existían esas ideas de no hablar del tema como en la casa... Sí te explican, pero no te dicen todo, por ejemplo el cómo sufre uno, el cómo duele, ¡ay! Yo no me acuerdo que me hayan explicado eso, que cuando tengas una relación, va a haber un dolor y sí me acuerdo, que me explicaron que puede sangrar uno, que tenemos una telita, la maestra todo eso sí nos explicó, y pero no, no, del dolor, ya después uno empieza, qué feo qué doloroso, y tampoco te hablan de que ya no te sientes igual y pues así, ahora yo de grande entendí, que no es la misma, nunca va a ser la misma, esta primera vez... ahora con mi pareja se complementa todo, cariño, amor, comprensión, comunicación y todo, no, no, muy diferente pero yo estaba plebe, chamaquita niña, ahora ya entiende y comprende uno. No que esa primera vez ya como que te cambia la vida, al otro día, como que, ya sentí vergüenza. No quería ni salir, me acuerdo, era algo pues por un lado muy bonito, y siempre a la vez como que te paralizas y cambia tu vida, cambia radicalmente, ya no te sientes

igual, ya no, ahora tienes que pensar diferente y todo, porque ya no te casaste, más pues estaba chamaca yo, tenía 16 años, 15 años pasados (Rosa).

Él (maestro) dictó varios temas del Sida y otras enfermedades, y ya nosotros teníamos que buscar en el libro, por ejemplo el Sida es uno nada más y la gorronea, sí, porque también todo eso venía, no me acuerdo muy bien, como viene cada cosa así explicada, unos dos rengloncitos de cada cosa así, no sé muy bien pues, yo me acuerdo de muchas enfermedades, me acuerdo que veía varias enfermedades pero no me acuerdo qué decía, qué hablaba. En la lista hablaba del puro cáncer, por eso le digo que más bien yo aprendí en la tele de eso del virus y del cáncer de la matriz (Yolanda).

La educación escolar sobre reproducción y sexualidad, junto con el acceso a la información en medios de comunicación, permite a las mujeres más jóvenes hablar con mayor facilidad sobre estos temas, además de que parece vincularse con una mejor la relación con el personal de salud durante la prueba del Papanicolaou, en comparación con las mujeres que no contaron con este tipo de información. En las más jóvenes también está presente la sensación de vergüenza, pero tiene un papel menor en cuanto a dificultar su práctica del Papanicolaou, en cambio, en las mujeres que pertenecen a los grupos 2 y sobre todo al 3, la vergüenza o pudor se convierte en una dificultad en sí misma que tienen que vencer para acudir.

Si bien en general las mujeres señalaron que el personal de los servicios médicos tiene una profesión que les capacita para “no fijarse” o no abusar de su situación, describieron la práctica del Papanicolaou como desagradable, vergonzosa y reiteraron la necesidad de acudir a pesar de sus deseos de no hacerlo.

Sí, yo siempre he sido muy vergonzosa también, por ejemplo, uno siente pena que la vean, cuando va uno a sanar, entonces uno siente pena, pero no tanta, yo creo que no, porque ya lo que quiere uno es tener a su hijo y entonces no siente pena hasta ya después pero ya para qué. Es diferente la prueba del cáncer, porque ahorita no siente uno nada y porque tiene que tener su pudor uno siempre, que fuera aquello ya nomás porque te dicen: “ándeles, quítese la ropa” y ya uno se la va a quitar, ¡no pues! te da vergüenza (Aurora).

Aurora comparó la prueba con la situación que se vive durante el parto, pero en este último caso, hay una emergencia, dolores intensos y la responsabilidad de que nazca bien el bebé, mientras que en la prueba no hay ninguna de las tres cosas, no es

una emergencia, ella no se percibe como enferma y la responsabilidad es con su salud y no con otro miembro de la familia.

Al parecer hay una representación y práctica que está cambiando en términos de lo que significa el cuidado en los procesos de socialización del género femenino. Las mujeres del G3 vivieron en una generación en la que en sus familias poco se habló sobre procesos reproductivos o incluso de los cambios corporales como la menstruación. En ellas, la noción de cuidado parece estar llena de silencios entendidos como protectores de una “inocencia” que pudiera hacerlas “mejores mujeres”.

Las mujeres “buenas” se definían antes por no saber mucho sobre la sexualidad y menos por practicarla: “se trata de salir bien de la casa”. Mientras que las mujeres más jóvenes pertenecen a otra generación en la cual se cuenta con varias fuentes de información sobre la sexualidad y los procesos biológicos. Entre ellas no solamente se encuentran las amistades y familiares en edades similares, sino que en algunos casos participan su madre y se cuenta además con información que les brinda la educación formal desde el quinto de primaria y la secundaria, así como lo que reciben en imágenes televisivas y otros medios de comunicación masiva.

Para las mujeres más jóvenes, el cuidado de sus hijos incluye hablar de estos temas directamente con ellos y no presuponer ni desear que no sepan al respecto. Estos cambios fundamentales de un cuidado de silencio a uno de información parecen influir en términos de una posible facilidad para prácticas de cuidado tales como la del Papanicolaou. El problema principal seguirá encontrándose entre quienes viven o vivieron procesos de mayor silencio.

Los procesos de cambio entre las generaciones se expresan entre las entrevistadas alrededor de dos temas que se relacionan con este paso del cuidado entendido como silencio, y de un cuidado que involucra información biomédica y biológica: Los cambios en términos de los temas y los espacios en los que se puede hablar de la pubertad y de la sexualidad fueron abordados en las entrevistas como un indicador de la apertura a temas relacionados con el cuerpo que pudieran explicar la construcción social de la vergüenza que reproducen las mujeres en sus relaciones médico paciente en revisiones ginecológicas y en el Papanicolaou.

Hablamos de la menstruación porque no es un tema que comprende solamente un cambio biológico, sino que forma parte de procesos sociales y culturales vinculados al crecimiento y al control de la sexualidad. A partir de su aparición, lo biológico cobra sentido social en relación con la posibilidad de la maternidad, las formas de establecer relaciones más o menos permanentes, la familia, el ejercicio aceptado o no de la sexualidad y la edad reconocida como la más conveniente para dichos procesos.

Emilia narra cómo en su familia ni su madre ni sus hermanas conversaban con ella sobre estos temas, pero eso no impidió que hablara con facilidad sobre la menstruación. Siendo la más pequeña de una familia de doce hijos, se cuidaba de que no se enterara ni que participara en las conversaciones de los mayores. Sin embargo, Emilia reconoce que el tabú no era su edad sino el tema mismo de la menstruación, el cual conocía porque ya se había tratado en la escuela.

Nunca he hablado de menstruación ni de estos temas (con mi mamá). Como era la más chiquita, mi mamá es tan cerrada que cuando a mi hermana le bajaba, no se atrevía a decirle lo que le pasaba, mi hermana mejor le inventaba que se había cortado. A mis hermanas las oía, yo oía nada nomás que platicaban ellas, pero ellas que se sentaran a platicar conmigo, no. Yo, mira, a todo el mundo le dije una vez: “¡Ya me bajó” y me ponía toallas, pero les ponía Catsup o algo para que (risas), o sea, para decirles que ya me había bajado, mira que me quería sacar sangre a fuerzas porque yo quería que me bajara. ¡Ay! porque iba a ser señorita, o sea, fregón, ya soy grande y me vino hasta los 14 años. No me dolió nada, de repente sangré: “¡Ay! me bajó” y otra vez, a todo el mundo le dije, a todos mis hermanos, a todo mundo, porque a mí no me daba pena, muy diferente a mis hermanas las mayores o mi mamá (Emilia).

En este trabajo, el tema no se aborda a profundidad pero nos permite resaltar cómo la menstruación se ha hecho más pública desde que forma parte de los contenidos escolares, y también nos permite observar de qué manera puede influir en términos de una construcción social del cuerpo que facilite el vínculo entre el personal médico y las mujeres durante las exploraciones ginecológicas en general, y para el Papanicolaou en particular.

La influencia escolar se encuentra señalada principalmente en las narrativas de las mujeres del G1 y G2, sobre todo en torno al tema de la menstruación, las mujeres

de estos dos grupos de edad contaron con información al respecto a diferencia de lo que sucedió con las mujeres mayores de 45 años de edad. Estas últimas pertenecen a una generación en la que ni sus redes familiares, ni en otros espacios se les habló sobre el tema, las tres se enteraron hasta que vivieron la experiencia de manera individual (Aurora, Remedios y Trinidad).

Las representaciones sobre la menstruación se han modificado pasando de una visión más privada a una de mayor apertura en las familias y en las escuelas. El proceso de cambio ha sido lento y algunas de las entrevistadas señalan que incluye resistencias de padres de familia o de maestros; mientras que por otro lado, las madres van delegando a las escuelas la responsabilidad de hablar con sus hijas sobre el tema. Un ejemplo del proceso que se vive en los hogares lo narra Rosa, de 28 años de edad, a quien cuidó su nana (abuela) cuando era pequeña y cuya única fuente de información fue la escuela.

Rosa trata de comprender por qué nadie de su familia, ni siquiera sus hermanas, hablaron con ella. Recuerda que su madre trabajaba muchísimo y llegaba pocas horas a descansar, entonces no encontraban el momento para hablar con ella. Con su nana tampoco era posible hablar mucho del tema, tal vez porque no contaba con la experiencia de comunicar sino de callar, porque no conocía “las palabras adecuadas” para dar una explicación sobre el cuerpo y la sexualidad. En su experiencia personal se explica el castigo como una forma de evitar dar una respuesta que ella misma (su abuela) no tenía.

¿Por qué no podría decirnos mi nana? Cuando dijo mi hermana, cuando, cuando regló por primera vez le dijo: “¡Mami! ¡Mami! ¡Me está saliendo sangre!” Que le dijo ella: “¡Cállese la boca! va a oír su hermano, y ¡ándele váyase a bañar! y póngase esto y no ande diciendo”. A mí...Me acuerdo cuando la primera vez que regla uno, cuando menos yo ya estaba en sexto, y lo bueno que esa plática ya había pasado por mí cuando me paso eso, y ya sabía. Sí, en sexto año, me tocó que nos hablaron de la menstruación, de que, por qué la mujer, por qué nosotros eso de que lo fecunda y de por qué tiene que desechar eso uno. Que el organismo lo, los días, que los 28 días, todo eso nos explicaron eso y pues aprendí eso, en la escuela pero con mi mamá, nunca. Pero me acuerdo que entonces mi hermana ¡le va diciendo a mi abuela qué me pasó! Y entonces, mi nana se enojó, ¡hasta me quería dar una cachetada! Así era mi abuela, bien vergonzosa, no le gustaba nada, o a lo mejor porque no tenía una explicación y se cerraba, así era la gente de antes,

que no tenía capacidad para dar una explicación o la escuela. Ellas no escucharon de una persona las palabras más o menos adecuadas para más o menos dar una respuesta, hay que entenderlas o comprenderlas. Si todavía uno, a estas alturas de la vida, le da pena que a uno le hagan esas cosas, o que platiques o algo te da pena... ¡Imagínate antes! ¡Con más ganas! (Rosa)

Como podemos ver en el siguiente cuadro, todas las mujeres del G1 y G2 recibieron en la escuela algún tipo de información sobre la menstruación. Penélope explicitó las diferencias con su mamá o sus amigas de más edad. Hay un cambio generacional que habría que explorar en otras investigaciones, ya que al igual que Penélope, Rosa, Emilia, Blanca, Yolanda y Hortensia coinciden en la importancia de contar con información antes de tener la experiencia. Por otro lado, la formación escolar permite mayores transacciones del modelo médico sobre la reproducción, la anatomía del cuerpo y sus cambios pero sobre todo del modo de ver los servicios médicos y la necesidad de la atención, no así de la prevención.

Cuando voy a la prueba voy tranquila, a mí no me da vergüenza, a mi mamá sí y a mis amigas más grandes de unos veinticinco años también, pero es que yo pienso que el sexo y el cuerpo no deben ser motivos para avergonzarnos. Mi mamá es diferente, nunca me habló de estos dos temas, nunca me dijo nada sobre sexualidad, eso sí me habló sobre la regla cuando estaba en la primaria, con mis hermanas también, no me acuerdo bien qué dijo pero sí nos dijo que iba a pasar y cómo hacerle. Yo quiero hablar con mis hijos como no hablaron nunca conmigo... En la escuela me dieron información en la primaria en sexto grado sobre los cambios en el cuerpo, algo del óvulo, pero en secundaria fue cuando ya un maestro nos platicó más y sobre cómo cuidarnos, de métodos anticonceptivos. Los hombres preguntaron más que las mujeres, nosotros calladas, luego de la clase ya no platicamos mucho sobre el tema. A algunos sí les gusta seguir hablando del tema, a mí no porque son cosas de cada quién (Penélope).

Ninguna de las tres mujeres de más de 45 años de edad contó con información previa a la menstruación, sino que se enteraron por experiencia propia. En este grupo, las que tienen menos de cuarenta años sí contaron con información básica sobre el tema por su familia o la misma escuela. Mientras que todas las menores de 35 años estudiaron el tema en la escuela y tres de ellas además contaron con información de sus redes sociales, tanto familiares como vecinales.

La tabla No. 65 expresa básicamente dos procesos distintos: el que vivieron las mujeres del G1, entre quienes encontramos información materna y/o escolar al respecto que incluso se encuentra combinada; las mujeres del G2, quienes por lo general recibieron información escolar; y el G3, entre quienes no contaron con información en sus ámbitos domésticos y públicos.

Yo tenía 10 años, para ser exacta, para acordarme muy bien, me acuerdo que nos dijo qué nos iba a pasar cada mes, que íbamos a tener sangrado, que ya nos teníamos que cuidar mucho, sentarnos bien, tener, cuidarnos mucho pero más en esos días, que no anduviera corriendo, o sea, chiquita pues jugaba uno antes, ahora ya no se puede como antes, no, no cuando me decía: “No andes corriendo cuando andes en la escuela, no andes comiendo mucho chile, que limón y así esos cuidados” (Hortensia).

Tabla 66 Socialización sobre la menstruación durante la pubertad

Grupos	Nombre	Información	Fuente
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Sí	Escolar
	Hortensia	Sí	Materna Escolar
	Beatriz	Sí	Escolar
	Penélope	Sí	Materna Escolar
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Sí	Escolar y hermanas
	Gabriela	Sí	Escolar
	Rosa	Sí	Escolar
	Ma. Eugenia	Sí	Materna
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Ninguna	Experiencia
	Trinidad	Ninguna	Experiencia
	Remedios	Ninguna	Experiencia
Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas realizadas en 2002.			

Yolanda tampoco habló con su mamá sobre el tema de la menstruación. La primera vez que escuchó de ella fue en casa de una vecina, después lo vieron en la escuela pero no habló ni habla con su mamá de estos temas, “un día le dije que ya y

fue todo”. Lo que vieron en la escuela le permite tener una representación de los cambios de la menstruación en su cuerpo como parte del proceso reproductivo, un maestro les habló ampliamente de métodos anticonceptivos y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual. No recordó que le explicaran sobre el cáncer del cérvix y el virus del papiloma humano, de los cuales ha escuchado en programas de televisión. Tampoco habla con sus padres de estos temas porque piensa que es una forma de respetar lo que para ellos es un tema tabú, incluso llama la atención que señala que a ella misma le da vergüenza hablar de esto con ellos.

Por ejemplo de la regla mi mamá nunca me platicó nada de eso, yo ya sabía porque yo oía que muchas amigas que no sabían ni cuando la primera vez, y a mí una vecina fue la que me dijo y sí es cierto, había salido de sexto o no sé si estaba en sexto no me acuerdo cuando me vino y a ella le preguntaba, muy bien y sí es cierto que, también a mí me daba vergüenza preguntarle a mi mamá más bien, y yo siempre, sí platicaba mucho con mi mamá de otras cosas, pero para salir, para todo eso, pero a mi papá le tenía mas confianza le platicaba casi todo, pero no de eso, por respeto (Yolanda).

Durante la entrevista Beatriz señaló que la prueba le produce sentimientos de vergüenza que son desagradables. Con su mamá puede hablar ahora de temas que cuando era adolescente no tuvo oportunidad. La primera ocasión que escuchó hablar sobre el Papanicolaou fue a través de ella, cuando estaba embarazada, y después, en la UMF, una enfermera le dijo que al tener a su hijo era necesario acudir a la prueba.

Mi mamá tuvo tres hijas y dos hombres, somos cinco en total. Yo platico más con mi mamá y con una hermana pero más con mi amá de esto. Antes de vivir con él (su compañero), no platicaba nada con ella, me daba mucha vergüenza, ni de la regla hablamos. Cuando yo me fui con él (con su pareja), porque él me dijo que mejor nos juntáramos cuando yo estaba esperando, mi amá fue la que me dijo cómo era la prueba y me dijo: “No duele, molesta”. Antes, en la casa oía que mis hermanas decían que tenían que irse a hacer la prueba, pero nunca preguntaba de qué hablaban. Mis amigas dicen que les da vergüenza y a mí también, me daba vergüenza preguntar, todavía, yo soy así. En realidad es la misma, como si fuera a tener un hijo, pero es más rápido la prueba (Beatriz).

Las mujeres mayores de 45 años tuvieron una formación más cercana a la que describe Rosa. Con mayores silencios, Trinidad recuerda que la primera ocasión en que menstruó estaba en la escuela y su madre no había hablado con ella. En la escuela tampoco se consideraba como parte de la formación y no lo había comentado con sus compañeras, la forma más común de enterarse era cuando otras amigas comentaban sus experiencias o bien, por la vivencia propia.

En el pueblo ¡menos se habla de estas cosas! Uno se entera de cómo son hasta que le pasan, hasta que regla o hasta que se casa. Yo tenía prohibido hablar de estas cosas, no nos dejaban tocarnos, ni conocernos. Y luego ¡la pena de que no sabe uno!, a mí me pasó en la escuela (la menstruación), y ¡la pena de que no sabe uno qué le pasa! ¡Y el dolor!, y la maestra le dijo a mi mamá que si no me había dicho (Trinidad).

Aurora tampoco tuvo un acompañamiento materno que explicara su menstruación, en el caso de sus hijas, su papel fue dar seguimiento a lo que sabía que ellas tenían como nociones por familiares, la escuela y amistades. No sabía cómo explicarles y dejó que la mayor le dijera a la menor porque consideraba que en la escuela tenían más formación sobre el tema.

¡Ay, no! mi mamá nunca, y hasta eso que yo, con el cuento de que, por ejemplo ... yo cuando me bajó estaba muy chiquita, tenía 10 años, era muy gordita, muy llenita (se ríe) y entonces, a lo mejor eso me ayudó a que reglara yo tan chiquita... estaba chica y me acuerdo pues que me dolía mucho el estómago, cólico y toda la noche salía al baño: “Amá” y yo supuestamente yo tenía disentería, así: “Amá, tengo disentería”, y luego ella me dijo: “Así nos pasa a todas las mujeres”. Así, fue todo lo que mi mamá me dijo, pero nunca me dijo mi mamá que ya de aquí en adelante te va a bajar cada mes, te va a bajar tu regla, nada, cada mes. Y como antes era uno más tonta, más, tenía menos experiencia. No como ahora que cualquier niña ya sabe las cosas, antes, antes no, pues, y cada mes era lo mismo batallando yo, porque ella no me decía, ni verme porque batallaba por eso que me bajaba y yo no sabía ni lo que era, hasta que las, en la escuela me empezaron a decir las chamacas más grandes, ya ve que antes, pues, salía uno de diez o doce años, más grande ¿no?, pero era más grande pero más inocente (Aurora).

Si bien hablar de la menstruación es una práctica privada que las más jóvenes conocieron en el ámbito doméstico y principalmente en el escolar, otra cosa es hablar

de sexualidad, lo que no es una práctica común en ninguno de los dos grupos de edad, sobre todo con la familia. Solamente Hortensia y Gabriela señalaron haber compartido de manera explícita el tema. La primera ha tenido un diálogo y acompañamiento continuo con su madre, hermanas y esposo. La segunda, con sus hermanas, principalmente con la mayor que es enfermera, ya que su madre murió de cáncer de la matriz cuando ella tenía once años de edad. Aun cuando Gabriela lo atribuye a sus ocupaciones, hay otro elemento que menciona que es la formalización de relaciones de pareja por las cuales se “garantiza” que una mujer ya sabe de la sexualidad. Fue hasta ya después de casada cuando se enteró de la enfermedad que tuvo su mamá, y señala que entre las hermanas fue hasta hace poco que empezaron a platicar más de estos temas, ahora que todas están casadas.

No, eso más que nada en la escuela, con las amigas, pero de, hay veces por ejemplo que los retrasos de la regla y todo eso, sí, eso sí lo comentamos pero otras cosas nunca lo platicué con ella ni mis hermanas. Ahora ya que estamos más grandes y nos casamos, sí hemos platicado entre todas, pero antes no, será porque, ella pues en el trabajo, una que viendo el quehacer de la casa, viendo a mis otros hermanos y todo, era muy poco el tiempo que nos veíamos, casi no platicábamos, casi no platicábamos de eso (Gabriela).

Respecto al tema de las relaciones sexuales (ver tabla No. 66), al parecer es más difícil dialogar en el hogar con los familiares. Las mujeres señalan que es más común obtener información del tema en ambientes externos a la familia como en la escuela, a través de medios de comunicación o entre amigos. Las mujeres más jóvenes han empezado a hablar con sus sobrinas y hermanas menores de una manera más directa de lo que ellas recuerdan como parte de su experiencia, y es que consideran que es necesario hacerlo de manera explícita con los más jóvenes. Ellas dan por hecho que el sexo es parte de la vida y por ello es necesario conocer más del cuerpo, saber del embarazo y de cómo cambia la vida con un hijo.

Yo les digo que cuando yo tenga una hija más que su mamá quiero ser su amiga y le voy a platicar de sexo y drogas y de las consecuencias del sexo, o sea salir embarazada. Yo soy la tía más joven, las sobrinas tienen ahorita unos 18 ó 19 años, me preocupan y hablo abiertamente con ellas. Vienen a mi casa

y platicamos mucho, nos tomamos unas cervezas, yo las cuido, si una se mareo o se pasa le paro el alto. Hablamos abiertamente de sexo y drogas, yo les digo que sexo algún día van a tener, y que si lo van a hacer, yo soy la menos indicada para decirles que no lo hagan, pero que lo piensen bien y que es su responsabilidad protegerse, que se vean en mi espejo. De las drogas les digo que no quiero saber que toman nada de eso, porque se las van a ofrecer, a mí me las ofrecen y ofrecieron, pero eso sí nunca le entré y les digo que eso no las va a llevar por el buen camino. Sexo algún día tendrán, pero drogas no es necesario aunque les dé tentación o se burlen de ellas (Emilia).

El momento que se considera pertinente para hablar sobre este tema con los jóvenes ha variado con los años. Las mujeres del G3 señalaron que ese tiempo era la etapa posterior al matrimonio, durante la cual aprendieron por experiencia propia y/o empezaron a dialogar con otras integrantes de la familia sobre el sexo. Esto ha variado en las jóvenes, quienes recibieron cierta información en las escuelas y más frecuentemente a través de los medios de comunicación, sobre todo por la televisión, a partir de las telenovelas, los programas dedicados a la mujer como “Mujer, casos de la vida real”, y la programación en general, así como en el cine.

Tabla 67 Socialización en el entorno familiar sobre sexualidad de las informantes

Grupos	Nombre	Información	Fuente
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Ninguna	
	Hortensia	Sí	Materna
	Beatriz	Ninguna	
	Penélope	Ninguna	
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Ninguna	
	Gabriela	Sí	Hermana
	Rosa	Ninguna	
	Ma. Eugenia	Ninguna	
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Ninguna	
	Trinidad	Ninguna	
	Remedios	Ninguna	
Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas realizadas en 2002.			

Lo anterior les permite tener información visual constante sobre sexualidad de manera más explícita y temprana que lo que tuvieron las mujeres mayores de 45 años de edad. Como le sucedió a Trinidad, quien piensa que se casó muy grande (a los 25 años) porque en su pueblo se casaban mucho más jóvenes. Su novio de entonces no vivía ahí sino en Hermosillo e iba a verla constantemente, así estuvieron por más de cinco años. Cuando por fin se casaron, ella no tenía idea de lo que eran las relaciones sexuales. Ni su familia ni sus amistades le hablaron sobre el tema de manera amplia o explícita, no es que no se hablara absolutamente, sino que cuando se llegaban a referir a estos temas era de manera normativa, para señalar lo que se debía hacer o no por ejemplo en el período del noviazgo, o para establecer las reglas de horarios de llegada y permisos, pero poco se explicitaba el cómo.

Me costó mucho trabajo enterarme de todo eso, cuando me casé no sabía cómo era... me costó mucho trabajo. Estaba muy enamorada, pero pensaba que todo era estar juntos y me gustaba tenerlo cerca, pero nada más, pasó más de un mes para que sintiera algo. Al principio fue difícil enterarse de cómo era, yo nada más quería estar cerca de él, lo quiero mucho, pero no me imaginaba que era así, y al principio ni me gustaba mucho lo demás (Trinidad).

En general, a las mujeres entrevistadas no les hablaron en casa sobre sexualidad o lo hicieron lo menos posible, además les inculcaron que era un tema al que acompañaba la vergüenza. No deja de llamar la atención que cuando se refieren a su pareja siempre lo hacen como su esposo, casadas y no casadas. En sus narrativas, las relaciones sexuales siguen permitiéndose dentro del matrimonio, es decir, puede hablarse de tener relaciones sexuales con su esposo, incluyendo a las jóvenes que tienen una práctica sexual más temprana y previa al matrimonio.

Ese concepto lo tengo bien grabado, pues desde que no podíamos darle ni siquiera un beso al novio, o sea, ya de ahí menos, lo demás. Siempre nos tenía presente que todo eso era motivo de vergüenza y ellos, mi mamá nunca platicaba nada ni que fuera del sexo delante de los chamacos, ni de los otros. Cuando me embaracé, cuando iba a nacer la primer hija me decían los doctores: “Y ¿por qué tan grande, por qué no había tenía hijos?” Y yo les contestaba: “¡Ah, porque no me había casado!” Y antes hasta que se casaba uno tener relación y ahora yo veo que para conocerse mejor, el criterio de cada quien, muy respetable también, pero sí yo veo que está un poquito, ellas

no tienen mucha vergüenza las muchachas y no tienen mucho pudor tampoco, así se me figura, no sé si para ellas sí será más fácil el Papanicolaou a lo mejor (Trinidad).

Las mujeres mayores de 45 años, manifestaron su preocupación de que los jóvenes pudieran tener una vida sexual más activa al tener más información sobre la sexualidad (“les dan ideas”). La contradicción a la que hicieron referencia es que no quieren que sus hijas vivan sin saber sobre la sexualidad porque en la actualidad es necesario que sepan más para su protección, lo contrario a lo que les enseñaron a ellas, en el que el cuidado se entendía como un mayor tiempo de silencio para “proteger la ingenuidad”. En las narrativas se expresa un dilema en las madres sobre qué tanto decir a sus hijos respecto a la sexualidad y el cuerpo, y cuándo hacerlo, porque por un lado se les quiere hablar del tema, pero por el otro, temen fomentar con ello un adelanto en el tiempo de su sexualidad activa.

Hay actores sociales y medios que participan en este proceso que antes no eran reconocidos ni existían, como la televisión o la escuela, y que en las narrativas analizadas encontramos como bien aceptados. Si bien se reconoce que antes era más duro no saber, el dilema actual que encontramos en sus narraciones es respecto a qué tanto y cuándo decirles. Aurora ve bien que sepan en la primaria; Trinidad no está tan segura por la preocupación de “fomentarles” prácticas relacionadas con la sexualidad; las menores de treinta y cinco años piensan que fue insuficiente la información de la escuela. De cualquier manera, con los dilemas nuevos incorporados, la información que antes dependía totalmente de la familia, ahora involucra a escuelas y otros medios, lo que por un lado permite la descarga de la responsabilidad de enseñar “esas cosas” para las que no necesariamente se sienten preparadas, como apuntaron Aurora y Remedios.

De procesos de socialización en los que los silencios y el control familiar y social eran mayores, se pasa a uno donde se propone informar para la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. Rosa señala que el silencio tiene el efecto no deseado de fomentar lo que se quiere evitar, es decir, genera menor confianza para consultar a los integrantes de la familia, además de

vincularse con la vergüenza de que otros vean el cuerpo y la vergüenza de atreverte a preguntar sobre temas que se consideran morbosos.

Yo creo que, más bien eso me lo inculcó mi abuela, en la inseguridad hacia preguntar de eso, por que sí afecta que otra persona, te trasmite. ¿Por qué no quiere que pregunte? ¿Por qué mi abuela no quiere que pregunte? ¿Por qué me regaña? O decía: “¡Te voy a dar un tapaboca si sigues preguntando!” Entonces ya uno se empieza, entra el morbo, y todo: a ver, ¿por qué? Y se dan las pláticas entre chamacas, que, oye que, que ¡te están creciendo los bustos! y los detalles que van sacando uno, pero sí, yo creo que hasta la misma familia o hasta las mismas hermanas te van haciendo que te empiece a dar pena, vergüenza pues de hablar, de preguntar más (Rosa).

Entre las entrevistadas, las menores de 45 años, Emilia, Penélope, Rosa y Yolanda, consideran que no quieren repetir su experiencia de silencio o castigo a sus hijos respecto al tema de la sexualidad y la reproducción. Mientras que las mayores de 35 años comparten el dilema de reconocer que no hablar de ello no garantiza que no se enteren ni la seguridad de sus hijos, al mismo tiempo que temen que al estar informados se les fomente una práctica sexual que ellas desean se dé en edades mayores y de preferencia en matrimonio. Las mujeres mayores de 45 años de edad, saben que sus hijos y nietos tienen más información al respecto, lo que no deja de sorprenderlas y de confrontarlas con lo que fue su experiencia.

Mi mamá me enseñó que el cuerpo es como un templo, algo sagrado que tenía que cuidar, porque adentro está el alma que es del Espíritu Santo y me enseñó a tener mucho pudor, a no tocarme y a no nombrar ciertas partes del cuerpo... Tengo una hermana que sí lo hace pero siempre sacando cura, no diciéndolo en serio... Por eso, eso de que lo anden a uno viendo se siente muy feo, en la prueba del cáncer le dicen a uno que se acomode como cuando va a tener un hijo, y así se acomoda uno en la cama, pero se siente uno muy mal, cuando estás en esa posición (Trinidad).

Es en este grupo de edad en el que se presenta con mayor fuerza el señalamiento de que la vergüenza llega a ser una dificultad que se relaciona más directamente con el espaciamiento del Papanicolaou.

*Los **temores** relacionados con la prueba: una relación ambivalente con la práctica de detección*

En este apartado queremos referirnos a una ambivalencia que detectamos en términos de los efectos que producen los temores que genera la detección oportuna y el cáncer cervical para la práctica del Papanicolaou.

Ambivalencia

Los temores que provoca el Papanicolaou relacionados con la posibilidad de que se diagnostique una enfermedad que se considera mortal y dolorosa, generan prácticas que en apariencia implicarían sentidos opuestos, es decir, pueden **retrasarla** cuando no se quiere saber acerca de la posible existencia de la enfermedad, y en sentido opuesto, pueden **propiciarla**, por el deseo de saber a tiempo su posible existencia y apresurar el tratamiento.

Las narraciones de las mujeres al respecto, nos recordaron los sentimientos asociados a otras prácticas de diagnóstico como la prueba de SIDA, en ocasiones el temor es tan grande que se prefiere no saber, o bien, el temor y riesgo es tal que se acelera la búsqueda del diagnóstico. En este sentido, Aurora describió cómo durante muchos años el temor a los resultados le dificultaba acudir, mientras que una vez que aparecieron los síntomas similares a los que tuvo su madre, antes de que la operaran y quitaran la matriz, el temor a tener la enfermedad y ya no estar a tiempo, la hizo acudir después que se recuperó del legrado practicado en el IMSS.

Siempre todo el mundo me decía: “Hazte la prueba del papanicolaou, peor tú pues, que no tienes esposo y todo eso”, siempre era lo que me decían, pero yo tenía miedo, tenía miedo a que saliera algo malo... mmj, ¿cómo le dijera? o sea, tenía miedo y vergüenza, primero tenía miedo de ir a que me hicieran la prueba y después de que me enfermé tenía miedo a tener un cáncer y yo no saber, y el miedo que le da a uno es pues, dejar a sus hijos solos, mayormente porque yo que no tengo esposo ¿no?, que se queden solos me da miedo, ese era el miedo mío, ya como ya no, no me mandaron decir nada, ya me siento más tranquila (Aurora).

El tener cáncer en el seno lo que hizo que Remedios volviera a acudir al Centro a que le hicieran la prueba, luego de que a raíz de una mala experiencia durante la primera ocasión que se la realizaron, dejara pasar entre diez y quince años.

Fui porque me lo recomendó el doctor y porque me dijeron mis amigas: “No vaya a ser que te resulte en otro lado”. Pues aquí las vecinas, que ve para allá y que no sé qué tanto, es muy necesario hacerse eso porque puede resultar en otra parte el cáncer como en el vientre (Remedios).

Una vez que se enfrentó al diagnóstico de cáncer y a la posibilidad de que “le saliera” en otros lugares, el temor a la enfermedad le hizo acudir en dos ocasiones posteriores. De la misma manera, María Eugenia ha acudido cada cuatro meses a hacerse el Papanicolaou a partir de un diagnóstico de infección que relacionó con la posibilidad de desarrollar cáncer, lo que generó una práctica frecuente para verificar si se había curado.

La palabra cáncer es igual a muerte y a infección. Por eso hay que revisarnos constantemente. En el IMSS nunca me han revisado las mamas, y sí en el George Papanicolaou... Hacernos la prueba del cáncer ayuda y el revisarnos constantemente ayuda a que no lo tengamos pero luego uno no sabe, porque la mamá de una amiga del trabajo se revisaba, se atendía y sin embargo tiene la enfermedad... Cuando escucho información en la radio sobre la prueba, lo que más se me queda es sobre las consecuencias, porque yo le tengo mucho miedo a que se muera de cáncer uno, a las consecuencias. (María Eugenia)

Sin embargo, el miedo al resultado y a la posibilidad de muerte retrasa la prueba del Papanicolaou en otros casos, pero no se trata de que el temor juegue un papel causal, siempre en una dirección, ni que sea unívoco, más bien, parece estar entretelado con otras dificultades tales como la falta de apoyo de sus redes sociales; períodos de embarazos en los que se le sugiere esperar; problemas vinculados al maternaje y la identificación de la posibilidad de riesgo a enfermar y de la utilidad de la prueba.

Rosa, al igual que Beatriz, ha dejado pasar más de cuatro años sin acudir al Papanicolaou después de su primera prueba. Entre embarazos, separación, trabajo y nueva relación de pareja, su práctica se ha distanciado más de lo recomendado. La primera vez que acudió fue por el temor que le generó la observación del médico al decirle que tenía una úlcera.

Cuando uno va a la prueba piensa uno, ¡Dios guarde!, que un cáncer, que esas cosas no se dejan y como traigo el dispositivo, todas mis hermanas, y me dicen que más cuidado. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y me asusté muchísimo, porque así es el cáncer, pero no, gracias a Dios no fue nada malo y me dijo que estaba muy bien, que estaba bien, ¿siempre da miedo no? siempre da miedo y pena... Para mí, cáncer, la palabra cáncer pues para mí es muerte, si no te lo atiendes a tiempo, pero si te lo atiendes, pues lógico que con la gracia de Dios ¿no? y que tú estés pendiente de tu salud, como todo ¿no?, pero para mí, la palabra cáncer ya cuando es avanzado, ya como quiera que sea cáncer en las mamas, cáncer en la parte de uno, o sea donde quiera, ya para mí, ya es de preocuparse pues, es preocupación, porque me imagino que la persona que lo tiene sufre mucho, como mi nana (Rosa).

La ambivalencia de las prácticas relacionadas con el temor nos remiten a las prácticas de difusión del Programa de Detección Oportuna de Cáncer cuando utilizan el argumento de fortalecer el miedo de las mujeres para que vayan a la prueba, sin considerar que la estrategia no solamente genera la práctica que se busca, sino que puede generar, por el contrario, el “efecto no deseado de la acción” en términos de un retraso en la detección oportuna.

El temor a perder la pareja y la maternidad

Entre las mujeres jóvenes, el significado de perder la matriz se agudiza por la pérdida de la posibilidad de tener hijos, principalmente en mujeres que no tienen pareja, como narra Emilia.

Eso pienso, es cierto, yo sí quisiera volver a encontrarme a alguien y ¿quién me va a querer si no puedo ya tener hijos? Porque, yo se lo diría, no se lo ocultaría y si me quiere así, está bien pero si no, que es lo más probable, porque así es, ni modo, no se lo ocultaría, pero ¿quién te va a querer así? Por eso me lo quiero ir a hacer, pero digo y digo y no he ido (Emilia).

La posibilidad de que hubiera un diagnóstico positivo y una histerectomía, no implica solamente la pérdida de un órgano, sino que se relaciona con la maternidad y la posibilidad de tener y consolidar una nueva relación de pareja y una nueva familia después de su divorcio. Emilia, Rosa y Penélope expresan que en las relaciones de pareja tener hijos es algo muy importante y de ahí también su temor a una histerectomía. Además de lo anterior, Rosa, Emilia y María Eugenia señalaron su

preocupación de que las relaciones sexuales puedan cambiar cuando se pierde la matriz, es decir, que se pierda “la satisfacción” de sus parejas.

Para Emilia, la representación de un cuerpo sin útero es la de “un vacío, un hueco” que se relaciona claramente con la representación construida históricamente alrededor del género femenino, la sexualidad y la maternidad como parte de las relaciones deseables de pareja (Lagarde, 1990:107). Ser esposas y madres se considera parte de la identidad femenina y una histerectomía tiene entonces implicaciones sociales importantes para una mujer separada y joven como ella.

Cuando te quitan la matriz tiene consecuencias, porque ya no es la misma, las relaciones se van terminando porque si te sacan la matriz el hombre pierde interés, porque así no hay satisfacción (María Eugenia).

En el mismo sentido que expresó Emilia la necesidad de considerar la maternidad como importante en una relación de pareja, Rosa se refirió al vínculo que se establece cuando hay un hijo. Recordemos que ella tenía tres hijas de su primera pareja y que recientemente tuvo un hijo con su compañero actual.

Me volví juntar ahora con él y estoy muy contenta, ahora ya tenemos al niño, porque es importante para formar una familia, con mis hijas y ahora con él que es de los dos. No hubiera sido lo mismo si nos quedamos con mis hijas, no es igual (Rosa).

El vínculo de las relaciones sexuales y la familia, que conlleva la crianza de hijos, preferentemente con los que hay un nexo biológico, se encuentra en las narrativas de estas mujeres. El temor a los posibles resultados incluye el temor a la histerectomía como parte de los tratamientos del Papanicolaou.

Temor a lo desconocido y al dolor

En las descripciones sobre los temores relacionados con el Papanicolaou, encontramos también el miedo a lo desconocido, es decir, el temor que genera el no saber cómo es el procedimiento y qué tanto dolor o daño causará a la matriz, sobre todo cuando se trata de la primera vez.

Yo tenía miedo, tenía miedo, pues, de hacerme el papanicolaou, porque no, no sabía yo lo que iba a sentir, realmente no, no le sé decir cómo, en qué manera pensaba yo que me lo iban a hacer. Si me iban a hacer un raspado o algo que, mmjm, que yo iba a sentir mal. Pero no, me sentí bien, no, no sentí ninguna molestia y hasta la fecha no he sentido ninguna molestia. Me decían mis vecinas: “¡Vete a hacer la prueba del cáncer! ¡Dios guarde tienes cáncer!”, y yo pues, por eso, porque no sabía qué, de qué manera la hacían, si no, pues muchos me decían: “¡Ay! es muy doloroso”. Luego otras me decían: “No, es que no se siente nada”. Y en realidad es que no se siente nada (Aurora).

La información que se proporciona en medios de comunicación o en los mismos servicios de salud, no incluye una descripción del procedimiento, por lo general se les pide a las mujeres que acudan argumentando que el cáncer es curable o que deben acudir para evitar la muerte pero no se especifica cómo es la prueba.

Como mencionamos anteriormente, en la representación del Papanicolaou hay un temor generado por el mismo procedimiento y el dolor que puede implicar, sobre todo en quienes acuden por primera vez o no han acudido nunca. Entre las jóvenes, Hortensia y Yolanda hicieron referencia a ello.

Tenía miedo de que, por ejemplo, tengo una concuña que decía: “¡Ay! es que duele mucho”, dice, y a mí me daba miedo por eso. Y sí, te sientes incómoda, pero no te duele... otra me decía: “¡Ay! que te quitan un trozo de la matriz, o de tus partes”, que te raspan con algo (Hortensia).

La información que comparten con sus familiares o amistades en algunos casos aumenta sus preocupaciones sobre el dolor o el daño físico que puede implicar la prueba y al no contar con otro tipo de descripciones sobre el procedimiento, la representación sobre el mismo, a la par de otros factores, pueden generar temores que refuerzan el ir dejándola para después.

La desidia de acudir al Papanicolaou

En este trabajo entendemos el término de desidia, utilizado por las mujeres, como la carencia de prácticas de cuidado por falta de aplicación o inercia, retomando la definición del Diccionario de la Lengua Española (2005) que la define además como la “falta de cuidado al continuar una rutina”. Cuando las mujeres explican sus

prácticas o el retraso de las mismas, en ocasiones utilizan el término de la desidia como explicación. Sin embargo, en este trabajo consideramos que el término poco esclarece la práctica ya que se requiere profundizar sobre cuáles son los motivos que se encuentran siempre relacionados con sus prácticas cotidianas y los contextos socioculturales de los que forman parte las entrevistadas.

Las informantes utilizan la palabra con el sentido de dejar pasar los días, los meses -divididos por sus períodos menstruales-, porque la prueba les genera una sensación de disgusto a superar. Se refieren entonces a distintos impedimentos ante los sentimientos que provoca hablar de la prueba o de las necesarias modificaciones de sus rutinas en términos de una práctica que no consideran indispensable o impostergable.

Como expresa Trinidad, la desidia encubre otras representaciones o nociones que dificultan la práctica de detección oportuna que tienen su punto de partida en la contrariedad o el desagrado.

Le sacamos... Uno pone todos los pretextos habidos y por haber para no ir, eso también digo yo y sí pues decimos es desidia pero es que no nos gusta (Trinidad).

En general, las mujeres entrevistadas piensan que la prueba es un deber al que tienen que acudir cada año o cada seis meses, sin embargo, de las once entrevistadas sólo dos lo han hecho así. La prueba del cáncer no es una práctica agradable y más bien les es sencillo refugiarse en sus rutinas y dejar pasar el tiempo por otras razones que siempre son de mayor importancia que el posible cuidado hacia su salud. Este comportamiento, que se relaciona también con la formación social de género, se refiere dar prioridad a los otros que conforman el entorno familiar antes que a la atención personal de quien tiene el rol materno.

Nos parece que la desidia no es en sí misma la explicación de la práctica o de la falta de la misma, sino que es la expresión de una variedad de elementos culturales e individuales relacionados que, cuando se profundiza en las explicaciones de las prácticas, se expresan en la vergüenza de mostrar el cuerpo, la falta de apoyos para el cuidado de los hijos o bien en los problemas de acceso a los servicios, sus

experiencias en ellos, la información sobre la necesidad de la prueba con la que cuentan, etc. Emilia señaló en este sentido que “no es lo mismo ir al cine que ir a la prueba, no es algo que quieres hacer. Y es algo que lo haces sola, “no andas invitando”, de manera que fácilmente se deja para otro día.

Por desidia uno lo va dejando pasar, luego, como trabajaba en una guardería, aunque sí me daban permiso de salirme, pero siempre decía uno, sí voy a ir, sí voy a ir y nada (Gabriela).

Cuando preguntamos a las mujeres sobre las dificultades para acudir al Papanicolaou, la desidia sale a relucir como una primera explicación, pero siempre hay algo que la justifica o explica en sus narrativas posteriores, es entonces cuando se expresan otros sentimientos, así como sus rutinas y condiciones en sus vidas cotidianas o laborales. Gabriela señaló posteriormente sus dificultades para dejar a su hijo en la guardería en la que trabajaba mientras iba a la prueba, y Rosa describió sus dificultades laborales, mismas que podía haber resuelto pero que dejó pasar.

Mi mamá sí va, y hace tiempo que me preguntó: “Oyes ¿no te has ido a hacer la prueba del cáncer?”, le dije que no, estoy esperando, no sé qué. El caso es que, pero es desidia, por eso digo, es desidia, por ejemplo, hoy es mi día de descanso, ¿por qué no fui en la mañana?, o así, mejor (antes) ¿en el otro descanso? Ya para el otro descanso ando reglando y voy a esperar que se me corte y los días que dan para ir, como una semana y después voy a ir. Siempre hay algo o quiero descansar, porque trabajo todos, todos los días, también fin de semana... Y es que la desidia nos da porque viene con la pena, con la pena de que vas a ir, te quita las ganas, por ejemplo (que digo) ahorita en la noche, mañana me voy a levantar temprano y me voy a ir, y ya en la mañana: “¡Ay no, mejor no! mejor voy a esperar otro día de descanso”, pero, ¿por qué? porque se acompaña con la pena (Rosa).

Entonces, la desidia siempre se acompañó de algo más, vergüenza, dificultad para el acceso al servicio, para modificar las rutinas laborales, otras prioridades a atender de otros integrantes de la familia, pero finalmente expresa la dificultad para atenderse, de dedicarse un tiempo que no se justifica como emergencia y que en ocasiones va siendo aplazado.

Entre algunas de las informantes, existe la consideración de que no es tanto falta de información lo que provoca dificultades para la práctica, sino la desidia como expresión de una práctica no deseada. Como relata Yolanda, “dejas pasar los días”, mismos que se convierten en meses considerando las indicaciones de los requisitos solicitados.

No es falta de información, yo fui al curso, pero me da no sé qué ir, por desidia, porque no quiero ir. Le saca uno y pone todos los pretextos habidos y por haber para no ir, eso también digo yo y sí pues decimos es desidia pero es que no nos gusta, es algo de necesidad, pero no nos gusta ir, no queremos ir (Trinidad).

No, pues no sé, le digo como desidia así de “no, hoy sí, ya” según yo ya no transcurría el día y los días así, otro día así más o menos, y otra vez, ocho días, más o menos, 10 días y 48 horas sin tener relaciones (Yolanda).

La desidia es entonces una expresión de la falta de deseo, de la poca disposición que se relaciona con la práctica de detección oportuna de cáncer, misma que tiene en sí misma una variedad de explicaciones culturales y sociales que van desde las representaciones sobre la intimidad del cuerpo, hasta las representaciones y prácticas burocráticas de los servicios médicos.

Las implicaciones de utilizar la palabra desidia, por otro lado, son el asumir la responsabilidad en términos de culpa por no acudir a la prueba, quedarse en esta explicación es llegar a un nivel de superficialidad que esconde otros factores, entre los que las mujeres mencionaron principalmente las dificultades para cumplir los requisitos, para vencer los sentimientos negativos relacionados, y la representación de que la práctica de detección oportuna es una práctica de cuidado que en realidad solamente es necesaria sólo cuando se tiene menos de cuarenta años de edad y cuando no existen síntomas.

Es una práctica que se encuentra en el límite de lo que se considera cuidado a la salud y atención a la enfermedad, porque su objetivo es detectar esta última a tiempo. Los estudios reportan una limitada práctica preventiva de las mujeres en cuanto a su salud, en términos genéricos, ellas son las cuidadoras de la salud y enfermedad de otras personas pero no necesariamente de la propia. (Szasz, 1999).

Aun cuando el mismo uso de los servicios médicos les acerca a las instituciones de salud y esto les permite conocer los programas preventivos, la asistencia al Papanicolaou es una práctica que les requiere acudir de manera específica considerando los cuidados que se les solicitan.

En relación con la frecuencia de las prácticas de Papanicolaou, encontramos en las narrativas de las mujeres que cuando se acude de manera subsecuente, sobre todo entre quienes acuden de manera regular, disminuye el peso de la vergüenza como argumento para no acudir. Además, entre las mujeres del G1, es decir, las más jóvenes (Hortensia y Penélope) y dos del G2 (Emilia y Gabriela) mencionaron que la vergüenza no es un problema para acudir, lo son más los temores al dolor o a ser lastimadas, al resultado y a los tratamientos; mientras que las mujeres del G3 sí expresaron que una de sus principales dificultades está relacionada con el sentimiento de vergüenza. Las mujeres con práctica regular y del G1 y G2 señalaron que para ellas la vergüenza no es un problema y lo identificaron más como un problema de generaciones de mujeres mayores de 45 años de edad.

La necesidad de acudir a la prueba

Como se vio en el capítulo anterior, las mujeres hicieron referencia a tres características que presentan quienes tienen una mayor posibilidad de enfermar de cáncer cervical, en resumen son: aquellas que tienen una edad superior a los cuarenta años; múltiples compañeros sexuales y muchos hijos, sin diferenciar si son vía vaginal o por cesárea. En este apartado nos interesa resaltar que la noción de la necesidad se relaciona con la urgencia o la postergación de la prueba por considerarse a sí mismas como mujeres en riesgo y que por lo mismo requieren acudir a la prueba.

En general, las entrevistadas coinciden en que las mujeres de más de 35 ó 40 años tienen mayor riesgo de enfermar de cáncer cervical, lo que disminuye la importancia o la urgencia de hacerse la prueba si no se ha llegado a esta edad. Mientras que las mujeres mayores de esta edad identificaron el riesgo como algo más cercano a ellas mismas.

Entre las mujeres de los dos primeros grupos de edad encontramos que hablan de este tema por alguna experiencia cercana a la enfermedad o a resultados positivos, como es el caso de Beatriz, cuya experiencia motivó que se comentara entre

amistades y familia, o en el caso de María Eugenia y Penélope que lo compartieron con sus compañeras de trabajo. Las representaciones no son estáticas, se modifican a partir de experiencias o a través de procesos de confianza y de relaciones con personal médico, paramédico o bien con narraciones que otras personas comparten con ellas.

Cuando me hablas del Papanicolaou no siento algo desagradable, ni me da miedo el dolor, no me he dado el tiempo, no le doy importancia, como que creemos que a uno no le puede pasar nunca, con decirte que ese tema preferimos no tocarlo, porque pensamos como que nos sugestionamos, no nos gusta hablar de eso, pero no lo vemos tan real, la verdad, no lo vemos real, no tenemos edad para que nos pase eso, así. Sí, o sea, nunca nos pasa por la cabeza preferimos hablar de otras cosas para nosotros más importantes, entre comillas porque según para nosotros no es tema importante, porque eso es para las mujeres ya mayores, como de 40 para arriba (Emilia).

Sin embargo, entre las mujeres de los grupos 1 y 2, cuando la prueba no se considera algo urgente sino secundario y se prefiere no hablar del tema entre jóvenes, se fortalece la postergación de la búsqueda del servicio de detección oportuna y la noción de que la enfermedad es un problema restringido a mujeres mayores y lejanas a su experiencia personal.

Rosa recordó que durante las pláticas de embarazadas en un hospital de la Secretaría de Salud, les repitieron varias veces que se hicieran la prueba, de eso hace más de diez años, cuando tuvo a su primera hija. En su narrativa señala que la necesidad de acudir a la prueba, tiene que ver más con las relaciones sexuales y la utilización del dispositivo y que esta información la recibió del personal de salud que la atendió.

La primera vez me dijeron del Papanicolaou en el Materno (de la SSA) durante las pláticas de embarazadas, nos dijeron que después de que nos aliviáramos, después de la dieta, hay que hacerse la prueba del cáncer, pero eso fue hace muchos años... después ya cuando tienes relaciones... Pues sí me acuerdo lo que dijo la enfermera, que para prevenir, y que es una enfermedad que todos los tenemos y que a unos se nos desarrolla y a otros no. Sí, a unos se nos desarrolla y a otros no, pero como, tenemos que prevenir, estar cada año o cada tres años, me acuerdo que me dijo, o cada año me lo tenía que checar, el dispositivo sí me acuerdo que me dijo que cada mes ¿no? primero,

luego cada 6 meses, y ya después me dijo tienes que checarte, más cuando traís el dispositivo, hacerte la prueba del Papanicolaou (Rosa).

En cuanto al dispositivo intrauterino, en las narrativas de Beatriz, Emilia, María Eugenia y Rosa se establece una relación entre el posible daño que pudiera hacer a su cuerpo el tener un instrumento ajeno, que se considera no natural y que pudiera dañar su salud de diferentes formas. Entre ellas, el cáncer es una posibilidad por lo que refirieron que las mujeres que lo utilizan tienen que revisarse con mayor frecuencia y tener una práctica de detección oportuna con mayor constancia.

El inicio de relaciones sexuales a temprana edad y las personas que nunca se han hecho la prueba fueron las características de quienes, según Yolanda, tienen una mayor necesidad de hacerse el Papanicolaou porque son quienes pueden enfermar con mayor facilidad.

Las mujeres que empiezan a tener relaciones a muy temprana edad y las que nunca se lo han hecho que ya están muy mayores, más de cuarenta (Yolanda).

Como describimos en el apartado anterior, Yolanda vio en dos ocasiones un programa de televisión (“Mujer, casos de la vida real”), en el que se representó el caso de una mujer a quien la contagian con el Virus del Papiloma Humano. Dos entrevistadas más recordaron el programa y hablaron del virus como de un tipo muy fuerte que no se quita fácilmente y se relaciona con el cáncer.

Las representaciones sociales sobre las relaciones sexuales incluyen explicaciones contradictorias con relación a la ausencia o frecuencia de las mismas y su vínculo con el cáncer. En la mayor parte de las narrativas, nueve de las entrevistadas se refieren a la relación entre tener relaciones sexuales y la necesidad de acudir a la prueba. Una de ellas señaló que el no tenerlas también trae consecuencias relacionadas con el cáncer y una más mencionó que no había relación alguna entre la sexualidad y el cáncer.

La necesidad de hacerse la prueba se relaciona principalmente con las relaciones sexuales activas, lo que describen las informantes como parte del problema de tener cáncer por “las enfermedades que te pueden pasar los hombres”. Lo anterior fue apuntado en los registros etnográficos por diez de las once mujeres, y señalan que

su ausencia puede relacionarse con una disminución del riesgo a enfermar, y con ello la importancia de acudir a la prueba de detección oportuna de cáncer disminuye.

La representación de la necesidad de acudir a la prueba se relaciona con lo que las mujeres consideran prácticas de riesgo entre las que identificamos principalmente, tener relaciones sexuales activas, y en segundo término utilizar dispositivos intrauterinos, tener alguna lesión en la matriz o vagina, abortar y el haber tenido más de tres hijos.

Finalmente, mencionaremos brevemente algunos apoyos para acudir al Papanicolaou a los que las mujeres hicieron referencia: 1) si bien tienen una representación negativa de la atención, al mismo tiempo coinciden en que el Seguro “es muy necesario” porque no tienen los recursos económicos para atenderse en una institución privada, y de otra manera no pueden pagar tratamientos caros que impliquen cirugías de altos costos, como el parto; 2) pueden encontrar en los servicios médicos del IMSS a especialistas con mucha experiencia y bien calificados, que son los mismos que atienden en consulta privada y a los que acuden dentro y fuera de la institución, sobre todo en el servicio de ginecología; 3) utilizan sus redes familiares y de apoyo que laboran al interior de la institución para obtener una mejor atención y para disminuir los tiempos que implican los trámites; 4) encuentran mayor o menor apoyo en sus parejas, en sus familias, en sus redes sociales para el traslado y/o cuidado de los hijos; 5) en ocasiones sus lugares de trabajo les proporcionan facilidades para acudir a la prueba; 6) encuentran favorable para su práctica el que sean mujeres quienes por lo general atiendan el servicio de Medicina Preventiva; 7) les da confianza que el material utilizado sea desechable.

Cuando se cuenta con algún familiar que labora en la institución se tiene la posibilidad de obtener asesoría para escoger desde la UMF el personal que consideran más cualificado para la prueba. Este factor hizo posible que en otros casos se aceleraran trámites para intervenciones quirúrgicas; o bien el poder estar acompañadas durante procesos de recuperación o agilizar algún trámite burocrático como puede ser el cambio de consultorio. Las mujeres que hicieron referencia de esta relación fueron Emilia, Gabriela Remedios quienes cuentan con familiares más o

menos cercanas, hermanas, sobrinas o cuñadas que de alguna forma les abrieron las puertas o les facilitaron los trámites.

Para comprender la práctica de detección oportuna de las entrevistadas, es necesario concebirla entonces como un entramado complejo y multifactorial en el que participan elementos variados que van desde las condiciones de vida y de los servicios médicos, hasta las formas en que se operativiza el programa de Detección Oportuna de Cáncer, las representaciones sobre la necesidad de la prueba, la información y el imaginario sobre la prueba, los cambios en las prácticas de socialización del cuerpo y las subjetividades que conlleva..

Resumiendo brevemente este apartado, señalaremos que la prueba del cáncer es precisamente esto, en primer lugar una forma de saber si se tiene una enfermedad temida, pero además se relaciona con los diagnósticos de enfermedades vaginales.

Por lo general, las mujeres desean que la muestra la tomen otras mujeres que estén capacitadas de manera adecuada, pero además esperan que generen un ambiente de confianza en el que quisieran privacidad y la posibilidad de expresar sus dudas sobre lo que es la prueba.

Las mujeres señalaron que el conocer los instrumentos con que se toma la prueba acompañados de una explicación en realidad reducía el temor hacia la prueba y desde el punto de vista de la investigación, esta última sesión constituyó un encuentro en el que surgieron temas nuevos tales como sus descripciones sobre su cuerpo y el lugar de la toma, pero además surgieron relaciones con lo que era posible hablar en sus hogares acerca del cuerpo o de temas que tuvieran que ver con sexualidad y reproducción.

Por último, la prueba se acompaña de sentimientos negativos y en sus encuentros con el personal médico, las mujeres reportan que más que explicaciones lo que obtienen son indicaciones o invitaciones para que se haga la prueba, pero no encuentran un espacio en donde algún personal de salud les hable con mayor detenimiento de lo que es la prueba y más que su importancia, lo que se logra con ella, así como los posibles diagnósticos y tratamientos con los que se pueden encontrar.

VIII SABERES LEGOS: SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES

Como actores sociales, todos los seres humanos son en alto grado “expertos” en atención al saber que poseen y aplican en la producción y reproducción de encuentros sociales cotidianos: el grueso de ese saber es de carácter más práctico que teórico.

(Giddens, 1998:56)

El objetivo principal de la investigación fue describir y analizar los saberes de mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Hermosillo, Sonora, acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical, así como analizar sus posibles vínculos con la misma práctica institucional con la que se encuentran en los servicios médicos de primer nivel de atención del Instituto. Lo anterior tiene la finalidad de incluir en el análisis las implicaciones y repercusiones que pueden tener en la construcción de los saberes de las mujeres las relaciones que se establecen con el personal que labora en la institución, específicamente el personal de enfermería, cuando acuden a la prueba del Papanicolaou a solicitar información sobre la misma.

Aun cuando hay información abundante sobre el cáncer cervical desde abordajes epidemiológicos, consideramos que se requieren estudios que aborden la problemática desde una perspectiva de ciencias sociales que permitan reconstruir y analizar los puntos de vista de las personas que se involucran en las prácticas de detección oportuna y que analicen sus relaciones y situaciones en contextos sociales y culturales específicos.

Cuando hablamos del saber de las mujeres sobre la detección oportuna de cáncer cervical, no nos referimos exclusivamente a la información biomédica que pueden o no tener las mujeres. El estudio de los saberes es mucho más complejo, se refiere a la búsqueda del sentido y significado que adquiere esta práctica para las mujeres de una sociedad y cultura específica. En las explicaciones sobre sus prácticas, las mujeres hicieron referencia a dificultades que pertenecen al ámbito social y cultural, así como a los apoyos que tienen para acudir al servicio médico, entre los que se encuentran sus redes de apoyo familiares o de amistad.

Reconstruir las representaciones y prácticas de DOC cervical de las mujeres comprende entonces el análisis de sus nociones sobre la prevención y detección del cáncer, la reconstrucción de sus prácticas precedentes, de sus vivencias e imágenes sobre el procedimiento, y en general, de lo que comparten entre sus redes sociales al respecto.

El marco conceptual del que partimos es el abordaje de antropología médica de Menéndez, del cual retomamos la categoría de saberes, entendida como un nivel de abstracción mayor que a su vez comprende las nociones de representaciones sociales y prácticas, así como de la relación entre ambas (Menéndez y Di Pardo, 1996:47-69).

En consecuencia con lo anterior, el abordaje metodológico tuvo como eje el trabajo etnográfico que inició con la observación de las prácticas de las mujeres y del personal paramédico que implementa el Programa de DOC, y que continuó con la reconstrucción de las representaciones de las informantes, sobre su práctica del Papanicolaou.

El estudio etnográfico comprendió el acompañamiento cotidiano del trabajo de detección oportuna de cáncer cervical realizado por personal de enfermería en dos Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la ciudad de Hermosillo, Sonora, de octubre de 2001 a marzo de 2002. Durante este tiempo, además, aplicamos una encuesta a mujeres que acuden a solicitar la prueba en Medicina Preventiva (MP) y un formato que aplicaron las asistentes médicas en Medicina Familiar (MF) para localizar a quienes nunca se hubieran practicado la prueba o que acudieron a ella con una periodicidad mayor de tres años pero que acudieron a consulta durante el período del estudio. Finalmente, seleccionamos a once informantes que entrevistamos posteriormente en sus hogares.

Las narrativas sobre sus prácticas de detección oportuna o de sus razones para no haber acudido a la prueba fueron la materia prima para analizar las representaciones sobre ésta. Para analizar las prácticas en sí mismas escogimos el estudio de sombra durante el cual registramos ochenta encuentros entre enfermeras y mujeres y seleccionamos a las informantes que serían entrevistadas en sus hogares. Los saberes de las mujeres por tanto, son una reconstrucción que hace la autora con

los datos etnográficos sobre el significado y el sentido que comparten las informantes. Los datos que arroja el cuestionario, nos permitieron conocer un contexto más general y superficial sobre estos saberes.

Para reconstruir diversas prácticas del Papanicolaou un primer proceso incluyó la delimitación de los criterios de selección de las mujeres que serían entrevistadas en sus hogares. Para ello, construimos una tipología de la frecuencia de la práctica que observamos entre las mujeres que acuden a la UMF y los criterios de frecuencia de la práctica recomendados en la normatividad vigente. Definimos entonces cuatro tipos de prácticas: nulas, de primera vez, subsecuente-esporádica y subsecuente- regular.

Además del criterio de frecuencia de DOC, incluimos un segundo indicador que nos permitiera identificar a mujeres que tuvieran condiciones familiares distintas en términos de lo que otros autores han trabajado como ciclos o etapas de vida familia para considerar posibles diferencias de sus saberes en condiciones diversas. Para ello escogimos la variable edad y dividimos en tres grupos a las informantes: G1 de mujeres más jóvenes, entre 16 y 25 años de edad; el G2, en el que ubicamos a mujeres de mediana edad, entre 26 y 45 años; y el G3 con las mujeres de mayor edad, de 46 y más años. Esto fue en función de que consideramos que estos grupos de edad nos permitían abordar a mujeres en una diversidad de situaciones en relación con lo que se conoce como ciclos de vida -los cuales entendemos más como procesos de vida que no son unidireccionales- y que en este trabajo nos permitieron identificar a mujeres que están iniciando sus familias, a mujeres con hijos mayores de seis años y aquellas que tienen hijos mayores de edad e incluso nietos.

Los criterios de clasificación de la frecuencia de la práctica, difieren de los que utilizan los servicios médicos. En ellos se define como práctica de primera vez aquella que se realiza, como su nombre lo indica, por primera ocasión, pero bajo esta categoría también se incluye a las prácticas de quienes acuden con un espaciamiento mayor de tres años desde el último Papanicolaou. A este tipo de práctica nosotros la consideramos como práctica subsecuente esporádica debido a que consideramos que es importante identificar las dificultades y apoyos que expliquen el espaciamiento prolongado de la práctica.

Para analizar la vida cotidiana institucional en las dos UMF, reconstruimos las prácticas del personal de enfermería y comparamos las diferencias entre las dos unidades y sus posibles repercusiones en los saberes legos sobre la prueba de las usuarias del servicio de Medicina Preventiva (MP). Además de la descripción y análisis de las rutinas, analizamos las relaciones entre enfermeras y mujeres y sus posibles implicaciones en la construcción de los saberes legos.

Saberes legos de las mujeres sobre la DOC cervical

La primera interrogante de investigación que nos hicimos fue conocer cuáles eran los saberes de las mujeres sobre la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en una población urbana que tiene acceso a servicios médicos del IMSS y que es usuaria activa de los mismos.

Los resultados de los estudios sobre las prácticas de mujeres mexicanas (Lazcano, Castro *et al.*, 2000) indican que una premisa fundamental para acudir a la DOC cervical es el conocimiento que tienen acerca de la existencia de la prueba y de su utilidad. En este sentido, la totalidad de las mujeres que participaron en el estudio conocen la existencia de la prueba, y al respecto no hay diferencias entre las mujeres entrevistadas en los hogares y quienes contestaron el cuestionario en las UMF.

Los servicios médicos son la fuente de información principal sobre la existencia de la prueba, el trabajo de promoción de las instituciones de salud suele ser de primera importancia para que las mujeres inicien sus prácticas de DOC. Las mujeres que participaron en la investigación se enteraron de ella en primer lugar, en el primer nivel de atención del IMSS y en segundo lugar, de la Secretaría de Salud. Sin embargo el cuestionario nos señala que un 24% de las mujeres se enteraron de la misma en sus familias, lo cual nos habla de que es una práctica que después de casi 40 años, poco a poco se va integrando a las prácticas de cuidado familiar. Pero el proceso ha sido muy lento y siguen siendo las instituciones de salud el lugar privilegiado donde las mujeres se enteran de la necesidad de la misma.

Por lo general las mujeres supieron de la existencia de la prueba del Papanicolaou en las instituciones de salud, pero nos parece importante destacar que entre las informantes del G1 también lo hicieron cuando algún integrante de sus redes

familiares habló al respecto con ellas al iniciar su vida de pareja, mientras que las mujeres del G3 señalaron que es una prueba que en su entorno familiar no se compartía ni se sabía de ella y mucho menos que sus madres asumieran como parte de la socialización familiar el transmitir la práctica del Papanicolaou como una forma de cuidado a la salud.

Las mujeres de la familia juegan un papel fundamental en este proceso de construcción de representaciones y en las prácticas de las mujeres. No siempre es la madre de familia la que proporciona este tipo de información, sino que son las hermanas o cuñadas con quienes se habla de un tema que se considera de intimidad porque alude de manera más o menos directa a su sexualidad y/o a su salud reproductiva en general.

La educación formal también juega un papel muy importante en la construcción social de los saberes de las mujeres sobre la detección oportuna, ya que de manera indirecta facilita que tengan una mayor información acerca del funcionamiento de su aparato reproductivo y de los procesos de reproducción, lo que consideramos que abre la posibilidad de una mayor cercanía al discurso biomédico que encuentran en las instituciones de salud. Si bien no encontramos que en las escuelas se haya abordado el tema del cáncer cervical entre ninguna de las informantes, sí encontramos que las más jóvenes recibieron información sobre infecciones de transmisión sexual, sobre todo del SIDA, y de la necesidad de acudir a las instituciones de salud para su atención.

Entre las mujeres de 16 a 45 años de edad, pero de manera más clara entre las más jóvenes, la práctica de detección oportuna de cáncer cervical se encuentra más integrada a sus nociones de cuidado a la salud que lo que encontramos entre las mujeres del G3. Entre las primeras, las prácticas de detección oportuna, cuando las hubo, se hicieron sin que estuvieran presentes síntomas de alguna enfermedad que les preocupara, mientras que las mujeres de los G2 y G3, iniciaron sus prácticas cuando presentaron sintomatología. Es decir, pareciera haber indicios de cambios entre las mujeres de menor edad que implicarían que esta práctica se va “normalizando”, es decir que se va considerando como una práctica “normal” y necesaria para el cuidado

de la salud, mientras que entre las mujeres de mayor edad, la práctica se da en relación con síntomas de procesos de enfermedad.

La forma más común de referirse a la prueba del Papanicolaou por las mujeres, es con la expresión “la prueba del cáncer”, lo que delimita de manera precisa la principal utilidad que encuentran en ella. La representación de la utilidad de esta práctica implica entonces que las mujeres acuden para que el personal médico o paramédico les realice una prueba a partir de la cual se tiene la expectativa de que se les diagnosticará, en primer lugar, si tienen o no la enfermedad y en caso de tenerla, si se está a tiempo de atenderse y evitar con ello la muerte. Sin embargo, la utilidad principal de la prueba es saber si se tiene o no cáncer, pero las mujeres han aprendido en las instituciones de salud que además de lo anterior, los resultados del Papanicolaou pueden proporcionarles otros diagnósticos de ciertos problemas provocados principalmente, desde su perspectiva, por infecciones que a su vez relacionan con prácticas deficientes de higiene de ellas mismas o de sus parejas sexuales. De manera que a la representación sobre la utilidad de la prueba habría que añadir estos diagnósticos.

Relaciones entre la prueba y el cáncer

No podemos comprender del todo las prácticas del Papanicolaou de las mujeres sin considerar las representaciones que tienen sobre el cáncer en general y el cáncer cervicouterino en particular. La representación de la prueba de detección oportuna de las mujeres está impregnada de los temores que genera la representación del cáncer.

La misma representación del diagnóstico que pueden recibir incluye tres posibilidades: la primera, que es la más esperada, es un diagnóstico negativo a cáncer; la segunda es la detección oportuna, es decir que la enfermedad sea descubierta en sus inicios, durante los cuales se tiene la expectativa de tener acceso a tratamientos que les pueden dar una relativa seguridad de curarse; y finalmente una tercera, el diagnóstico más temido, que es el descubrir la enfermedad cuando ha avanzado y quedan pocas o nulas esperanzas de evitar la muerte.

En el caso del segundo diagnóstico, los tratamientos biomédicos que conocen las informantes son principalmente la quimioterapia, radiaciones y la histerectomía;

los alternativos fueron escasos y se limitaron al tratamiento herbolario de la elaboración de té de uña de gato y su consumo como agua de uso. Sin embargo, desde un punto de vista biomédico, el proceso de la historia natural del cáncer es más largo e implica tratamientos diversos respecto a los que señalan las mujeres.

La representación del cáncer en general es la de un tipo de enfermedad que puede presentarse tiempo después de que se lleven a cabo sucesos que lo causen, los cuales son múltiples. Se distinguen causas distintas para cánceres que “salen” en lugares diferentes del organismo, algunos por traumatismos severos o como en el caso de la matriz, por deterioro del cuerpo. La enfermedad del cáncer se representa como una planta que tiene muchas raíces, la cual, de no ser eliminada en su totalidad, vuelve a crecer en el organismo. La representación del cáncer incluye procesos de descomposición que se generalizan en el organismo y además son muy dolorosos, estos los imaginan como ulceraciones que “carcomen el cuerpo y lo queman por dentro”.

Como parte de la representación social sobre el cáncer de la matriz, las informantes señalaron que quienes tienen mayores riesgos de enfermar son las mujeres mayores de 40 años de edad; las que iniciaron relaciones sexuales muy jovencitas o quienes en su historia reproductiva tuvieron muchos hijos (de cinco en adelante); quienes tuvieron abortos o problemas durante el parto y posparto, tales como que les dejaran algo en el interior de la matriz; las mujeres que en su vida sexual han tenido varios compañeros, sobre todo se refirieron a quienes trabajan como sexoservidoras y también quienes tienen relaciones sexuales de manera muy frecuente, sin importar que se tengan con una misma pareja sexual; las mujeres que no se atienden las infecciones o bien que nunca se han hecho un Papanicolaou y finalmente, mencionaron que en algunas familias la enfermedad se presenta más por lo que señalaron que la herencia también juega un papel importante.

La representación del riesgo de padecer cáncer se construye alrededor de un núcleo central que se refiere al deterioro de la matriz, el cual se relaciona con el desgaste del órgano por los embarazos, los partos, por la falta de cuidado durante el post parto, por el daño que se considera que pueden causar los dispositivos intrauterinos y especialmente por los procesos infecciosos de transmisión sexual.

Se considera que hay un mayor riesgo de enfermar a causa del daño y deterioro que pueden generar los procesos infecciosos a la matriz cuando no son atendidos, pero no se hace diferencia entre los distintos tipos de procesos sino que se habla de las infecciones en general. Las mujeres de menor edad mencionaron al Virus del Papiloma Humano (VPH), al que describieron como una infección muy fuerte que es posible tratar como las de otro tipo por medio de medicamentos vaginales.

La relación de la sexualidad con el riesgo de enfermar tiene que ver principalmente con la falta de cuidados higiénicos que atribuyen a sus parejas sexuales durante las relaciones o por considerar que tienen relaciones con mujeres que les transmiten las enfermedades. Esta noción médica de la enfermedad, se resignifica en los saberes de las mujeres para encontrar sentido que relacione sus nociones de procesos s/e/a con las explicaciones que encuentran en ámbitos médicos como las UMF. Los procesos infecciosos se consideran de un solo tipo, la diferencia entre virus y bacterias se relaciona con la fuerza que puede tener la enfermedad y con el diagnóstico que el médico asigna, pero las enfermedades que se transmiten sexualmente, desde los saberes legos, se caracterizan por ser contagiosas, “se pegan” y producen la enfermedad.

Se espera que luego del contagio de la enfermedad ésta se comporte como lo hacen otras enfermedades infectocontagiosas, con el resultado del inicio de la enfermedad más temprano que tarde. Las mujeres que hablaron del VPH entienden que hay un proceso similar que reduce la enfermedad a un proceso que no distingue variaciones o subtipos sino que parte de la presencia o no de un resultado que indica su presencia. Es por ello que los diagnósticos de VPH han de ser tratados especialmente en la relación entre médicos y pacientes en todos los niveles de atención, porque el proceso del cáncer y su relación con el VPH tiene muchos matices a considerar y sobre todo se trata de procesos complejos, en los cuales los diferentes factores tienen un peso para enfermar de cáncer. El personal de enfermería señaló que encuentran entre las mujeres mucho temor cuando reciben resultados en los que se señala que se tiene VPH.

La vinculación de la sexualidad con la enfermedad en ocasiones es contradictoria entre las informantes, la mayor parte considera que el riesgo se

encuentra en las infecciones que transmiten los hombres por no tener cuidado con su higiene o por tener relaciones con otras personas enfermas. Quienes señalaron este riesgo, piensan que cuando las mujeres dejan de tener una vida sexual activa, ya no es necesario que acudan al Papanicolaou porque consideran que han dejado de tener el riesgo principal de enfermar. Sin embargo, algunas mujeres también mencionaron la posibilidad de que quienes no han ejercido su sexualidad o han dejado de tener una práctica sexual activa, tienen mayor riesgo de enfermar. Las informantes explican esta última relación principalmente por experiencias con mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y que les diagnosticaron quistes en los ovarios. La noción de quiste se relaciona directamente con la posibilidad de tener cáncer.

El procedimiento del Papanicolaou

El saber sobre el procedimiento de la prueba de DOC cervical comprende básicamente los procesos vivenciales de las mujeres. La mayor parte de las mujeres entrevistadas considera que no se les proporcionó información clara del procedimiento del Papanicolaou y aprendieron a partir de sus sensaciones durante su primera experiencia. En el G1, nos llama la atención que dos de las mujeres contaban con la descripción materna de la prueba, lo que no sucede en los otros grupos de edad. La representación de lo que les hacen durante la prueba varía entre quienes afirman que las enfermeras toman mucosidad que después se analiza en el laboratorio y quienes señalan que les quitan un pedazo de la matriz.

La representación sobre el lugar de la toma de la muestra a partir de los dibujos que hicieron las mujeres, nos permite comprender al menos en parte sus temores acerca de presentar algún problema posterior en la matriz a causa del procedimiento. En ellos observamos que el lugar se ubica al interior de la matriz, que los nombres anatómicos no siempre se refieren a la misma parte del cuerpo a la que se refiere el saber biomédico, y que a pesar de utilizar nombres que corresponden a la anatomía del cuerpo desde esta perspectiva, se modifica la parte del cuerpo a la que se refieren. Por ejemplo, el útero y la matriz no necesariamente representan un mismo órgano y puede utilizarse el nombre de útero para identificar otras partes del aparato reproductivo. El cuello puede comprender la parte externa de la matriz casi en su

totalidad. El *cérvix* es un nombre que no significa nada preciso y el cuello no corresponde necesariamente con el lugar específico al que se refieren los médicos o las enfermeras.

La información del cuestionario sobre el lugar de la muestra señala la vagina y el cuello de la matriz como las opciones más frecuentes para describirlo, sin embargo, después del análisis de las entrevistas en el hogar, señalaríamos que no basta conocer el nombre del lugar anatómico de la toma para asegurar lo que saben las mujeres al respecto. El límite de la información que arroja en este sentido el cuestionario nos llevaría a suponer posiblemente de manera errónea que las mujeres se referían con estos términos a los mismos órganos y lugares anatómicos biomédicos.

El cuestionario nos permitió conocer las características generales de las mujeres y tener un primer acercamiento sobre temas como este, pero en el tema del lugar del cuerpo encontramos una diferencia importante con respecto al material de las entrevistas, en donde pudimos profundizar y aclarar el significado o sentido de las mismas palabras.

Nancy Scheper-Huges y Margaret Lock (1998:209) señalan la importancia de analizar la construcción social del cuerpo sin reproducir la división cartesiana de mente y cuerpo, asumiendo de entrada que simultáneamente es simbólico y físico. El cuerpo se conforma por los aspectos de su naturaleza biológica y por su construcción cultural no como elementos opuestos, sino como un todo.

De acuerdo con ello, para lograr una mayor comprensión de las dificultades para acudir al Papanicolaou que expresaron las mujeres, no basta con identificar lo que saben respecto a la técnica y al lugar físico en el que se realiza la prueba, sino considerar las significaciones subjetivas y culturales que ello tiene, es decir, las mujeres que identifican la muestra en el interior de la matriz, la ubican en un órgano de gran importancia para el género femenino al ser el lugar donde se produce la gestación, y a partir de este proceso se construye culturalmente el vínculo entre la maternidad y la feminidad. La histerectomía es un tratamiento quirúrgico que tiene entonces implicaciones importantes en la vida de las mujeres en el ámbito sociocultural, como lo es para las mujeres viudas o divorciadas que piensan en formar una nueva pareja, ya que consideran que si se requiere que en dado caso se les quite

la matriz, esto no se reduce a la pérdida de un órgano, sino que se relaciona con sus expectativas de maternidad y con ello de relacionarse con nuevas parejas, porque la representación compartida entre sus redes sociales acerca de tener pareja es la de formar una familia en la que se incluye la posibilidad de tener hijos como parte importante de la relación.

Además del temor al diagnóstico y al tratamiento, la representación sobre el procedimiento del Papanicolaou incluye la descripción de la vergüenza a mostrar partes del cuerpo femenino que tienen una connotación sociocultural de intimidad. En los procesos de socialización primaria, las mujeres en general aprendieron a cuidarse de que otras personas, principalmente los hombres, observaran algunas partes de su cuerpo que se relacionan en el ámbito familiar y social con la sexualidad, principalmente los senos, glúteos y genitales, porque el no hacerlo se considera como una provocación o incitación a la sexualidad.

Entre las mujeres de mayor edad, el aprendizaje en sus hogares sobre cubrir su cuerpo fue riguroso, los padres normaban las prácticas del vestir de sus hijos y no permitían que entre hermanos conocieran su cuerpo. El silencio y la coerción física sobre la sexualidad y la reproducción era una práctica más común, incluso en algunas familias no se hacía evidente el embarazo. Las mujeres de este grupo aprendieron sobre sexualidad al hablar o bromear con sus amistades o hasta que vivieron con su pareja, y por lo general se enteraron de la menstruación básicamente por experiencia y poco hablaron de ella en sus familias. En las narrativas acerca de sus dificultades para acudir al Papanicolaou, la vergüenza de mostrar su cuerpo era un factor muy importante para aplazar la práctica

En cambio las mujeres de menor y mediana edad, contaron con más información sobre reproducción sobre todo en los espacios escolares, y sobre los cambios durante la adolescencia, en sus hogares. Las mujeres más jóvenes señalaron que si bien no es una práctica agradable, y la sensación de vergüenza la comparten con las otras mujeres, la explicación del retraso de sus prácticas no se relaciona en primer lugar con el pudor o la vergüenza sino con la valoración de que pueden aplazar la práctica dado que consideran que no tienen una edad en la que se presente la enfermedad de manera frecuente, ante otras obligaciones que consideran más

importantes, y cuando acuden a la prueba, lo hacen principalmente por sugerencia del personal médico, por sugerencia materna o por haber conocido experiencias de mujeres jóvenes que modificaron la información de que es necesario iniciar la práctica de detección antes de lo que consideraban como edad de riesgo.

Lo anterior coincide con los resultados del estudio de Castro y Salazar (2001:54) realizado en la ciudad de Hermosillo, en el que las autoras encontraron que para mujeres del mismo nivel socioeconómico, en una muestra representativa, el 74.7% no recibió en la familia información sobre relaciones sexuales. A un 71% tampoco le proporcionaron educación sobre cómo se embarazan las mujeres; incluso, un 49.8% no sabía lo que era la menstruación cuando pasaron por primera vez por esa experiencia.

Entre apoyos y dificultades para la práctica del DOC cervical

Clasificamos que las principales dificultades para que las mujeres acudan a la prueba pertenecen a tres ámbitos distintos: el primero de ellos se refiere a sus condiciones de vida, el segundo a las subjetividades que acompañan a las representaciones de la prueba, y el tercero a las instituciones de salud, en las cuales encontramos dificultades que corresponden a las condiciones y operatividad del programa.

En momentos de crisis la atención de los problemas de salud de las mujeres se dejan a un lado si no se consideran de urgencia, es decir si no se presenta sintomatología que se considere de gravedad como lo son los sangrados o el dolor intenso. Las prácticas de DOC cervical se postergan con mayor facilidad cuando no se consideran urgentes para responder a necesidades de primer orden. El acceso a los servicios médicos se pierde en algunas situaciones lo que complica aún más el seguimiento de procesos de detección.

Las mujeres que tienen hijos pequeños y que no cuentan con personas que les apoyen entre sus redes familiares expresaron sus problemas para acudir al Papanicolaou debido a las responsabilidades que tienen en el cuidado de los mismos, la cual se sortea sin dificultad cuando se cuenta con el apoyo de su pareja o familiares mientras acuden a la UMF. En este sentido, el apoyo de sus redes sociales, principalmente de la familia, permite o dificulta que las mujeres acudan a la prueba.

Los elementos subjetivos que encontramos en las narrativas de las mujeres entrevistadas y que son parte de la representación social de la práctica del Papanicolaou son principalmente la vergüenza, el miedo a los resultados, al dolor y a ser lastimadas. Estos sentimientos hacen más difícil la práctica y en general estimulan el retraso del momento de la detección de cáncer cervical. Las mujeres de más edad son quienes mencionaron con mayor insistencia que este elemento era de gran peso en sus decisiones para acudir a la prueba. El miedo y la vergüenza fueron los sentimientos más frecuentes que se mencionaron en el cuestionario cuando se les preguntó cuáles eran las principales dificultades que tenían sus amistades para acudir a la prueba del Papanicolaou.

Las principales dificultades en los servicios de salud en la implementación del programa de DOC cervical son el que se continúa solicitando requisitos innecesarios que dificultan la práctica y que implica buscar el momento propicio y/o negociarlo con la pareja para no tener relaciones sexuales 24 ó 48 horas antes, además de considerar siete días posteriores a la menstruación y acudir previo cuidado de la higiene corporal.

Lo que saben las mujeres sobre los requisitos que han de cumplir para que les tomen la muestra en el IMSS, fueron consistentes entre las once entrevistadas, en algunos casos se consideraba que los períodos eran mayores y las explicaciones de la necesidad de los mismos se interpretaron como parte de la verificación de ingravidez, ya que se considera que la prueba pudiera dañar el proceso del embarazo.

La representación del embarazo como impedimento para la prueba nos parece relevante porque junto con otras condiciones, se convierte en un factor más que contribuye al aplazamiento de las prácticas en mujeres que tiene más de tres años sin acudir con un parto intermedio. Mientras que en otros lugares del mundo la prueba del Papanicolaou es uno de los estudios de laboratorio que se solicitan a las mujeres en el control de embarazo, en nuestro país las mujeres señalan que el personal médico y de enfermería les ha dicho que no se puede hacer la prueba durante este tiempo.

Finalmente, sobre sus prácticas del Papanicolaou en el Instituto, las mujeres consideran que se carece de un espacio adecuado que propicie la privacidad que necesitan para la prueba, la cual comprende que el personal de enfermería no entre

durante la misma y que en caso de haber algún estudiante de enfermería, se solicite su consentimiento para la observación; en el mismo sentido, se requiere de batas limpias en esta área de trabajo. La privacidad de la entrega de los resultados supone que no se realice en ventanilla o con la puerta del consultorio abierta. Además de la privacidad, las mujeres buscan personal que tenga las habilidades técnicas para tomar la muestra pero además quien les dé confianza y una relación de respeto y calidez durante la prueba. Una necesidad que expresaron las entrevistadas es que las enfermeras y los médicos en consultan proporcionen información detallada y clara sobre la prueba, los resultados posibles y los tratamientos a los que tienen acceso en la institución. Finalmente, las mujeres que trabajan sugieren que sea posible acudir a detección oportuna en los servicios de emergencia que permanecen abiertos los fines de semana.

La representación que tienen las informantes sobre la atención médica nos plantea una valoración más positiva de la práctica médica privada frente a la de los servicios del IMSS y de una atención de médicos especialistas, más valorada que la de médicos familiares. Sin embargo, en el caso de la práctica del Papanicolaou encontramos algunos matices al respecto en la información que arrojan las entrevistas y el cuestionario. En ambos, las mujeres consideraron más importante que quienes tomaran la muestra fueran mujeres incluso anteponiendo esta característica a su condición profesional.

La relación enfermera/mujer y los saberes sobre la DOC de las usuarias

La segunda pregunta de investigación de este trabajo fue conocer de qué manera se relacionan e influyen en la construcción del saber de las mujeres sobre el cáncer y el Papanicolaou, las rutinas institucionales del Programa de Promoción y DOC cervical. Para ello estudiamos las relaciones entre el personal de enfermería y las usuarias del servicio de Medicina Preventiva en dos UMF del IMSS.

Al inicio del trabajo suponíamos que esta relación era parte fundamental de la construcción de los saberes de las mujeres usuarias, lo cual se expresa en que en más de la mitad de las mujeres encuestadas y en la mayor parte de las entrevistadas en sus

hogares, la fuente de información que tuvieron las mujeres por primera vez fue en los servicios médicos.

La práctica de detección oportuna de cáncer cervical de las mujeres encuestadas y entrevistadas, como otras prácticas que implican la atención en servicios médicos, no se lleva a cabo siempre y de manera exclusiva en la institución de la que son derechohabientes, sino que se realizan también en espacios médicos privados y de la Secretaría de Salud. Entre los criterios de las mujeres para decidir a cuál servicio recurrir se encuentran sus costos, la distancia, la facilidad de acceso en transporte público, la atención de personal capacitado, de preferencia personal femenino, la rapidez de entrega de los resultados, la valoración que hacen del respeto y calidez de la relación con el personal de salud que toma la muestra, la sensación de dolor o molestia durante su última experiencia y la confianza en la calidad de su trabajo.

En el IMSS, la práctica rutinaria y cotidiana del personal que lleva a cabo la toma de la citología, en gran medida reproduce lo que aprendieron sobre la técnica en los cursos de inducción al puesto y en la convivencia diaria en la institución con sus compañeros o responsables de área. De esta manera, los cursos de actualización a los que acude uno de los integrantes, no siempre impactan en las prácticas de quienes llevan a cabo la prueba.

Los datos de cobertura de mujeres que acuden por primera vez dejan todavía mucho que desear en las instituciones públicas respecto a la meta que tienen programada en el Programa Nacional de Salud, aun considerando que los criterios incluyen a quienes tienen esta práctica pero con más de tres años de espaciamiento.

Los aspectos educativos del programa no forman parte de la rutina o responsabilidad institucional del personal de enfermería, sino que se considera que son actividades que se llevan a cabo en coordinación con el sector educativo fuera de la UMF. Durante el período del trabajo de campo, el personal de enfermería no participó en este tipo de difusión, ni consideraba que formaran parte de sus responsabilidades.

En los diálogos entre el personal de enfermería y las mujeres durante la rutina del Papanicolaou, no se proporciona información sobre las formas de prevenir la

enfermedad considerando para ello la totalidad de los factores de riesgo, lo único que se promociona es la toma de la muestra. Por ello no es de extrañar que las mujeres utilicen la palabra prevención para designar una práctica de detección oportuna.

La relación entre enfermeras y usuarias se lleva a cabo principalmente en el interior de las Unidades, que no se dirige a educar en términos de explicar y verificar si se comprende el procedimiento, su seguimiento y utilidad, sino que más bien se dirige a indicar que el cuidado “deber ser” parte del cuidado de la salud, su eficiencia se mide en términos del número de citologías, pero no hay forma de evaluar si la población comprende los alcances o se protege con prácticas alimentarias y/o en el ejercicio de su sexualidad.

Si bien el discurso biomédico sobre el cáncer cervical, forma parte del discurso de las mujeres entrevistadas, no lo conocen con este nombre, es más común el Papanicolaou o como lo llaman más comúnmente, “el cáncer de la matriz”. A diferencia de lo que es para el personal de salud, para ellas no es un programa, es una práctica que permite cuidar su salud y detectar una enfermedad temida como el cáncer, para buscar atención médica oportuna en caso de ser necesario, o bien en ocasiones es una prueba de laboratorio que utilizan para dar seguimiento a procesos infecciosos.

En la transacción de la práctica médica de detección oportuna, no se reproducen solamente nociones e indicaciones técnicas para que las mujeres acudan a la práctica de detección oportuna de cáncer cervical, sino que se entremezclan y reproducen las representaciones de los trabajadores de salud acerca del papel de las mujeres en sus familias, a la par que proporcionan indicaciones para la prueba.

Los encuentros entre el personal de enfermería y las mujeres que analizamos, reproducen relaciones jerárquicas que se han reportado para la relación médico/paciente, sin embargo, consideramos que hay algunas variaciones. De entrada, las enfermeras y las mujeres saben que la profesión de enfermería tiene menor rango jerárquico en la institución. Para lograr el control durante los encuentros, las enfermeras se valen de diferentes recursos, entre ellos destacan: el tono de la voz, la utilización de diminutivos en la forma de referirse a las personas que atienden, el interrumpir a las pacientes y llenar formatos, así como el recurrir a lo

que dicen los médicos o los directivos de la UMF para respaldar sus indicaciones, e incluso, a respaldarse en lo que dicen las normas y programas sobre las prácticas.

El personal de enfermería se caracteriza por su papel en los cuidados durante los procesos de enfermedad (Medina, 1999; Fisher, 1995), el mismo término se asocia a las prácticas femeninas de cuidado a la salud y enfermedad que en nuestra cultura forman parte de las responsabilidades femeninas en el hogar. El rasgo fundamental de la profesión (Hughes, 1993) es precisamente encargarse de las prácticas de cuidado en las instituciones, y al hacerlo se realiza bajo la supervisión de sus superiores y de los médicos en general.

Esta supervisión tiene variantes y el consultorio de Medicina Preventiva en la UMF A es un espacio bajo la supervisión general del director, pero que por lo general carece de la vigilancia continua de un médico, lo que hace que el espacio sea un lugar en el que el personal de enfermería tiene una mayor posibilidad de decidir la forma de organizar su trabajo dentro de ciertos límites que son evaluados, tales como el número de Papanicolaous realizados o de vacunas aplicadas.

En la UMF B hubo un control médico más directo en el área cuando llegó un epidemiólogo al espacio de Medicina Preventiva, estableció jerarquías distintas al interior de MP y sobre todo con los vínculos con el personal médico de la institución y la dirección de la UMF, a través de un mayor control médico sobre las actividades del área y sus aspectos a evaluar, y actividades que vinculaban el trabajo de esta área con espacios laborales para promocionar los programas prioritarios, entre ellos el de DOC.

Las rutinas

En sus rutinas de DOC el personal de enfermería de las dos UMF organiza a los pacientes para que esperen su turno, los hacen entrar, toman sus datos y la muestra del Papanicolaou, les entregan la cartilla de la mujer y les dan indicaciones para que regresen por sus resultados. La rutina del programa de DOC en los consultorios de Medicina Familiar se compone de tres pasos principales además del tiempo de espera: durante la primera la enfermera revisa los requisitos y aplica el formulario que ha de enviar al laboratorio; la segunda empieza cuando le solicita a la mujer que entre al lugar de la toma y se suba a la mesa de exploración, y termina cuando la enfermera

fija la muestra; y la tercera que es la despedida y momento en que se dan las últimas indicaciones para que regrese por sus resultados.

Durante la segunda parte de la rutina, para lograr la implementación del procedimiento técnico, las enfermeras recurren a recursos que permitan a las mujeres relajarse lo suficiente para que se observe el cérvix y la toma sea de calidad. Por lo general utilizan recursos discursivos en torno a temas “distractores” en los que combinan lo que consideran que puede hacer pensar a la mujer en otras cosas durante la prueba, o bien recurren a la rapidez de la técnica.

Los temas que utilizan por lo general aluden a los hijos, a los partos o la planificación familiar; si las enfermeras logran que las mujeres piensen en otra cosa la toma transcurre con mayor facilidad. Entonces el arte del discurso que forma parte del procedimiento no se considera como tal, lo aprenden en su vida laboral de otras enfermeras y reproduce temáticas que identifican como propias del interés del género femenino. En estos diálogos las enfermeras no solamente logran por lo general que las mujeres se relajen para que se logre una buena toma, sino que además generan el clima IDÓNEO para hablar sobre la prueba con mayor confianza. Pero esto último no forma parte de la rutina y su utilidad se reduce entonces a lograr la toma. Los aspectos educativos del programa no se consideran a pesar de que se genera una relación propicia.

Esta parte del procedimiento tan poco reconocida nos parece muy importante porque durante ella se entrelazan las realidades del mundo biomédico con las de la vida cotidiana de los pacientes, los médicos se percatan de esto y por ejemplo, en la UMF A, se realizaban operaciones ambulatorias de hernias en el quirófano ubicado a un lado de la sala de emergencias. Los médicos integraron a su equipo a un enfermero que era “muy bueno para distraer a los pacientes con su plática”, y de esta manera, durante los procedimientos, lograban tranquilizar a las personas y desviar su atención para hacer su trabajo quirúrgico.

Sin embargo, el objetivo de los médicos o enfermeros de distraer a las personas de un evento como el Papanicolaou, que saben es desagradable para las mujeres que lo solicitan, tiene una finalidad táctica para facilitar su técnica y se agota al lograr este objetivo, sin considerar que es posible que estos diálogos logran la

confianza necesaria para entablar con las mujeres un diálogo en el que puedan consultar sus dudas y conocer más sobre la prueba y la importancia de la detección, para asegurar una práctica subsecuente como parte de las rutinas del Papanicolaou. En el Papanicolaou no hay un tiempo límite entre cada prueba, pero a las enfermeras les presiona el número de personas esperando que se les atienda. Con algunas modificaciones sobre la organización interna de los equipos de enfermería, consideramos que podrían incluir un espacio para dialogar brevemente con las mujeres sobre la prueba, describir el procedimiento y proporcionar algunos datos importantes para recoger los resultados.

El personal de enfermería conoce visualmente el interior del aparato reproductivo en donde realiza la toma del Papanicolaou, mientras que las mujeres que acuden a la citología imaginan el lugar de la toma y en ocasiones la representación puede generar mayor ansiedad cuando se ubica al procedimiento en el interior de la matriz. Una vez que se genera la confianza, al terminar la prueba, sería posible aclarar brevemente el lugar de la toma y mostrar los instrumentos si la paciente lo permite.

Entre las mujeres que respondieron el cuestionario, 45% manifestaron que nadie les explicó cómo era el procedimiento, su conocimiento se reduce a lo sintieron durante la prueba y a la forma en que la enfermera se refirió a la toma, por ejemplo a través de expresiones como: “vas a sentir un piquetito” o “voy a abrir el espejo”.

Los procesos de capacitación dirigidos al personal de las UMF, especialmente al personal de enfermería, se encaminan a mejorar los aspectos técnicos para obtener una buena toma, lo que es necesario no descuidar; sin embargo, consideramos que estos esfuerzos no son suficientes y que las capacitaciones tendrían que incluir elementos para mejorar la relación con las usuarias o para manejar la tensión durante la prueba, es decir elementos que permitan sistematizar y mejorar lo que la práctica les ha enseñado en los espacios de primer nivel de atención.

La poca descripción del procedimiento se da de manera selectiva a quienes acuden por primera ocasión, pero sobre todo a las más jóvenes. Lo que contrasta con lo que las mujeres expresaron acerca de la necesidad de contar con explicaciones sobre la prueba, el procedimiento, los posibles diagnósticos y tratamientos con un lenguaje sencillo. Por lo general, se limita a la indicación del procedimiento y a las

fechas de entrega de resultados y en algunas ocasiones se describen procesos infecciosos y/o se le canaliza con el médico.

Algunos de los integrantes del personal de enfermería consideran que mostrar con detenimiento los instrumentos antes de la prueba puede causar mayor temor y tensión. Las mujeres en sus hogares hablaron del miedo que les genera el no contar con información clara. Al finalizar las entrevistas en los hogares les proporcionamos un tríptico con una descripción básica sobre la prueba y les preguntamos si deseaban conocer los instrumentos.

Diez de las once informantes consintieron en conocerlos: un espejo, un citobrush y una espátula de aire de las que se utilizaron durante el período de observación en la clínica. Durante estas sesiones las mujeres señalaron que imaginaban mucho más agresivo el citobrush y que el procedimiento que describe la enfermera cuando dice que sentirán un piquetito les remitía a algún instrumento cortante que relacionaban con el espejo. Si bien conocer el instrumental médico genera cierta sensación inicial de disgusto, las diez mujeres señalaron que después de haber visto las láminas y los instrumentos les parecía una prueba más sencilla y menos agresiva de lo que imaginaban.

En este trabajo encontramos una serie de limitaciones cotidianas en el Instituto para ampliar el trabajo de detección oportuna fuera de las UMF. En ninguna de las dos UMF se contaba con formas de registro ágiles para identificar entre los expedientes las personas de acuerdo a su práctica de DOC, ni se podía entonces dirigir las acciones hacia las mujeres con características de mayor riesgo, tampoco existe en este sentido coordinación interinstitucional que permita conocer cuál es la práctica de las mujeres que acuden a otras instituciones de salud para hacerse la prueba o para atenderse cuando presentan algún diagnóstico positivo.

La estrategia básica de promoción y detección se concentra en lo que pueden hacer al interior de las UMF, promoviendo el Programa en las salas de espera. Durante el período de observación, solamente en una ocasión se realizaron servicios externos de DOC en las instalaciones de una maquiladora a solicitud de la misma en una de las UMF, y en la otra, se gestionó por medio del trabajo de un epidemiólogo la atención de mujeres de algunos centros de trabajo. De manera que, previo aviso,

durante dos días acudieron mujeres que llegaron en el transporte de una maquiladora para que les atendieran con rapidez en los diversos programas que ofrece Medicina Preventiva, entre ellos el DOC.

La organización del programa

La observación de la práctica cotidiana en dos UMF de la misma institución nos permitió ver las diferencias de dos tipos de estrategias que aparentemente siguen un mismo protocolo, pero cuyas prácticas cotidianas implican diferencias importantes: a) Especialización: La primera se caracteriza por la dedicación y especialización de parte del personal que labora en Medicina Preventiva, casi exclusivamente en la toma de la citología; y b) Integral: caracterizada por una distribución más homogénea de tareas entre programas, con rotación de las actividades de los principales programas, y con una mayor integración de los programas preventivos.

Las dos estrategias presentan ventajas y desventajas para las usuarias de los servicios. La primera permite una práctica más rápida que acorta los tiempos de espera y satisface a las mujeres. Además, la práctica ha facilitado que el personal de enfermería desarrolle habilidades para utilizar el instrumental, en ocasiones en condiciones no propicias, principalmente por los tamaños del espejo, de manera que la toma es rápida y los márgenes de error por el procedimiento se encuentran dentro de los estándares nacionales. En general, las mujeres consideran positiva la rapidez con la que se realiza este procedimiento, el cual consideran que hace más ligera la espera y las condiciones de la toma. En la interlocución con el personal de enfermería, no obstante, no se realiza una revisión integral de las prácticas de vacunación por medio de la cartilla de la mujer.

La segunda implica tiempos de espera más prolongados, y la práctica de personal de enfermería con habilidades técnicas diferentes para la toma de la citología. A cambio, las mujeres reciben una atención más integral en la que se le ofrecen las vacunas que se tienen disponibles. De esta forma, la diferencia de los tiempos promedio que nos arroja el cuestionario sobre la duración de la prueba en la UMF A, indica que es del doble del que tienen las mujeres en la B. La etnografía nos permitió identificar la organización en las prácticas laborales y en las rutinas que se relacionan con ello, y las entrevistas en los hogares corroborar que la rapidez es una

de las características positivas que encontraron las mujeres que se tomaron la prueba en la UMF B.

La organización de las UMF implica diferencias en los tiempos de espera de las mujeres y en la captación para varios programas, pero ninguna de las dos contempla estrategias educativas dirigidas a asegurar una detección de mujeres que cuenten con información clara y oportuna para continuar su práctica posteriormente.

Las principales dificultades durante la toma

Una de las dificultades más importantes y recurrentes para que el personal de enfermería obtuviera la muestra, y también para las mujeres, fue el manejo del estrés que genera la prueba. Desde el punto de vista técnico, la fuerza que hacen con sus piernas no permite la introducción del espejo de manera adecuada para observar el cérvix.

Cuando iniciamos la investigación presuponíamos que la utilización de espejos vaginales desechables, sería en cualquier sentido positivo debido a que generaría confianza entre las usuarias, sin embargo, en la práctica cotidiana observamos algunos problemas que sería necesario considerar para contar con las dos opciones de instrumentos: los desechables y los que son de diversos tamaños que se pueden adaptar a las distintas formas del cuerpo de las mujeres. El personal de enfermería desarrolla habilidades para lidiar con las desventajas que acarrea el hecho de que en el IMSS se compre solamente un tamaño (el mediano) para reducir los costos, pero se cuenta también con instrumental que podría tenerse a la mano para utilizarlo en caso de ser necesario en el consultorio de Medicina Preventiva, ahorrando así molestias a las mujeres (mientras se encuentran en la mesa de exploración) al enviar por un espejo a otros lugares de la UMF.

Otra desventaja es que el personal considera mejor la utilización de los espejos desechables a tal punto que deja de considerar como parte de su rutina de trabajo la limpieza de los espejos de metal, a tal grado que cuando llegaron a escasear uno de los días, el personal de enfermería le aconsejó a las mujeres que acudieran a otra UMF a realizarse la prueba para que se lo hicieran con instrumentos desechables, sin darles la opción de realizarlo en el momento con espejos metálicos.

Las mujeres prefieren que les tomen la muestra con un espejo desechable porque no tienen confianza en que estén suficientemente limpios. Sin embargo, durante la prueba, la tensión y el uso de los espejos que no eran los adecuados, provocó en ocasiones que la tensión y las dificultades de la prueba aumentaran.

La relación enfermera-usuaria durante el Papanicolaou se relaciona con los saberes de las mujeres en una gran parte de los aspectos que mencionamos como parte de su saber sobre el Papanicolaou.

Un primer elemento son los requisitos que consideran que tienen que cubrir, mismos que corresponden a los que solicita el personal de enfermería de la UMF A, en donde se continúa solicitando “entre 24 y 48 horas sin relaciones sexuales, siete días posteriores al inicio de la menstruación, no utilizar medicamentos vaginales, y su baño diario”. Incluso las mujeres que acudieron a la UMF B, cuidaron cubrir requisitos que les solicitaron en otros espacios médicos cuando iniciaron sus prácticas de detección oportuna. Las indicaciones permanecen no sólo entre el personal de enfermería, sino en las representaciones y prácticas de las mujeres.

Durante la toma de la muestra del Papanicolaou, las enfermeras suelen compartir con las mujeres apreciaciones sobre lo que ven, en ocasiones con la finalidad de sugerirles que busquen atención médica para tratar algún proceso infeccioso y para que no tengan que esperar sus resultados (un mes) sin recibir durante este tiempo el tratamiento. También describen si “el cuello está limpiecito” o “no se ve nada anormal”. Las mujeres aprenden a partir de sus descripciones cómo se encuentra esta parte interna y desconocida de su cuerpo y las expresiones de limpieza o infección, salud/problemita, se vuelven sinónimo de salud o enfermedad.

Las recomendaciones de no realizarse la prueba durante el embarazo fomentan junto con otros elementos socioculturales, el mayor espaciamiento de la prueba pero sobre todo no da elementos a las mujeres para una decisión informada al respecto. El argumento médico para no realizar la prueba es que las mujeres piensan que puede generar problemas en el embarazo, pero con la difusión de las indicaciones esta idea se refuerza.

La relación enfermera usuaria juega un papel importante no solamente en la construcción de las representaciones y prácticas de quienes asisten a la UMF, sino de

otras que pertenecen a sus grupos de amistades o familiares en los que las mujeres comparten su parecer sobre el servicio médico, por lo que las narraciones sobre sus prácticas tienen un efecto multiplicador de temas tales como requisitos, horarios de trabajo y de la evaluación que hacen sobre la atención.

En este trabajo, coincidimos con Lazcano, Castro, *et al.* (2000:177) cuando señalan que es necesario involucrar en la promoción del Programa de DOC a las mujeres en riesgo y a sus parejas, considerando sus sentimientos y apreciaciones subjetivas, las cuales juegan un papel decisivo para participar en el programa.

Como los autores mencionados, sabemos que los aspectos subjetivos no son los únicos determinantes de las prácticas de DOC cervical. Las investigaciones sobre la temática (INSP, 1996; OPS, 2004) dejan claro que son las mujeres que viven en condiciones de pobreza, que habitan en zonas rurales y que no cuentan con seguridad social, las más desprotegidas y con mayor posibilidad de morir por cáncer cervical. Entendemos que los elementos subjetivos se insertan en condiciones de vida que pueden jugar un papel determinante en las prácticas de detección oportuna y el acceso a servicios de calidad.

La práctica de detección oportuna de cáncer cervical es una práctica biomédica que las mujeres entrevistadas consideran necesaria, íntima y molesta. Los aspectos subjetivos de la representación de la prueba incluyen principalmente la vergüenza y el miedo al dolor y al diagnóstico de cáncer que se reconoce como una enfermedad dolorosa y con la posibilidad de morir.

Las mujeres que tienen mayores problemas para acudir a la prueba son las que tienen condiciones de vida precaria y/o que no cuentan con redes familiares de apoyo en las se hable del tema, ni donde exista en la experiencia familiar la práctica de las mujeres mayores de acudir a la DOC cervical.

Finalmente, la recomendación de una práctica trianual no forma parte de las representaciones sobre el Papanicolaou, las mujeres consideran que una práctica que se realiza cada dos años no es un espaciamiento adecuado y que arriesga su salud, y lo hacen porque las indicaciones médicas recientes así lo recomendaron. El personal de enfermería señala que cuando quisieron implementar los cambios, las mujeres se

quejaron con el director pero en general, ellas mismas comparten la duda sobre la pertinencia de que la prueba sea cada tres años.

Reflexiones finales

Uno de los aspectos metodológicos que nos parece importante recuperar es la última sesión de las entrevistas en la cual mostramos material didáctico y el instrumental a las mujeres que así lo quisieron. La intención de este encuentro era compartir con las entrevistadas información sobre la prueba que pudiera apoyar sus prácticas, más como un tipo de reciprocidad por su tiempo y no como una parte de la entrevista.

A la luz de la importancia de la información que se generó en las primeras sesiones, incluimos algunos temas durante las sesiones de la entrevista, tales como el dibujo del lugar del cuerpo en donde se lleva a cabo la prueba.

Las sesiones se caracterizaron por una breve exposición de parte de la investigadora sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou, utilizando para ello material educativo y un tríptico informativo que elaboramos para dejárselo. Posteriormente o durante la misma sesión, la mujer expresaba sus dudas y les proporcionábamos los instrumentos de la prueba para que los tocaran y conocieran. Aun cuando elaboramos algunas preguntas para ver de qué manera se comprendía el material, estas sesiones no las habíamos considerado como parte de las entrevistas.

Estas sesiones no siempre fueron grabadas y su registro en las notas de campo nos hace pensar en incluir este tipo de sesiones como parte de investigaciones futuras con un papel diferente, es decir en donde se combine esta relación como parte importante de la reconstrucción de procesos de las representaciones y prácticas de algún proceso de s/e/a.

Por otro lado, consideramos que la utilización del cuestionario nos proporciona un material que permite describir y ubicar a la población con la que trabajamos en términos de derechohabencia, algunos temas como la frecuencia del Papanicolaou, así como el registro de los tiempos de duración de la prueba y de manera muy limitada, la expresión de las usuarias sobre sus impresiones de los servicios en las UMF. El instrumento se ajustó a los tiempos y rutinas en extensión y en la distribución de las preguntas, pero si comparamos el tipo de respuestas que obtuvimos en él con lo que respondieron en las entrevistas, encontramos que hay

algunos temas en los cuales las respuestas se acercan más al “deber ser”. Por ejemplo, cuando preguntamos a las mujeres que respondieron la encuesta, por qué acudían en esa ocasión al Papanicolaou, la mayoría dijo ir “porque ya le tocaba”, sin embargo, al menos cuatro de las entrevistadas, describieron síntomas o preocupaciones relacionadas con cambios en su menstruación, que a su vez se relacionaron con procesos infecciosos que no abordaron en el primer encuentro en la UMF. De manera que si interpretáramos solamente las respuestas del cuestionario señalaríamos que la mayor parte de las mujeres van a la prueba por decisión de cuidar su salud, sin que medie indicación médica o sintomatología, lo cual nos parece dudoso ante las incongruencias que señalamos que se generan principalmente con la dificultad para hablar de temas considerados íntimos en un contexto en el que no hay privacidad ni confianza.

Los datos del cuestionario, por otro lado, resultaron complementarios en temas en los que no están presentes el tipo de problemas de intimidad y falta de privacidad. Por ejemplo, en las preguntas abiertas del cuestionario les pedimos que describieran cómo se imaginaban el cáncer, sus respuestas coinciden y complementan en términos numéricos lo que respondieron y ampliaron las informantes.

Como señalamos antes, en el cuestionario solicitamos que describieran el lugar del cuerpo donde se toma la muestra. Las mujeres se refirieron al cuello de la matriz o a la vagina, pero este tipo de información fue ubicada en las entrevistas con mayor precisión, ya que en ellas solicitamos a las entrevistadas que la ubicaran en un dibujo que cuidadosamente verificamos con las informantes. Fue en este diálogo que nos percatamos de que estábamos utilizando la misma palabra con sentidos diversos.

El análisis de la relación enfermera-mujer nos parece que tiene particularidades interesantes en la detección oportuna de cáncer, porque los análisis de la relación médico-paciente se refieren por lo general al estudio de relaciones entre médicos con mayor o menor especialización y personas enfermas que recurren a los servicios médicos a buscar atención. El Papanicolaou es un examen que se envía al laboratorio, al cual las personas acuden en diversas situaciones de salud, pero por lo general más o menos sanas. De manera general, el personal de enfermería se encuentra sujeto en el Papanicolaou a la misma lógica que el personal médico con los

pacientes, sin embargo, la posición del personal de enfermería frente a los usuarios del servicio es de menor jerarquía. La negociación de su posición les resulta más difícil.

Los estudiosos de la relación médico-paciente, señalan que el personal de enfermería reproduce las mismas relaciones jerárquicas con las personas que atiende; consideramos que en general esto es así, sin embargo, las variaciones que se presentan en esta relación merecen señalarse y vale la pena continuar explorándolas así como sus diferencias.

En este trabajo consideramos que las condiciones de subordinación del personal de enfermería respecto del personal médico no es sólo una relación al interior de las instituciones de salud, sino que forma parte de las representaciones de las mujeres, quienes consideran que este personal es muy importante porque es su puerta de entrada hacia los servicios médicos y porque una buena relación con ellos les garantiza mejores cuidados cuando han de permanecer hospitalizadas. En el caso de MP este tipo de relaciones se reproduce cuando las mujeres intentan llevarles “detalles” para tener una buena relación.

Posiblemente esta visión del personal de enfermería femenino, de menor jerarquía y vinculado a la práctica de los procedimientos técnicos, influya en la preferencia que expresan las mujeres en el cuestionario respecto de que quieren ser atendidas durante la detección oportuna de cáncer cervical por enfermeras, más que por personal de medicina familiar.

Pensamos que algunos temas a investigar han de incluir la comparación entre estos dos tipos de relaciones, el de médicos y personal de enfermería en el primer nivel de atención, pero sobre todo sería interesante hacerlo desde el consultorio de Medicina Preventiva ya que comparten un espacio, cuentan con un consultorio para trabajar y tienen una relación cotidiana con usuarios; sin embargo sus espacios se limitan de acuerdo a las necesidades de los médicos, además,, no tratan necesariamente con personas enfermas, tampoco cuentan con el trabajo de las asistentes médicas sino que lo tienen que asumir ellos, su formación profesional y su situación socioeconómica no es muy distinta de la de las personas que utilizan el

servicio y tienen que negociar su autoridad frente a personas que no les reconocen el estatus del médico.

Un tema que nos parece importante investigar es la relación que se establece en este programa a nivel intersectorial, entre las instituciones y el personal que lo implementa, considerando especialmente la relación entre el Programa de DOCC y el de vacunación. En la literatura consultada encontramos sugerencias sobre la posibilidad de vincular este programa, pero desconocemos lo que implica hacerlo y nos parece importante realizar un estudio con personal de salud acerca de las posibilidades de su implementación.

Finalmente, nos parece importante terminar este apartado resumiendo las sugerencias que hacen las mismas mujeres sobre la necesidad de mejorar la privacidad de la prueba, la calidad y calidez de la relación que se establece con el personal de enfermería, y sobre todo que a partir de estos encuentros se abra algún espacio de educación para la salud que explique la importancia y alcances de la detección oportuna de esta enfermedad.

LISTADO DE SIGLAS

CACU	Cáncer cervicouterino
CAMA	Cáncer mamario
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DOC	Detección Oportuna de Cáncer
DOCC	Detección oportuna de cáncer cervical
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INEGI	Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISM	Instituto Sonorense de la Mujer
ISSSTESON	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Sonora
MF	Medicina Familiar
MP	Medicina Preventiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDOCAMA	Programa de Detección Oportuna de Cáncer Mamario
PDOCC	Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SSP	Secretaría de Salud Pública
UMF	Unidad de Medicina Familiar
VPH	Virus del Papiloma Humano

BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes Pego, R. y S. Arjonilla Alday (2003), "Descentralización del sector salud y conflictos del gremio médico en México", *CIESS*, no. 4/5, pp. 91-98 [disponible en <http://www.ciess.org.mx/produccionEditorial/pdfs/Revista4-5.pdf>].
- Alexander, J. *et al.* (comp.) (1992), *El vínculo micro-macro*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Alexander, J. (1994), *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra mundial. Análisis multidimensional*, Espana, Gedisa.
- Álvarez, G. (2005), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, Sonora, El Colegio de Sonora.
- Alves, S. y M. C. M. Rabelo (2000), "Experiencia de Doença e Narrativa", citado en R. Castro, *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, p. 139.
- Arillo Santillán, E. *et al.* (2000), "El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención de cáncer cervical. Alternativas de educación médica", *Salud Pública de México*, vol. 42, no. 1, pp. 34-47.
- Belmartino, S. *et al.* (1992), *Mujer y servicios de salud. Una perspectiva crítica*, Argentina, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Berger, P. y Luckmann T. (1970), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortú.
- Braun, V. y N.Gavey, (1999), "'Bad Girls' and 'Good Girls'? Sexuality and Cervical Cancer", *Women's Studies International Forum*, vol. 22, no. 2, pp. 203-213.
- Bronfman, M. (1996), "Servicios de salud y salud de la mujer en el contexto de la globalización", *The Americas Program: Demographic and Health Implications of Economic Integration*, pp. 36.

- Bronfman, M., S. Lerner y R. Tuirán (1984) *Mortalidad y sociedades agrarias , Consecuencias socioeconómicas del cambio en la mortalidad en las sociedades agrarias*, México DF, El Colegio de México., [disponible en acervo Tijuana1].
- Bruner, E. M. (1986), "Experience and Its Expressions", en V. y. B. E. M. Turner (eds.), *The Anthropology of Experience*, Illinois, pp. 3-29.
- Butler, P. A (2004), "Cervical cancer prevention: screening still the only option", *Progress in Reproductive Health Researach*, no. 65, pp. 8.
- Calnan M, R. *et al.* (1995), "Beliefs and Attitudes as Determinants of Cervical Cancer Screening: A Community-Based Study in Singapore", *Preventive Medicine*, vol. 24, pp. 134-141.
- Camberos C., M. (1994), "La pobreza en Sonora: Los límites de la modernización", *Estudios sociales. Revista de investigación del noroeste*, vol. 5, no. 9, pp. 168-193.
- Cartwright, E., G. Salazar y M. d. C. Castro (2004), "'Soy muy mujer'. Percepciones del cáncer cervicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona", en C. A. Denman, J. Monk y N. Ojeda de la Pena (eds.), *Compartiendo historias de fronteras. Cuerpos géneros, generaciones y salud*, Hermosillo, Sonora, El Colegio de Sonora, pp. 181-209.
- Castañeda Iniguez, M. S., R. Toledo Cisneros y M. Aguilera Delgadillo (1998), "Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas", *Salud Pública de México*, vol. 40, no. 4, pp. 330-338.
- Castro, M. d. C. y G. Salazar (2001), *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: Un estudio en Hermosillo, Sonora*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Castro, R. (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, Morelos, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- Castro V., M. d. C. y G. Salazar Antúnez (2000), *Salud reproductiva en Sonroa: un estudio exploratorio*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Castro Vásquez, M. d. C. y G. Salazar Antúnez (1998), "Salud reproductiva en Sonora: De la mirada estadística a la voz de las mujeres", en M. d. R. Palacios Esquer, R. Román Pérez y J. A. Vera Noriega (comps.), *La modernización contradictoria*, Guadalajara, CIAD, Universidad de Guadalajara, Instituto Tecnológico de Sonora, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, SEMARNAP, pp. 399-413.
- Dachs, J. N. W. *et al.* (2002), "Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in welve countries", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, no. 5/6, pp. 335-355.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (1999), "Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección", *Salud Pública de México*, vol. 41, no. 2, pp. 124-129.
- Denman, Catalina A. (2001), *Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México*, Michoacán, El Colegio de Michoacán. Tesis del Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Michoacán.
- Denman, C. A. *et al.* (1999), "The Problem of Invasive Cervical Cancer along the US-México Border: Planning and Implementation of a Bi-national Research Project", *Women & Cancer*, vol. 1, no. 5, pp. 45-50.
- Denman, C. A., J. Monk y N. Ojeda de la Pena (eds.) (2004), *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*, Hermosillo, Sonora, El Colegio de Sonora.
- Durkheim, E. (1995), *Las formas elementales de la vida religiosa*, México, Ediciones Coyoacán.
- Elu, Ma. D. C. (ed.) (1998), *Cáncer cérvico uterino*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos en México.

- Escandón Romero, C., J. Escobedo de la Pena y O. G. Martínez Montánez (2000), "Epidemiología del cáncer del cuello uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en P. Alonso de Ruiz, E. C. Lazcano Ponce y M. Hernández Ávila, *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, México, Panamericana, Facultad de Medicina, UNAM, INSP.
- Figueroa Perea, J. G. (2002), "Elementos para analizar dilemas éticos generados en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva", en F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (comps), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: Métodos, análisis y ética*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 481-503.
- Fisher, S. (1995), *Nursing Wounds: Nurse Practitioners, Doctors, Women Patients, and the Negotiation of Meaning*, Nueva Jersey, Rutgers University Press.
- Flisser, A., F. García-Malo y M. d. I. A. Canepa (2002), "Implementation and Evaluation of a National External Quality Control Program for Cervical Cytology in Mexico", *Salud Pública de México*, vol. 44, no. 5, pp. 431-436.
- Flores, Y. (2002), "Design and Methods of the Evaluation of an HPV-based Cervical Cancer Screening Strategy in Mexico: The Morelos HPV Study", *Salud Pública de México*, vol. 44, no. 4.
- Freeman, H. E., S. Levine y L. G. Reeder (comps) (1998), *Manual de sociología médica*, (cuarta ed.), México, FCE.
- Freidson, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- Giddens, A. (1998), *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona, Península.
- Giddens, A. (2000), *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*, España, Taurus.
- Giuliano, A. *et al.* (2001), "Design and Results of the USA-Mexico Border Human Papillomavirus (HPV), Cervical Dysplasia, and *Chlamydia trachomatis* Study", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 9, no. 3, pp. 172-181.

- Giuliano, A. *et al.* (2001b), "Human Papillomavirus Infection at the United States-Mexico Border: Implications for Cervical Cancer Prevention and Control", *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 10, pp. 1129-1136.
- Gómez Gómez, E. (2002), "Equidad, género y salud: retos para la acción", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, no. 5/6, pp. 454-462.
- Guba, E. G. y Y. S. Lincon (2000), "Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa", en C. A. Denman y J. A. Haro (comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Gómez Dantés, H., J. Vázquez Martínez, y S. Fernández Cantón (2003), *Detección de Cáncer Cérvico Uterino en las mujeres derechohabientes del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000*, México, D.F., IMSS [disponible en http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Doc%5Cdoctec%5Ccancer%5CSCDo_14.pdf].
- Gómez-Jauregui, J. (2001), "Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental", *Salud Pública de México*, vol. 43, no. 4, pp. 279-288.
- Haro, J. A. (2000), "Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 101-162.
- Hernández Hernández, D. M. *et al.* (2001), "Cáncer de cuello uterino: Factores sociales, clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras", *Revista Médica*, vol. 39, no. 4, pp. 325-318.
- Hernández-Pena, P. *et al.* (1997), "Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino", vol. 39, no. 4, pp. 379-387____.
- Herzlich, C. (1973), "Health and Illness. A Social Psychological Analysis", *New York, Academic Press*.

Hiriart, B. y M. Del Puerto (eds.) (1997), *El aliento y los pasos: festejando diez años de Sipam*, México D.F., SIPAM.

IMSS, *Nace la seguridad social*, http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS/IMSS_HIS/Nac_001_2003_12.html [Fecha de consulta: 2005]. .

IMSS (1995), *Programa de prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino. Evaluación 1989-1994*. Sonora, Hermosillo, IMSS.

IMSS, Dirección General y Dirección de Prestaciones Médicas (1998), "Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino", *Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino*.

IMSS, U. d. S. P. Dirección de Prestaciones Médicas, y Coordinación de Programas Integrados (2005), "Disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en el IMSS: Factores atribuibles, Conferencia presentada en XI Congreso de Investigación en Salud Pública", Conferencia presentada en XI Congreso de Investigación en Salud Pública.

IMSS, Dirección General y Dirección de Prestaciones Médicas (1998b), "Guía de comunicación educativa", IMSS, *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

----- (1998c), "Guía para la detección", (IMSS), *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

----- (1998g), "Guía para la vigilancia epidemiológica", en (IMSS), *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

----- (1998a), "Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino", (IMSS), *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

- INEGI (1999), *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*, Aguascalientes, INEGI.
- INEGI (2000b), *XII Censo general de población y vivienda 2000. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliado*, Aguascalientes, INEGI.
- (2001), *XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados preliminares*, México, INEGI.
- INEGI, & Barco Regional de Consulta (BARCO), *Pirámide poblacional, Sonora 2000*, <http://www.colson.edu.mx/barco/default.htm> [Fecha de consulta: 2003].
- INEGI y ISM (2002), *Las mujeres en Sonora*, México, INEGI.
- Jasis Silberg, M. (1997), "La relación entre usuarias y proveedores de salud reproductiva...¿Diálogos de sordos? Un estudio de caso en Baja California Sur", en M. d. C. Elu (ed.), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 179-199.
- Jodelet, D. (1999), "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", S. Moscovici, *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona, Paidós, pp. 469-494.
- Kleinman, A. (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*, Londres, Basic Books.
- Kleinman, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture; An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Londres, University of California Press.
- Koutsky, L. A. *et al.* (2002), "A Controlled Trial of a Human Papilloman Virus Type 16 Vaccine", *The New England Journal of Medicine*, vol. 347, no. 21, pp. 1645-1651.
- Kuhn, T. S. (1971), *La estructura de las revoluciones científicas*, (6a. ed.), México, Fondo de Cultura Económica.

- Lazcano-Ponce, E. *et al.* (2003), "Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development", *Salud Pública de México*, vol. 45, No. suplemento 3, pp. 449-462.
- Lazcano Ponce, E. C. *et al.* (2000), "Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer del cuello uterino", P. Alonso de Ruiz, E. C. Lazcano Ponce y M. Hernández Ávila (coords.), *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, México, Panamericana, UNAM, INSP, pp. 175-186.
- Lazcano Ponce, E. C. *et al.* (1995), "Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México", *Revista de Investigación Clin.*, vol. 47, no. 5, pp. 377-385.
- Lazcano Ponce, E. C. *et al.* (1999), "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos", *Salud Pública de México*, vol. 41, no. 4, pp. 278-285.
- Lazcano Ponce, E. C. *et al.* (1996), "Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional", *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 42, no. 3, pp. 123-140.
- Lazcano Ponce, E. C. *et al.* (1996), "Mortality from Cervical Carcinoma in Mexico. Impact of Screening 1980-1990", *Acta Cytologica*, vol. 40, no. 3, pp. 506-512.
- Luengo, E. (1991), *Problemas metodológicos de la sociología contemporánea*, México DF, Universidad Iberoamericana.
- Mandelblatt J, *et al.* (1995), "Beliefs and Attitudes as Determinants of Cervical Cancer Screening: A Community-Based Study in Singapore", *Preventive Medicine*, vol. 24, pp. 134-141.
- McCaughan, E. y K. Parahoo (2000), "Attitudes to Cancer of Medical and Surgical Nurses in a District General Hospital", *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 4, no. 3, pp. 162-170.

- Menéndez, E. L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México DF, CIESAS [disponible en PAG].
- (1988), "Antropología médica: Orientaciones, tendencias y omisiones", en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y UAM-Unidad Iztapalapa, *Teoría e investigación en antropología social mexicana*, México, Cuadernos de la Casa Chata, pp. 109-142.
- (1994), "De la representación a la práctica. Atención primaria o primer nivel de atención", S. Doode y E. P. Pérez (comps.), *Sociedad, economía y cultura alimentaria*, México DF, CIAD, CIESAS.
- (1997), "El Punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad", *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, vol. XVIII, no. 69, pp. 237-270.
- (1998), "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, vol. XVI, no. 46, pp. 37-67.
- (1997), "Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología social", *Nueva Antropología*, vol. 16, no. 52, pp. 9-37.
- Menéndez, E. L. y R. B. Di Pardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, México DF, CIESAS.
- Módena, M. E. (1992), "Instituciones, médicos y paramédicos", en R. Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, UAM, Instituto Mora, pp. 43-68.
- Módena, M. E. (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, D.F., Ediciones de la Casa Chata.
- Montiel Carbajal, M., L. Urquidi Trevino y A. Gálvez (1999), "Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama", *Psicología y salud*, vol. 14, pp. 43-49.
- Muñoz, O. et al. (eds.) (2003), *Economía de la salud*, México, DF, IMSS.

- Muriedas, P. (1997), "Estrategias de las organizaciones de mujeres para elevar la calidad de la atención en los servicios de salud en México", en M. d. C. Elu, *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 105-113.
- Muñoz, N. y F. X. Bosch (1996), "Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 121, no. 6, pp. 550-566 .
- Muñoz, N. y X. Bosch (2000), "Cáncer del cuello uterino y virus del papiloma humano: Evidencia epidemiológica y perspectivas de prevención", P. Alonso de Ruiz, E. C. Lazcano Ponce y M. Hernández Ávila (coords.), *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, México DF, Panamericana, UNAM, INSP, pp. 143-153.
- Módena, M. E. (1999), "Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. La construcción de la desalcoholización", en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*, México DF, Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 383-402.
- Módena, M. E. (1986), "Hegemonía y subalternidad en la cultura popular de la salud", en , *Anales*, México DF, pp. 343-356.
- (1992), "Instituciones, médicos y paramédicos", en R. Campos (comp.), *La antropología médica en México* , México DF, UAM, Instituto Mora, pp. 43-68.
- Núñez Noriega, G. (1994), "Las prácticas", en *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*, Hermosillo, Colegio de Sonora, Universidad de Sonora, pp. 215-283.
- Ojeda de la Peña, N. (1987), *Reflexiones sobre la perspectiva de curso de vida en el análisis del ciclo vital familiar (una propuesta de estudio en el caso de México)*, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias No. 10.

- Organización Panamericana de la Salud (2004b), *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*, Washington, DC, OPS.
- Organización Mundial de la Salud (1985), *Primary Prevention of Cervical Cancer*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud *et al.* (2004a), "Cervical Cancer prevention: screening still the only option", *Progress in Reproductive Health Research*, no. 65, pp. 8.
- Organización Panamericana de la Salud (1998b), *La salud en las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- (1998c), "La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 4, no. 3, pp. 211-217.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1999), *Metodología para la verificación de la cobertura de los servicios de salud a 'Población Abierta' en México*, México DF, OPS//OMS.
- Osorio Carranza, R. M. *et al.* (1988), "La interrelación de la medicina 'tradicional' y 'científica'. Monografía epidemiológica y de servicios de salud".
- Osorio Carranza, R. M. (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México DF, INI, CIESAS, CONCAULTA, INAH.
- Osorio, Rosa María (1994), *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, [tesis de maestría], México DF, Escuela Nacional de Antropología e Historia
- Parsons, T. (1982), "Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna", en *El sistema social*, Madrid, Alianza Universidad, pp. 399-444.
- Peluffo, M. (2003), *Revoluciones conceptuales en Patología Cervical: Análisis causal de sus cambios en el primer siglo*, Argentina, Ascune.

- Ratcliffe, J. y A. González del Valle (2000), "El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual", en C. A. Denman y J. A. Haro (comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, pp. 57-111.
- Robles, E., E. Perdiguero y J. Bernabeu (2000), "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y epidemiología históricas", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 42-54.
- Robles, S. C. (1998), "Epidemiología del cáncer cérvico uterino en las Américas", en M. d. C. Elu (ed.), *Cáncer cérvico uterino*, México DF, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 15-23.
- (1996), "Tamizaje del cáncer de cuello de útero: Presentación del número monográfico", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 121, no. 6, pp. 473-477.
- Robles, S. C., F. White y A. Peruga (1996), "Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 121, no. 6, pp. 478-490.
- Rocha Rivero, Gloria Isabel (1995), *Las representaciones sociales de la enfermedad: Una mirada sociológica a la perspectiva legal*, [tesis doctoral], México DF, El Colegio de México.
- Rodríguez Salazar, T. (2001), "Breve exposición de la teoría de las representaciones sociales", en , *Las razones del matrimonio*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, CUCSH, pp. 38-86.
- Romero Cancio, J. A., H. Guiscafré y M. A. Santillana Macedo (1997), "Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar", *Revista Médica del IMSS*, vol. 35, no. 3, pp. 227-232.
- Rosaldo, R. (1991), "La erosión de las normas clásicas", en , *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México DF, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo, pp. 35-51.

Salas Valenzuela, Monserrat (1998), *'Flojita, Flojita': Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*, [tesis de maestría], Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social [disponible en <37 Dirección electrónica>].

----- (1999), "La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal", en S. González Montes (coord.), *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México DF, El Colegio de México, pp. 173-193.

----- (1997), "Una vez más: ¿Cuál es la perspectiva de género en la calidad de la atención médica?", en M. d. C. Elu (ed.), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México DF, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 53-60.

Salmerón Castro, J. *et al.* (1997), "Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995", *Salud Pública de México*, vol. 39, no. 4, pp. 266-273.

Salmerón Castro, J., E. C. Lazcano Ponce y M. Hernández Ávila (1996), "Programa de detección oportuna de cáncer en instituciones de seguridad social. Una alternativa organizacional", *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 42, no. 3, pp. 159-165.

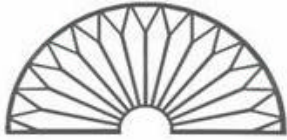
Sánchez-Alemán, M. A., F. Uribe-Salas y C. J. Conde-González (2002), "La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiante universitarios", *Salud Pública de México*, vol. 44, no. 5, pp. 442-447.

Scheper Hughes, N. (1998), "Culture, Scarcity and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown", en P. J. Brown (comp.), *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Mountain View, Mayfield, pp. 375-388.

Scheper-Hughes, N. (1992), *Death Without Weeping*, Berkeley, University of California Press

- Scheper-Hughes, N. (1994), "Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology", en R. Borofsky (ed.), *Assessing Cultural Anthropology*, Nueva York, McGraw-Hill, pp. 229-242 [disponible en Colson Biblioteca].
- Secretaría del Trabajo y Prevención Social STPS (2005), *Salarios Mínimos Generales por áreas geográficas* [http://www.conasami.gob.mx/estadisticas/docs/Sal_ag_64_2005.pdf], [Fecha de consulta: 2005]. .
- Seow, A. *et al.* (1995), "Beliefs and Attitudes as Determinants of Cervical Cancer Screening: A Community-Based Study in Singapore", *Preventive Medicine*, vol. 24, pp. 134-141.
- SSA (2002), *Anuario estadístico 2002*, Hermosillo, [disponible en www.salud-sonora.gob.mx].
- SSA, *Cobertura* [En línea], [Fecha de consulta: 2005].
- SSA (1994), *Compendio de morbilidad por cáncer cervicouterino 1975-1992. Resultados del registro nacional de cáncer*, México DF, Secretaría de Salud.
- SSA (1985), *Descentralización al Distrito Federal*, México, Secretaría de Salud.
- SSA (1997), *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*, México, Secretaría de Salud.
- SSA (1985), *Descentralización municipal*, México, Secretaría de Salud.
- SSA (1994), *Encuesta nacional de salud II*, México, Secretaría de Salud.
- SSA (1998), *Norma oficial para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino*, México DF, Diario Oficial.
- (2002a), *Programa de acción: Cáncer cérvico uterino*, México DF, Secretaría de Salud.
- (2002), *Salud: México 2001*, México DF, SSA [disponible en www.salud.gob.mx].

- SSA et al. (2005), "Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino: Sonora, julio 2005", *Capacitación a personal de enfermería Domingo Olivares*, Centro de Salud Domingo Olivares, julio, 2005.
- SSA et al. (2004), *Información para la rendición de cuentas México, Salud 2003*, México DF, Secretaría de Salud.
- SSA y OPS (1990), *Sistemas locales de salud, México. Desarrollo de jurisdicciones sanitarias tipo*, México DF, OPS.
- SSA, Subsecretaría de prevención y protección de la salud, y Dirección General de Salud Reproductiva (2002b), *Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino: Boletín Caminando a la Excelencia: Indicadores y metodología*, México.
- SSA, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva (2003), *Mortalidad por cáncer cérvico uterino según entidad federativa y municipio, 2001 Nacional*, México, DF.
- SSP, Sonora (2003), *Anuario estadístico de Sonora*, México, INEGI.
- Villoro, L. (2002), *Creer, saber, conocer*, (2002 ed.), México, Siglo XXI.
- West, C. (1984), "When the Doctor is a Lady: Power, Status and Gender in Physician-Patient Encounters", *Symbolic Interaction*, vol. 7, no. 1, pp. 87-106.
- Wright, P. y A. Treacher (1982), "Introduction", en P. Wright y A. Treacher (eds.), *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press, pp. 1-21.
- Zolla, C. y A. M. Carrillo (1998), "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en J. G. Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 167-198



EL COLEGIO DE SONORA

No. Cédula:

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Estimada señora:

El Programa de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora está realizando un trabajo de investigación en esta Unidad de Medicina Familiar buscando comprender de qué manera entendemos las mujeres el cuidado de la salud y la enfermedad.

El proyecto de investigación se titula “Representaciones y prácticas relacionadas con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino de mujeres derechohabientes en Unidades de Medicina Familiar del IMSS en Hermosillo, Sonora”, y será la tesis del doctorado en Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de la M. en C. Patricia Aranda G. El objetivo principal de la investigación es entender los problemas a los que nos enfrentamos las mujeres para asistir al papanicolaou.

Si acepta, le pediremos contestar algunas preguntas y posiblemente permitirnos que quien firma esta carta, le acompañe en el interior del consultorio en donde se toma el Papanicolaou, finalmente le pediremos después alguna información sobre su percepción del servicio que recibió. Usted puede decirnos en cualquier momento que no desea participar y respetaremos su decisión. No habrá en ningún momento consecuencia alguna para su atención presente o futura.

La información que nos de será confidencial, los datos de identidad que proporcione no serán utilizados en los reportes de trabajo ni en las publicaciones. Con el estudio esperamos contribuir al análisis sobre los servicios médicos desde el punto de vista de las mujeres.

Cualquier duda que tenga, con mucho gusto la aclararemos, puede localizarnos en esta Unidad o en los teléfonos que aparecen en la copia que le entregamos.

Agradecemos su atención de antemano y le pedimos que si está de acuerdo en participar en el estudio, firme esta carta para contar con su permiso.

M. en C. Patricia Aranda
Profesora, investigadora de El Colegio de Sonora
Programa Salud y Sociedad

Firma de la Sra.

¿Quiénes tienen más probabilidades de desarrollar cáncer?

Las mujeres:

- Que tienen entre 25 y 65 años.
- Quienes han tenido muchos partos vaginales.
- Que iniciaron su vida sexual a temprana edad.
- Cuando ellas o sus parejas han tenido múltiples parejas sexuales.
- Quienes se les haya detectado el Virus del Papiloma Humano (VPH).
- Quienes no consumen alimentos como hígado, pescado, mantequilla, tomate, coliflor, plátano (folatos, vitaminas A, C y E).
- Que fuman.
- Que tiene familiares directos a quienes les haya dado cáncer (herencia).
- Quienes no se han practicado el Papanicolaou con regularidad, y el cáncer no se detecta a tiempo.



¡Vale la pena cuidarnos!

¿Cómo se hace la prueba del Papanicolaou?

La prueba toma unos minutos. Te acostas en la camilla y la enfermera o médico(a) te toma una muestra del cérvix y vagina, la cual será enviada al laboratorio.



¿Cada cuánto es necesario hacerlos el Pap?

Si es la primera vez que lo haces, los resultados serán necesarios que vuelvas. Si ya has hecho la prueba con que frecuentemente necesitas hacerla la prueba.



EL COLEGIO DE SONORA
Programa Salud y Sociedad

Av. Obregón 54, entre Yáñez y Garmendia,
Col. Centro, 83000, Hermosillo, Son.
MEXICO

Teléfono, conmutador: 01 (662) 212 65 51
Directo a Salud: 01 (662) 212 52 92
Fax: 01 ((662) 212 50 21
Correo electrónico: pag@colson.edu.mx

El cáncer de cuello de la matriz se puede curar si se detecta a tiempo



1. Para saber si hay células que hayan iniciado cambios que podrían indicar un cáncer, se toma una muestra de células de la vagina y del cuello de la matriz. Este tipo de prueba se llama Papanicolaou (Pap).
2. Para detectar cambios en las células que podrían indicar un cáncer, se toma una muestra de células de la vagina y del cuello de la matriz. Este tipo de prueba se llama Papanicolaou (Pap).

Con el Papanicolaou

Nuestro cuerpo sigue siendo un hermoso misterio para muchas de nosotras, te invitamos a conocerlo un poco más.



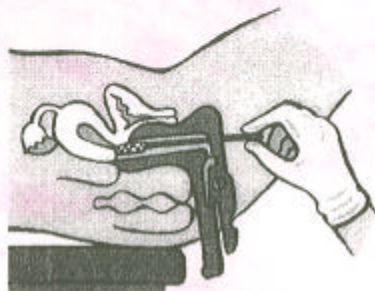
¡Vale la pena cuidarnos!

¿Para qué sirve el Papanicolaou?

1. Para saber si hay células que hayan iniciado cambios que pudieran indicar alguna etapa preliminar de cáncer.
2. Para detectar cambios en las células asociados a la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH).
3. Para conocer si hay úlceras, inflamaciones o infecciones.

¿Cómo se hace la prueba del Papanicolaou?

La prueba toma unos minutos. Te acuestas en la camilla y la enfermera o médico(a) te toma una muestra del cérvix y vagina, la cual será enviada al laboratorio.



¿Cada cuánto es necesario hacernos el Pap?

Si es la primera vez que te lo haces, y los resultados salen bien, será necesario que vuelvas un año después. Si de nuevo todo está bien, pregunta a tu médico con qué frecuencia necesitas hacerte la prueba.



Haz tu cita para un Papanicolaou

¿Hay algún síntoma que nos ayude a saber si tenemos cáncer?

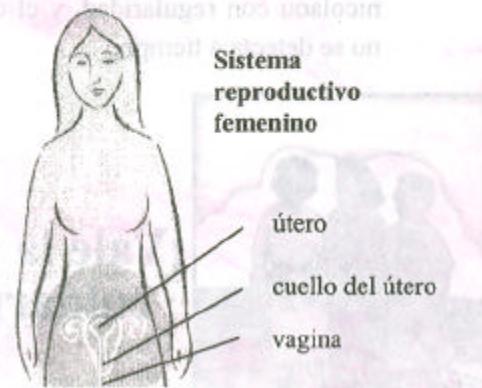
Comienza sin que te des cuenta. Puede ser que por varios años avance lentamente y no lo notas por que no causa molestia ni dolor.

Cuando es así, la única forma de descubrirlo a tiempo es haciéndote la prueba del Papanicolaou.

Hay algunos síntomas cuando el cáncer es avanzado como:

- Hemorragias vaginales.
- Dolor abdominal o en las relaciones sexuales.
- Tumores (bolitas).

Si presentas alguno(s), no te alarmes, porque los síntomas pueden deberse a otras causas. Consulta a tu médico si notas cambios en tu cuerpo.



Sistema reproductivo femenino

útero
cuello del útero
vagina

Anexo 3. Cuestionario

1. Número de cédula	1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. UMF No.	2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Turno	1. Matutino	2. Vespertino	3.	<input type="text"/>
4. Fecha:	4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datos Generales				
5. ¿En qué colonia vive?	5.	<input type="text"/>		
6. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esta colonia? <i>Anote años, si es menos ponga 0</i>	6.	<input type="text"/>		
7. ¿Quiénes viven en su casa? <i>Ponga a la derecha el número de familiares con quienes vive</i>				
1) Ella		<input type="text"/>		
2) esposo		<input type="text"/>		
3) padre		<input type="text"/>		
4) hermano (s)		<input type="text"/>		
5) madre		<input type="text"/>		
6) suegra		<input type="text"/>		
7) cuñado		<input type="text"/>		
8) hijos		<input type="text"/>		
9) otro _____	7.	<input type="text"/>		
8. Anote el total	8.	<input type="text"/>		
9. ¿Cuántos cuartos se usan para dormir en su casa?	9.	<input type="text"/>		
10. ¿En dónde nació Ud.?	Mpio	10a	<input type="text"/>	
	Localidad	10b	<input type="text"/>	
11. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Hermosillo? <i>(en años) Si ha vivido aquí siempre anotar el mismo dato de la edad</i>	11.	<input type="text"/>		
12. ¿Cuántos años tiene Ud.? <i>Edad en años</i>	12.	<input type="text"/>		
13. ¿Cuál es su estado Civil ahora?	13.	<input type="text"/>		
1) Soltera				
2) Casada				
3) Unión Libre				
4) Viuda				
5) Divorciada/separada				

14. ¿Cuántos años estudió Ud.?	14.	<input type="text"/>
15. ¿Cuántos años estudió su esposo?	15.	<input type="text"/>
16. ¿Han tenido hijos?	16.	<input type="text"/>
1. Sí	2. No	
<i>Si la respuesta es no, pasar a la pregunta No.22</i>		
17. ¿Cuántos hijos tiene?	17.	<input type="text"/>
18. ¿A qué edad tuvo a su primer hijo?	18.	<input type="text"/>
19. ¿Qué edad tiene el mayor de sus hijos?	19.	<input type="text"/>
20. ¿y el menor?	20.	<input type="text"/>
21. ¿Cuántos de los partos fueron "normales"(vaginales)?	21.	<input type="text"/>
22. ¿Trabaja fuera del hogar?	22.	<input type="text"/>
1. Sí	2. No	
23. ¿En qué trabaja?	23.	<input type="text"/>
<i>Anotar si es sector:</i>		
1) <i>primario(campo y pesca)</i>		
2) <i>secundario(industria, minería, construcción)</i>		
3) <i>terciario (servicios y comercio)</i>		
<input type="text"/>		
24. <i>Anote el nombre del lugar donde trabaja:</i>		
<input type="text"/>		
25. ¿Cuántas personas la acompañan hoy?	25.	<input type="text"/>
26. ¿Cuál fue el principal motivo para venir al IMSS hoy?	26.	<input type="text"/>
1) acompañar a un familiar		
2) consulta M.Fam.		
3) Papanicolaou		
4) anticonceptivos		
5) vacunación		
6) Otro		

Experiencia del Pap:

27. ¿Quién le habló por primera vez del Papanicolaou? 27

- 1) médico familiar
- 2) Especialista (ginecólogo)
- 3) enfermera
- 4) trab. Social
- 5) familiar
- 6) amistad
- 7) Cartel/difusion, folletos
- 8)
- 9) Television
- 10) Inv. Centro de Salud
- 11) En el trabajo

28. ¿Sabe cómo se hace el papanicolaou? 28

1. Sí 2. No

29. ¿Qué le han dicho sus amigas o familiares sobre el papanicolaou?

30. ¿Es la primera vez que se hace el Papanicolaou? 30

1. Sí 2. No

Si contesta sí pasar a la No. 40

31. ¿Qué edad tenía usted cuando se hizo el papanicolaou por primera vez? 31

32. ¿En dónde se hizo el papanicolaou la primera vez? 32

- 1) IMSS
- 2) SSA
- 3) Particular
- 4) George Papanicolaou
- 5) Mexfam
- 6) ISSSTE/SON
- 7) Otro

33. Desde esa primera vez, ¿Cada cuánto tiempo se ha hecho la prueba? 33

- 1) cada 6 meses
- 2) cada año
- 3) cada tres años
- 4) Solo una vez
- 5) Solo dos veces
- 6) cada 2 años
- 7) cada 4 años
- 99) no contesta (99)
- Otro _____

34. ¿Hace cuánto que se hizo el último papanicolaou? 34

Escribir años, si son meses poner 0 en años

35. ¿En dónde se lo hizo la última vez? 35

- 1. George Papanicolaou
- 2. ISSSTE
- 3. IMSS, otro lugar
- 4. Centro de Salud, Hospital General, DIF, Materno
- 5. Hospital militar
- 6. Hospital de la mujer
- 7. Este IMSS
- 8. Particular
- 9. Otro _____

36. ¿En alguno de los Papanicolaous que se ha hecho antes, le salió algún problema? 36

1. Sí 2. No 3. No Sabe

Si la respuesta anterior es sí:

37. ¿De qué tipo? 37

- 1) inflamación
- 2) infecciones
- 3) hongos
- 4) displasias
- 5) cáncer
- 6) virus (VPH)
- 7) Otro (anote cual)

38. ¿Por qué no había podido venir antes?

39. ¿Es la primera vez que viene al Pap aquí? 39

1) Sí _____ 2) No _____

40. ¿Cómo se siente ahorita que está esperando entrar al papanicolaou? *Si la señora habla más dejarla y anotar* 40

- 1) tranquila
- 2) confiada
- 3) nerviosa
- 4) muy nerviosa
- 5) temerosa
- 6) avergonzada
- 7) Otro

41. En esta ocasión, ¿quién le solicitó que se tomara el Papanicolaou? 41

- 1) Médico familiar o especialista.
- 2) Prevención (ya le tocaba, hace mucho no se lo hacía y ella solicita el Pap)
- 3) Solicitud de algún familiar
- 4) Asistente
- 5) Otro (anote cuál)

42. ¿Con qué personas de la institución ha hablado hoy? *En orden de encuentro. Si no ha hablado con nadie pasar a la No.45* 42

- 1) Asistente
- 2) Enfermeras
- 3) Médico Familiar
- 4) Trabajadora social
- 5) Secretaria
- 6) Registro
- 7) Otros

43. Dibuje un mapa de su recorrido en la clínica hoy

44. ¿Alguna de ellas le mencionó algo sobre el Papanicolaou? 44

- 1) Sí
- 2) No

45. ¿Quién? 45
Utilizar mismas letras que p.41

46. ¿Ha conocido a alguien con cáncer? 46

1. Sí
2. No

47. *Si es afirmativa la anterior:* ¿En dónde le dio cáncer a esa persona? (*anote*) 47

- 1) Matriz, cérvix
- 2) Mama
- 3) Pulmón
- 4) Piel
- 5) Estómago

48. Hora en que entró al Pap 48

49 **Observaciones:**

Después

1. Número de cédula

50. *Hora de salida del Papanicolaou* 50

51. *Tiempo que duró en total el Papanicolaou* 51

52. *¿Cuánto tiempo hizo desde su casa hasta aquí?* 52

53. *¿Tuvo que hacer cambios en su rutina diaria para venir aquí hoy?*
 1. Sí 2. No 53

54. *¿Qué transporte utilizó para llegar* 54
 1) automóvil
 2) camión, combi
 3) a pié
 4) Otro _____

55. *¿Quién le da el derecho al IMSS?* 55.
 1) Ella es asalariada
 2) Su esposo
 3) Su hijo o hija que trabaja
 4) Es hija de un trabajador
 5) No tiene
 6) Otro _____

56. *¿Tiene la cartilla de la mujer?*
 1. Sí 2. No 56

57. *¿La trajo con Ud.?* 57
 1. Sí 2. No

58. *¿En dónde se la dieron?* 58
 1) IMSS
 2) SSA (H.Gral, C. De Salud, DIF, HIES)
 3) ISSSTE/SON
 4) Hospital Militar
 5) George Papanicolaou
 6) Otro

59. *¿Desde cuándo tiene derecho al IMSS?*
Anote año 59
Si es de ingreso reciente (2000-01) pregunte:
 60. *¿Anteriormente había tenido IMSS?*
 1.Sí 2.No 60

61. *Pensando en toda su vida ¿Cuánto tiempo duró el período más largo en que tuvo el servicio del IMSS? Anote el número de años*
 61

Papanicolaou

62. *¿Cómo se sintió durante el Papanicolaou?*

63. *La experiencia del Papanicolaou fue: (leer opciones)* 63
 1) mejor de lo que esperaba
 2) como lo esperaba
 3) peor de cómo lo esperaba
 4) no contesta
 5) otro

64. *¿Cómo le pareció la atención durante el papanicolaou?* 64
 1) Muy bueno
 2) Bueno
 3) Regular
 4) Malo
 5) Muy malo

65. *¿Le gustaría que la hubiera acompañado alguien de su confianza al Papanicolaou?* 65
 1.Sí 2. No

66. ¿Quién le gustaría que la acompañara? 66

- 1) Mamá/suegra
- 2) hija
- 3) hermana/cuñada
- 4) esposo
- 5) amiga
- 6) otro

67. ¿Quién preferiría que le hubiera tomado la muestra del Pap? *Leer listado* 67

- 1) médico familiar
- 2) médica familiar
- 3) enfermero
- 4) enfermera
- 5) ginecólogo
- 6) ginecóloga
- 7) otro

68. ¿A la mayoría de sus amigas les cuesta trabajo decidirse a hacerse el Papanicolaou? 68

1. Sí 2. No

69. ¿Por qué?

70. ¿Por qué se decidió a venir hoy a hacerse el Papanicolaou hoy? 70

- 1) Solicitud médico familiar
- 2) Prevención; ya me tocaba.
- 3) Alguna molestia o síntomas
- 4) Otro

71. ¿Le comentó a su esposo que vendría a hacerse la prueba hoy? 71

1. Sí 2. No

72. ¿Desde cuándo es necesario que una mujer se haga el Papanicolaou? *No lea, solo marque las opciones que la sra. Señale* 72

- 1) Después de que tiene su primer hijo
- 2) Desde que tiene relaciones sexuales
- 3) Cuando tiene cierta edad (anote cual)
- 4) Empieza menstruación
- 5) No sabe
- 6) Otra:

73. ¿Para qué sirve el Papanicolaou? *No lea, solo marque las opciones que señale* 73

- 1) Para saber si tienes cáncer de matriz
- 2) Para saber si tienes alguna infección
- 3) Para prevenir el cáncer

74. ¿Alguna vez, le explicaron cómo se hace un papanicolaou? 74

- 1) Antes del primer Papanicolaou
- 2) durante el primer papanicolaou le fueron explicando
- 3) nunca, se enteró por su experiencia

75. ¿Quién le explicó estos pasos? 75

- 1) amigas o familiares
- 2) enfermera o médico que tomó la muestra
- 3) Médico familiar
- 4) Investigador
- 5) Otro

76. ¿Le dieron información hoy sobre el papanicolaou y sobre el cáncer de matriz? 76

1. Sí 2. No

77. ¿Qué explicación le dieron?

78. ¿De qué parte de tu cuerpo toman la muestra? 78

- 1) Del cuello de la matriz
- 2) De la vagina
- 3) De mis partes
- 4) No sabe
- 5) No contesta
- 6) Matriz
- 7) Adentro del utero
- 8) Otro

91. Domicilio

92. Teléfono:

93 Hora que sugiere para visitarla 93

94. Entrevistó

95 Rapport
1. Sí 2. No 95

96 Expresión
1. Sí 2. No 96

97 Disposición
1. Sí 2. No 97

98 Hora en que llegó a la UMF

99. Observaciones finales