

80



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

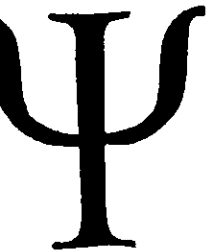
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO ACTITUDINAL DE LAS MUJERES HACIA
LA PRACTICA DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LAURA ELISA FLORES GARCIA

291038

DIRECTORA: MTRA. CORINA CUEVAS RENAUD
REVISORA: LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA



MEXICO, D. F.

ABRIL 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE VIVIR PARA ALCANZAR ESTE SUEÑO Y HACERLO REALIDAD.

A LA VIRGEN DE GUADALUPE, POR ESTAR PRESENTE EN LOS MOMENTOS QUE MÁS LA HE NECESITADO.

A MI MADRE POR DARMER LA VIDA, Y LA CHISPA QUE ELLA TANTO EMITÍA. POR QUE SÉ, QUE DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTRE, SE SENTIRÍA ORGULLOSA DE ESTE LOGRO.

A TI PAPÁ POR ENSEÑARME QUE LAS COSAS SE LUCHAN Y SE GANAN, POR TU APOYO, TU CONFIANZA, POR LA FUERZA Y EL EMPUJE QUE APRENDI DE TI, PERO SOBRE TODO POR SER COMO SOY, COMO TU.

A MI HERMANO, POR QUE SIN TI MI VIDA ESTUVIERA VACÍA. GRACIAS POR ESTAR CONMIGO.

A DOÑA CONSUE, POR SU AMOR, POR SUS DELICIOSAS COMIDAS, Y POR TANTA CALIDEZ.

A DON ATA, POR TANTO CARIÑO.

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A ROGELIO SUAREZ: POR TU EJEMPLO, POR IMPULSARME A SEGUIR ADELANTE, POR TU GRAN APOYO, PERO SOBRE TODO POR TU COMPAÑÍA. GRACIAS.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS TÍOS Y TÍAS, QUE CON SU CARIÑO CRECI CON ELLOS. OFE, GRACIAS POR TU APOYO Y AMOR SIEMPRE.

A LA MTRA. CORINA CUEVAS, POR SU GRAN APOYO INCONDICIONAL, POR SU GRAN PACIENCIA, POR SABER GUIAR A SUS ALUMNOS DE UNA MANERA IMPECABLE, PERO SOBRE TODO POR TU AMISTAD. MUCHÍSIMAS GRACIAS CORINA.

A LA MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA, POR LA ATENCIÓN PRESTADA A ESTE TRABAJO, Y POR LAS HORAS DE CLASE QUE ME BRINDO EN LA UNIVERSIDAD.

A LA LIC. BLANCA REGUERO, POR LAS CORRECCIONES HECHAS A ESTE TRABAJO, POR SU TIEMPO Y MÁS QUE NADA POR SU APOYO. MUCHAS GRACIAS BLANCA.

AL DR. MARCO ANTONIO LOPÁTEGÜI, POR SER EL TESTIGO DE MI CRECIMIENTO Y APOYO FUNDAMENTAL EN LA REALIZACIÓN DE ÉSTE TRABAJO. GRACIAS MARCO.

A MI MUY QUERIDO AMIGO ING. LUIS MARTÍNEZ IBARRA, MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU AYUDA EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO, POR TAN LARGAS HORAS DE APOYO INCONDICIONAL, PERO MÁS QUE NADA GRACIAS POR TAN LINDA AMISTAD.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS AMIGOS QUE A LO LARGO DE MI VIDA HAN ESTADO PRESENTES Y HAN VISTO EL DESARROLLO DE UN MODO O DE OTRO, DE ESTE TRABAJO, PERO SOBRE TODO POR SU AMISTAD. A TI JACQUELINE, POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO.

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I. INVESTIGACIONES EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO	
	7
1.1 Investigaciones realizadas en México	9
1.2 Investigaciones realizadas en Latinoamérica y el Caribe	19
1.3 Investigaciones realizadas en otros países	21
1.4 Investigaciones realizadas en Estados Unidos de Norteamérica	23
CAPÍTULO II. ACTITUDES	26
2.1 ¿Qué son las actitudes?	26
2.2 Modificación de actitudes	35
2.3 Medición de actitudes	44
2.3.1 Confiabilidad y validez de los cuestionarios	47
2.4 Actitudes hacia la prueba del Papanicolaou	48
2.5 Actitudes hacia el cáncer	48
CAPÍTULO III. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO, FENOMENOLOGÍA Y ETNOMETODOLOGÍA	51
3.1 Interaccionismo simbólico	51
3.1.1 El pragmatismo y el conductismo psicológico	51
3.1.2 Análisis dramaturgico. (La vida como en el teatro)	55
3.2 Fenomenología	57
3.3 Etnometodología	60
3.3.1 Metodología	62
3.4 La entrevista a profundidad	63
3.5 Fenomenología, disonancia cognoscitiva y la mujer ante la salud	66
3.5.1 Explicación del diagrama (Anexo # 1) de la Mujer y su relación con la salud en México	67
3.5.2 Explicación del diagrama (Anexo # 2) Mujer, cuerpo y persona	71
3.5.3 Relato de vida	72
3.5.4 Análisis del relato de vida expuesto anteriormente	73
3.5.5 Método	77
METODO	78
HIPÓTESIS	80
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	86
ANÁLISIS DE RESULTADOS	87
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	92
ANÁLISIS INFERENCIAL	96

CONCLUSIÓN	107
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	111
BIBLIOGRAFÍA	113
REFERENCIAS DE PÁGINAS EN INTERNET	117
ANEXO # 1 MUJER Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN MÉXICO	118
ANEXO # 2 MUJER, CUERPO Y PERSONA	119
ANEXO # 3 CUESTIONARIO DE SONDEO "A"	120
ANEXO # 4 CUESTIONARIO DE SONDEO "B"	123
ANEXO # 5 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS	126
ANEXO # 6 PROPUESTA DE UN PROGRAMA INFORMATIVO Y DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU	127
ANEXO # 7 INFORMACIÓN ACERCA DEL CÁNCER	135
ANEXO # 8 ACTITUD GENERAL HACIA EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU	180

INTRODUCCIÓN

En el mundo se presentan cada año, más de 6 millones de muertes por algún tipo de neoplasia maligna. De igual modo se presume que cerca de 20 millones de personas presentarán algún tipo de cáncer anualmente, por lo que dentro de 25 años se podrían presentar 15.5 millones de nuevos casos anuales. (Salud Pública de México Julio-Agosto.1997 Vol. 39/Nº 4). Para dar a conocer algunas de las características del cáncer, se presenta en el anexo # 7, información acerca de éste padecimiento.

En todo el desarrollo de la evolución de la medicina surgieron diferentes especialidades, de acuerdo a las enfermedades y situaciones particulares que lo necesitaban y por supuesto, la medicina del cáncer no podría ser la excepción, por lo que surgió la oncología que es el estudio de las enfermedades neoplásicas (enfermedad en la que una célula madre sufre un cambio genético de naturaleza tal, que se multiplica ilimitadamente). (Diccionario médico familiar, 1981).

La mayoría de las personas piensan que el cáncer es un solo tipo de enfermedad, más el término cáncer no es unívoco pues abarca más de 200 tipos de enfermedades diferentes. La enfermedad se desarrolla en cualquier tipo de célula o tejido; sangre, piel, glándulas u órganos, en cualquier edad pudiendo invadir en forma característica tejidos vecinos por extensión directa o diseminarse a través del organismo por vasos linfáticos o sanguíneos.

Las características e incidencia de una enfermedad maligna varían con: el sexo, edad, raza y ubicación geográfica. Las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer que los hombres, en el sexo femenino las neoplasias más comunes son: mama, colon, útero y piel.

La causa exacta del cáncer permanece sin ser determinada y aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer, entre las células normales y cancerosas han sido determinadas pocas diferencias metabólicas.

“Las presentaciones típicas del cáncer son un bulto o nódulo en cualquier parte del cuerpo, particularmente si es indoloro y aumenta el tamaño lentamente, presencia de hemorragia en orificios, dolor recurrente inexplicable, fiebre recurrente, continua pérdida de peso, infecciones repetidas que pueden o no mejorarse con antibióticos, en cuyo caso ameritan un examen físico y una aclaración” (Pimentel, 1995). Estos son signos de la enfermedad del cáncer; desgraciadamente el temor al diagnóstico de cáncer, puede ser una barrera que demore al paciente para consultar al médico.

Todo médico debe saber interrogar al paciente, sobre todo cuando se trata de lesiones localizadas. Un constante estado de alerta logrará diagnosticar la enfermedad oculta en el paciente asintomático. En este estado la terapia será exitosa en la mayoría de los casos. Es importante lograr una detección temprana.

El cáncer es una de las enfermedades que preocupan de manera impactante a todos los seres humanos a finales de este siglo. Es un problema de salud pública que atañe a

todos, ya que en la mayoría de los hogares mexicanos encontramos algún miembro padeciendo o que ha padecido de esta enfermedad, o peor aún que ha fallecido a causa de ésta.

Existe una gran evidencia de que los servicios preventivos han llegado a ser la más alta prioridad en salud en los países. Actualmente el control del cáncer en México, debe ser una política de salud, en la que la premisa debe ser que el estado imponga la prevención sobre la práctica. (Lazcano y Hernández, 1997).

El cáncer cervicouterino ha roto barreras en México, por la falta de información, por necesidad de las mujeres, por ignorancia, por pena o miedo, las mujeres no se realizan adecuadamente el examen del Papanicolaou, que es la prueba citológica para detectar alguna alteración en el cuello del útero que posteriormente, si no se trata adecuadamente puede avanzar hacia un cáncer.

La herramienta más poderosa que tenemos en cuanto a prevención es el examen del Papanicolaou, pero la barrera más potente para no llevar a cabo la prevención son precisamente las mujeres, por no realizarse examen. Esta falta de asistencia a los centros de salud por parte de las mujeres, son precisamente las implicaciones que tienen según sus vivencias y creencias.

Se dice que las mujeres no se practican el examen, pero: ¿Qué es lo que realmente a las mujeres les impide la práctica?. En el capítulo III, se presenta la revisión teórica del interaccionismo simbólico y fenomenología. Con la ayuda de dichas teorías se realizó un análisis de la relación y las implicaciones que tienen las mujeres con sus hábitos de salud, con los médicos y con ellas mismas. Así entonces, en la parte de resultados se presenta el análisis y las causas por las cuales las mujeres no se realizan el examen.

En la presente investigación se presentaron 2 cuestionarios acerca de las actitudes de las mujeres ante la práctica del examen del Papanicolaou, en donde se obtuvieron datos importantes acerca de su percepción ante la práctica. Del mismo modo se realizaron 2 diagramas y una entrevista a profundidad, en donde se trata de explicar la relación que existe entre las implicaciones sociales y la mujer mexicana.

Asimismo se realizó a manera de bosquejo, una propuesta de un programa informativo y de sensibilización para la realización del examen del Papanicolaou, en donde se presentan aspectos que debería de contener un programa para ponerlo en marcha.

Del mismo modo se presenta en el anexo # 7 información acerca del cáncer, su etiología, sus estadios, se describe también el cáncer cervicouterino, el examen del Papanicolaou, prevención del cáncer y la epidemiología del cáncer cervicouterino en México. Esta información se presenta a manera de datos informativos, para dar un mayor conocimiento de lo que es el cáncer y sus implicaciones.

El camino para combatir el cáncer cervicouterino, es arduo, pero se espera que a través de los datos presentados en esta investigación sean una herramienta útil para tal propósito.

CAPÍTULO I. INVESTIGACIONES EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

A lo largo del tiempo, los profesionales de la salud han realizado grandes esfuerzos por indagar las diferentes etiologías sobre las que se fundamentan las enfermedades mortales, como el cáncer; las cuales son, han sido y serán un problema grave en todos los países, culturas y razas, en todos los niveles socioeconómicos, de todos los tiempos, ya que no respeta fronteras.

Las enfermedades terminales son un problema real, y de tal importancia que, en diferentes países, los investigadores han invertido: tiempo, dinero, esfuerzo y exigencias intelectuales, para poder vislumbrar con una perspectiva más amplia, aquello que atañe a una enfermedad de tal magnitud.

Precisamente al final de un milenio, al final del siglo XX, el cáncer es superior aún a nuestra tecnología actual, a nuestros conocimientos, procedimientos, técnicas, tratamientos y medicinas. Es en este momento en el que la información viaja más rápido que nuestros sentidos, que la tecnología nos ha rebasado y que vamos todos corriendo por estar a la vanguardia en cuanto a novedades electrónicas se refiere, a pesar de todo no podemos encontrar una cura para tan terrible enfermedad, como lo es el cáncer. Tenemos muchas cosas a nuestro alcance, pero desgraciadamente la conciencia para cuidar de nosotras mismas es aún escasa. Por tal motivo es que debemos darle lucha a la enfermedad, hacerle frente de un modo en el que la información, la conciencia, y la sabiduría sean las armas reales para su conocimiento y prevención.

Particularmente al cáncer cervicouterino (CaCu), el cual en México y en la mayoría de países tanto desarrollados como subdesarrollados, es un grave problema de salud, que se ha tratado de diferentes maneras y con distintas estrategias. (Como se mencionó anteriormente, para dar a conocer un panorama más amplio de dicho padecimiento, se integra en el anexo # 7 información acerca de éste tipo de cáncer).

Algunas de estas estrategias consisten en investigar cuáles son los orígenes de la enfermedad, cuáles son sus causas, su finalidad, así como también las estadísticas con los porcentajes reales de cánceres presentados en mujeres, con el objeto de discernir un poco las cuestiones citadas anteriormente.

Por cuestiones de actitud, es que la enfermedad llega a acabar con la vida de las personas, nos referimos a que la ignorancia puede más que la vida; a que los hábitos y costumbres de los seres humanos son más fuertes para acabar con una vida que los estudios, los conocimientos e inclusive la experiencia. Es de vital importancia hacer hincapié en la magnitud del problema que representa la falta de información, pero sobre todo asumir el cambio actitudinal que debemos de tener hacia nuestra salud, nuestro cuerpo y el cuidado del mismo.

Los orígenes de la enfermedad son variados: la edad en que se inician las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales que se han tenido, la relación existente entre el virus del papiloma humano y lesiones cervicales, el uso de anticonceptivos orales, el tabaco, la alimentación, la genética, etcétera. Pero lo importante en el origen es la irresponsabilidad de cada una de las mujeres; así como la desinformación, ya que pocas saben que la realización del examen del Papanicolaou debe practicarse cada año después de iniciada la vida sexual o después de cumplir los 20 años.

La relación que existe entre la frecuencia del cáncer cervicouterino y la realización del examen del Papanicolaou es vital, la presente investigación nos muestra que la detección oportuna es la mejor e inclusive la única opción y mejor herramienta que los profesionales de la salud tenemos para combatir esta terrible enfermedad.

Los causas que la enfermedad toma son variados, puede llegar a ser un cáncer invasor muy severo y convertirse en metástasis, o puede ser solo local y quedarse in situ, pero la mayoría de los casos reportados llevan a la muerte, ya que son detectados en etapas muy avanzadas en las cuales es muy difícil ofrecer un buen pronóstico para la paciente, de ahí la importancia de la detección oportuna.

Así como la información es vital para la lucha, en esta gran batalla, lo mismo lo son las grandes y variadas investigaciones que se han realizado a través de diferentes centros de salud de México, y de otros países. En estas investigaciones se destaca la importancia que tienen los estudios de cáncer cervicouterino, así como diferentes tipos de cáncer, las cuales ofrecen una perspectiva amplia de cómo se comporta la enfermedad en diferentes circunstancias y situaciones por lo que se considera importante mencionar algunas de ellas para poder obtener un panorama general del cáncer en México y en otras regiones del mundo, así como también mencionar trabajos acerca de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino.

Por lo citado anteriormente es que a continuación se muestran las investigaciones realizadas en México, Latino América, España y Estados Unidos de Norteamérica.

1.1 Investigaciones realizadas en México

- A continuación se expondrá el Primer Taller sobre Vinculación de la Investigación Epidemiológica en Programas de Prevención y Control de Cáncer realizado por la Secretaría de Salud Pública de México, en dicho programa se presentan datos de la investigación actual en México. (Salud Pública de México, 1995).

El Taller menciona que el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salud, ha implementado desde 1974 el Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y el Cáncer mamario. Así mismo, se ha promovido, por medio de programas de educación para la salud, la prevención y el diagnóstico oportuno del cáncer de estómago desde 1985. Los programas sobre cáncer cervicouterino y mamario, han sido respaldados con normas oficiales específicas (NOM-014-SSA2-1994), las cuales se adecuaron y difundieron en el Diario Oficial de la Federación, el día 15 de enero de 1995.

Se comenta en el Taller que, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino tiene como objetivo general reducir la morbilidad y mortalidad ocasionadas por este tipo de cáncer, para lo cual se dispone de una estrategia basada en la detección citológica y el tratamiento adecuado y oportuno. Se señaló que la sensibilidad del método citológico está supeditada, por una parte, a la técnica de la toma de la muestra y, por otra, a la calidad de interpretación microscópica. Es factible disminuir la incidencia y mortalidad mediante un programa de detección oportuna bien organizado, con recursos humanos y materiales suficientes y una cobertura de detección citológica mayor de 100 a 80% en las mujeres de alto riesgo (mayores de 35 años). Actualmente, en México existen 111 laboratorios de citología, donde laboran 214 citotecnólogos y 40 médicos citólogos y patólogos. La detección citológica realizada durante 1994 permitió diagnosticar 24,571 casos de displasia y 3,031 positivos a cáncer (1,831 in situ).

A pesar de la existencia de un programa poblacional de detección oportuna de CaCu en México desde hace 20 años, la mortalidad por esta neoplasia se mantiene constante. Los factores identificados en México como responsables del escaso efecto mostrados en el taller del programa de prevención de CaCu son: a) la baja cobertura en el ámbito poblacional, que

es alrededor del 15%; b) se estima que el programa sólo previene el 13% de los casos potencialmente prevenibles; c) la deficiente calidad del espécimen de citología. Al respecto es importante mencionar que un factor decisivo en la prevención es la poca asistencia a los centros de salud, ya que las mujeres no acuden a realizarse el examen por diferentes razones:

-Miedo.

-Pena.

-Desinformación.

-Temor al examen del Papanicolaou.

Se comenta en dicho taller que el avance científico en materia de la etiología de las enfermedades neoplásicas se vio fortalecido en el último quinquenio. Muestra que, los resultados de investigaciones epidemiológicas nacionales ratificaron, por una parte, la existencia de factores predisponentes conocidos, como la actividad y prácticas sexuales en relación con la incidencia del cáncer cervicouterino, la dieta y el consumo de alcohol en la etiología del cáncer de estómago, y las características reproductivas, incluyendo las prácticas de lactancia, como factores relacionados con la ocurrencia del cáncer mamario.

Por otra parte se menciona, que la investigación nacional ha identificado nuevos factores involucrados en la incidencia, específicamente del cáncer de estómago; tal es el caso del consumo de chile. La investigación biomédica, a su vez, ha complementado el panorama epidemiológico de la etiología de estos tumores, en cuanto a la estimación de la prevalencia de agentes infecciosos en la población mexicana, como en el caso del Virus del Papiloma Humano (VPH). El taller, cuenta con datos sobre una evaluación de la demanda, accesibilidad y calidad del programa nacional de detección oportuna del cáncer cervicouterino, y de algunas características socioculturales acerca de los conocimientos y la percepción del riesgo de los cánceres de cérvix y estómago, en la población mexicana.

El objetivo del Taller fue proporcionar un espacio para la reflexión y la discusión acerca de la vinculación y el impacto potencial que los hallazgos de la investigación nacional pueden tener en la actualización y adecuación de los programas poblacionales de prevención y control de los cánceres de cuello uterino, estómago y mama en México.

Con respecto al Cáncer Cervicouterino (CaCu), que es el tema de interés principal para la presente investigación se encontraron lo siguientes datos en el Taller:

-El CaCu es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial: ocupa el 5to. lugar en frecuencia entre las neoplasias malignas con 7.3%, por lo que se estiman 465 600 nuevos casos anuales. En los países en vías de desarrollo, el CaCu tiene todavía mayor importancia, puesto que ocupa el primer lugar en orden de frecuencia, con 11.7% de los casos (369,500) del total de neoplasias, en comparación con el 3% (96,100) en países desarrollados. En Latinoamérica, considerada área de alto riesgo de CaCu, se estiman 52,000 casos por año y 30,000 muertes debidas a esta enfermedad. En México, cada año, el Sistema Nacional de Salud brinda atención médica a 9,000 casos de cáncer cervical invasor y se registran 4,000 muertes anualmente. (Salud Pública de México, 1995).

-Se describen diversos estudios multicéntricos de casos y controles a nivel mundial que utilizan técnicas de hibridación molecular (reacción en cadena de polimerasas-PCR) para medir la exposición al Virus del Papiloma Humano (VPH). Estos estudios han sido desarrollados en mujeres con neoplasia cervical en diferentes estadios clínicos, asociados con factores masculinos. Los principales factores de riesgo asociados a CaCu, además de VPH, son: la infección por Chlamydia; factores reproductivos como la edad temprana de inicio de vida sexual, la multiparidad y el uso de contraceptivos orales. Estos estudios estiman que, al menos 95% de los casos de neoplasia cervical tienen ADN viral y que los 465 600 nuevos casos que se estiman anualmente son atribuidos en un 80 a 90% a infección por VPH.

-La fracción atribuible de VPH en estudios desarrollados en España, Colombia y Brasil, ésta fue mayor en la región con la más alta incidencia estudiada: en España, donde para Neoplasia Intra Cervical (NIC) III es 78.1%, mientras que en Colombia es de 62.5%; para el CaCu invasor, en España es de 67.5%; en Colombia, 66% y en Sao Paulo, 92%. (Revista, Salud Pública de México, Julio-Agosto 1995, Vol. 37 N° 4 pp. 375-380).

-Se considera a la espectroscopía de fluorescencia como una técnica alternativa en el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical. Esta técnica se encuentra todavía en una fase incipiente de aplicación, pero con expectativas de desarrollo.

Para hacer más eficiente la prevención oportuna del CaCu, se describió en el Taller, un esquema actual de detección poblacional:

1. Realizar una citología exfoliativa, más determinación de ADN de VPH. Se considera que las mujeres con VPH negativo y lesiones tempranas tendrán una regresión

espontánea a su estado normal y se les puede practicar una citología en un periodo de 10 años.

2. Incorporar a un protocolo de seguimiento y tratamiento a las mujeres que tengan VPH positivo. De esta manera, el 95 % de las mujeres estudiadas entraría en un programa muy económico y al 5% restante se les daría un seguimiento por cinco años.

A nivel experimental, actualmente se ponen en práctica pruebas serológicas nuevas: a) anticuerpos TT-RIPA, a través de pruebas de radio-inmunoprecipitación, los que son poco sensibles (40-60% en una serie de casos); b) VLP (Virus-Like-Particles), que expresa L1 y L2 de cápside de proteínas de VPH16.

Las dos principales vertientes de investigación actual en relación con CaCu que se presentaron en el taller son en prevención primaria: la vacuna contra VPH, en prevención secundaria: ensayar nuevos esquemas de citología exfoliativa, más la detección de VPH.

El Taller menciona que los factores de riesgo descritos coinciden con los resultados de un estudio multicéntrico de 630 casos de CaCu realizado en ocho hospitales de la Ciudad de México y una muestra probabilística de 1,005 controles poblacionales. En este estudio, los principales factores de riesgo fueron: el antecedente de dos o más parejas sexuales, la edad temprana de inicio de vida sexual, la multiparidad vaginal, así como la presencia de VPH 16-18. El consumo de vegetales verdes tuvo factor protector.

Las recomendaciones del taller fueron:

1. Tener indicadores de morbilidad y mortalidad de CaCu confiables.
2. Antes de plantear la detección de VPH a nivel poblacional, se debe mejorar la calidad del programa de Diagnóstico Oportuno de Cáncer Cervicouterino (DOC) en México, por medio de: a) aumento de la cobertura; b) captación de la población en riesgo; c) suficientes recursos técnicos; d) capacitación continua del personal del programa; e) control de calidad en la obtención y el diagnóstico citológico; f) modificación de la periodicidad de la prueba; g) coordinación de las estructuras involucradas; h) seguimiento de los casos con anomalías detectadas; i) garantía de tratamiento adecuado.

3. Iniciar un programa de garantía de calidad de DOC, en una población con muy baja prevalencia de uso de prueba de Papanicolaou (PAP), que sirva de modelo para su implementación nacional. (Salud Pública de México, 1995).

La tarea es ardua, este programa aunque tiene como objetivo fundamental la prevención del cáncer cervicouterino, debe centrarse en la captación de la población para asegurar la audiencia de mayor riesgo, y así ser más eficaz y redituable.

Son numerosas las investigaciones en cuanto a cáncer se refiere, así como la presentada anteriormente sobre la prevención y control de esta enfermedad, a continuación se mostrará la realizada por el Dr. Carrada (1987), en la que expone la incidencia de tumores en las mujeres.

- La investigación realizada por el Dr. Teodoro Carrada Bravo, indagó la incidencia de tumores malignos de los órganos genitales y de mama en mujeres de la Ciudad de México durante 1983, según su frecuencia, localización anatómica, edad de las pacientes, institución de salud donde se trataron y tipo histológico.

Los resultados obtenidos fueron que: el tumor más frecuente fue el carcinoma cervicouterino (22,2%) seguido del de mama (11,0%), útero excepto cérvix (2,6%) y ovario (2,6%), vulva y vagina (1,0%), y placenta (0,1%). Las neoplasias de mama, cérvix y cuerpo del útero fue infrecuente antes de los 24 años de edad; por el contrario, 16,3% de los tumores de ovario ocurrieron en menores de esa edad. Los tumores de ovario y de cérvix predominaron en el grupo de 25 a 34 años (13,1% y 11,4%, respectivamente).

El cáncer de cérvix es el más frecuente en mujeres de 35 a 44 años (23,8%). El cáncer de útero predominó en el grupo de 45 a 54 años con 26,3%, proporción que subió a 41,7% en mujeres de 55 años y más. El 35,8 y 35,5% de los casos se registraron en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud (SS), respectivamente; el 14,0% en hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el 7,9% en hospitales privados y el 5,9% en otras instituciones. Los tipos histológicos más frecuentes fueron el carcinoma epidermoide en cérvix (89%) seguido del adenocarcinoma en ovario (61%), cuerpo del útero (60%) y mama (57%); las neoplasias de origen germinal en ovario (17%), y los sarcomas en cuerpo del útero (8%).

La conclusión a la que llegó el Dr. Carrada es que la carga médico asistencial que representan en México los tumores malignos de los órganos genitales y de mama en mujeres podría reducirse considerablemente promoviendo la educación continua, la

investigación en oncología y la capacitación del equipo de salud, y extendiendo las campañas de prevención a los grupos de alto riesgo. (Carrada, 1987).

Lo anteriormente expuesto reafirma la necesidad de tener una educación y un criterio más amplio respecto a nuestra salud. Ya que el conocimiento puede resultar una arma eficaz contra esta enfermedad.

Las características de la enfermedad son variadas, y una a considerar en especial es la relación que existe entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer cervicouterino. Por lo que a continuación se presenta una investigación realizada en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México, con respecto a este tema.

- El Instituto Nacional de Cancerología (INCan), realizó un estudio acerca de la correlación entre variables ginecoobstétricas con lesiones morfológicas por virus del papiloma humano, premalignas y malignas del cérvix uterino. Este estudio fue realizado por los siguientes investigadores: Alicia Torres Díaz, Fernando Rosales Elorduy, Arcelia Mora Tiscareño, José Luis Ramírez Gaytán y Mauricio Frías Mendivil.

El objetivo de esta investigación fue identificar la asociación de neoplasias intraepiteliales del cérvix con alteraciones morfológicas ocasionadas por virus del papiloma humano y definir su correlación con algunas variables ginecoobstétricas, ya que las infecciones en el cérvix uterino y neoplasias intraepiteliales son frecuentes en nuestra población femenina.

La muestra seleccionada fue 147 casos de 215 con diagnóstico de neoplasias intraepiteliales cervicales efectuado mediante citología cervicovaginal durante el año de 1991. También se revisaron las laminillas de las biopsias correspondientes de cada caso.

De los 147 casos, 138 presentaron alteraciones citológicas e histopatológicas de infección por el virus del papiloma humano. El 63 por ciento correspondió a condiloma, el 21 por ciento a displasia más condiloma y el 16 por ciento a carcinoma in situ más condiloma. El tipo de condiloma fue: plano en el 98 por ciento, acuminado en el 1 por ciento y atípico en el 1 por ciento. El promedio de edad de las pacientes fue 36 años y más del 70 por ciento fueron menores de 40 años. El inicio de vida sexual activa antes de los 19 años se asoció con un alto índice de displasia (50 por ciento). En las mujeres que tuvieron

el primer parto antes de los 19 años se identificó: condiloma (52 por ciento), displasia (66 por ciento) y carcinoma in situ (50 por ciento); mientras que, en las enfermas con dispositivo intrauterino los porcentajes respectivos para estas lesiones fueron 38, 41 y 35.

La conclusión a la que se llegó con esta investigación es que el mejor control del cáncer cervicouterino en nuestro medio es la prevención a través de examen cervicovaginal, prueba sencilla, útil y de bajo costo.

La sugerencia que proponen estos investigadores es que las campañas de detección oportuna de cáncer cervicouterino deben ocupar un lugar prioritario en las instituciones de salud. (Torres, 1994).

Como lo indica la anterior investigación, la captación de la población mayormente expuesta a este tipo de enfermedad, es la vía regia a la prevención y detección, y por lo tanto a un freno de muertes prevenibles.

Ya que la mayoría de las pacientes ingresadas a hospitales o clínicas por el CaCu, llegan en estadios muy avanzados de la enfermedad, se expone a continuación una investigación realizada en el mismo instituto, INCan, sobre la radioterapia.

- La radioterapia se considera el tratamiento establecido para el carcinoma cervicouterino. En México los primeros tratamientos se dieron en la segunda década del siglo XX.

De 1981 a 1985 se evaluaron 699 pacientes, analizando su distribución por edades, clasificación histológica y las etapas clínicas de presentación con un análisis de supervivencia de 16 años. La braquiterapia juega el papel más importante en el control y la curación del cáncer cervicouterino, el tratamiento consiste en dosis de braquiterapia de 6.000 cGy en un tiempo de 8.000 cGy en dos aplicaciones. La terapia externa es empleada para tratar la totalidad de la pelvis, los ganglios linfáticos y los parámetros. Se utilizaron dosis de 4.500 a 5.000 cGy en dos tiempos de braquiterapia y hasta 6.000 cGy en un tiempo. La proctitis se presentó en el 16% de los casos. La supervivencia global a los 16 años fue de 48%. En etapa clínica II, la supervivencia fue mayor del 50%. (Meneses-García, Mohar y Gómez-González, 1995).

Los resultados obtenidos fueron similares a los informados en otros centros oncológicos. Las perspectivas deben orientarse sobre todo al empleo de radiosensibilizadores o bien radioprotectores asociados a las nuevas drogas de quimioterapia, así como el uso de altas dosis de braquiterapia. Sin embargo, la detección temprana sigue siendo la mejor opción para prevención. (Meneses-García, Mohar y Gómez-González, 1995).

Dado que la detección oportuna brinda la posibilidad de disminuir las cifras de casos de CaCu reportados, la captación de mujeres con mayor riesgo es significativa, por lo que a continuación se expone la investigación realizada por Dr. Tenorio en donde describe la problemática de dicha enfermedad.

- El Dr. Francisco Tenorio González realizó un análisis acerca de la pesquisa, el diagnóstico y el tratamiento del carcinoma cervicouterino.

Esta investigación tiene el propósito de identificar frecuentemente la presencia del carcinoma cervicouterino, que es más frecuente en la población femenina de México, y el responsable de la primera causa de muerte a partir de los 45 años de edad, por lo que dispuso de procedimientos de pesquisa y terapéuticos, que han abatido la mortalidad de la mujer por esta causa en países desarrollados.

El Dr. Tenorio sugiere que las condiciones de pobreza, desnutrición e ignorancia favorecen la presencia de otros factores relacionados con los hábitos sexuales que conllevan a la presencia de carcinoma cérvicouterino, por lo que se considera al padecimiento como una enfermedad venérea.

Propone que esta entidad nosológica obliga a los profesionales de la salud, sobre todo a los que tienen un amplio contacto con el grupo de población vulnerable, a tener pleno conocimiento y responsabilidad para llevar a cabo uno o varios procedimientos de diagnóstico a grupos de población asintomática, con objeto de descubrir neoplasias ocultas en estadios tempranos, y que es la única forma para disminuir la mortalidad.

Comenta que es conveniente valorar el costo familiar y social que presenta la atención de los casos avanzados; por lo que es necesario establecer los mecanismos para el descubrimiento de esta enfermedad, y disminuir las muertes a través del diagnóstico temprano y el tratamiento precoz.

El Dr. Tenorio nos dice que con los conocimientos actuales y con los recursos disponibles, el carcinoma cérvicouterino puede ser diagnosticado en una fase temprana y por lo tanto ser manejado con tecnología sencilla, económica y disponible, para médicos en el primero y segundo niveles de atención.

La propuesta del Dr. Tenorio es la de capacitar a los trabajadores de salud a través de programas de educación continua, apoyados por material didáctico, para obtener mejores resultados en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervicouterino. (Secretaría de Salud, 1995).

Así como la captación de mujeres con mayor riesgo de presentar un CaCu, es uno de los principales objetivos por alcanzar para los profesionales de la salud, lo mismo es la importancia de que la toma de la citología vaginal sea veraz y confiable, por lo que a continuación se presenta la investigación al respecto de éste tema.

- La importancia de la toma de la citología vaginal es innegable, las investigaciones expuestas son datos contundentes de que una detección oportuna puede llegar a ser vital para la sobrevivencia de las mujeres, así como la historia de su vida sexual interviene en el desarrollo de la enfermedad. Así lo expone la investigación que los doctores, Eduardo César Lazcano Ponce, Mauricio Hernández Avila, Lizbeth López Carrillo, Patricia Alonso de Ruiz, Alfonso Torres Lobatón, Guillermo González Lira e Isabelle Romieu, llevaron a cabo en la Ciudad de México.

En dicha investigación analizaron los factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Ellos exponen que en México la tasa de mortalidad nacional por CaCu en 1994 se estimó en 9.5 por 100 mil mujeres y se presentaron 4,194 muertes.

Mencionan que durante el periodo de agosto de 1990 a diciembre de 1992 realizaron un estudio de casos y controles que incluyeron 630 casos de CaCu confirmados histológicamente en ocho hospitales de la Ciudad de México (dos de atención médica a población sin seguridad social, cuatro de seguridad social y dos privados).

Los principales factores de riesgo asociados a CaCu en este estudio, ajustados a un modelo multivariado de regresión logística, fueron la multiparidad vaginal, en cinco partos

por Razón de Momios (RM) de 1.93 e IC al 95 % de 1.22-2.733, el antecedente de dos a más parejas sexuales (el antecedente de cuatro o más tiene una RM de 5.56 e IC de 2.3-13.4. así mismo se estimó un menor riesgo de enfermedad en el inicio de vida sexual posterior a los 25 años (RM de 0.41 e IC de 0.25-0.69), finalmente el antecedente de operación cesárea, tomando como referencia una parto vaginal, disminuyó el riesgo de enfermedad (RM de 0.28. e IC de 0.13-0.61).

Dicha investigación identifica mujeres de alto riesgo de CaCu, la cual puede utilizarse en la planificación de programas poblacionales de detección oportuna de cáncer, por lo tanto, importante para la prevención del mismo. (Lazcano Ponce, 1995).

Las investigaciones expuestas anteriormente muestran datos provenientes de la Ciudad de México, pero ¿qué pasa con el resto del país?, A continuación se muestra una investigación realizada en el Estado de Nuevo León, con respecto al Programa de Detección Oportuna que tienen en esa entidad.

- En el Estado de Nuevo León los investigadores: Ana María Salinas Martínez, Enrique Villarreal Ríos, María Eugenia Garza Elizondo, Juan Manuel Fraire Gloria, J. Jesús López Franco y Oralia Barboza Quintana, realizaron un análisis para determinar la calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en Nuevo León.

En este estudio se analizaron 4,791 informes citológicos emitidos por los módulos de detección oportuna de la Secretaría de Salud Estatal, el Hospital Universitario y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se seleccionaron al azar, y se excluyeron aquellos que pertenecían a mujeres con histerectomía, embarazo actual, menopausia o resultado citológico positivo. La calidad se midió con apego a estándares. El análisis incluyó, además de la estadística descriptiva, pruebas para delimitar diferencias de proporciones y de medidas.

Los resultados encontrados fueron que la calidad del Programa fue moderadamente satisfactoria en el ámbito estatal. La calidad de la toma de la muestra fue poco satisfactoria; 39.9 por ciento presentó células endocervicales. La calidad en términos de la cobertura fue poco satisfactoria; 15.6 por ciento correspondió a mujeres de 25 años atendidas por primera vez. La calidad en términos de la oportunidad fue muy satisfactoria: 8.5 % y 7 días hábiles entre las fechas de toma e interpretación.

Las conclusiones fueron que se requiere de estrategias para incrementar el impacto del Programa en el estado, tales como el mejoramiento en la calidad de la toma de la muestra y de la cobertura de las mujeres de Nuevo León, para tener una mayor audiencia en cuanto a pacientes de alto riesgo se refiere. (Salud pública de México; 39(3): 187-94, mayo-jun; 1997).

La investigación descrita anteriormente, sugiere que así como en la ciudad más grande del mundo el incremento de estrategias para la captación del auditorio es vital, lo es también en los Estados de la República Mexicana.

Los datos presentados anteriormente muestran el nivel de atención que tienen las mujeres mexicanas con respecto a su salud. Del mismo modo, el problema de CaCu no es exclusivo de México o de los países desarrollados o en vías de desarrollo, sino que a nivel mundial, este padecimiento muestra ser un grave problema de salud pública. Por lo que a continuación se presentarán investigaciones realizadas en Latinoamérica y el Caribe, y más adelante, en Estados Unidos de Norteamérica, así como en otras partes del mundo.

1.2 Investigaciones realizadas en Latinoamérica y el Caribe

- La mortalidad de cáncer cervical no ha cambiado significativamente durante los últimos 30 años en la mayoría de los países en América Latina y el Caribe, se ha observado una disminución importante en los Estados Unidos y Canadá, los dos países industrializados en la Región de las Americas. La citología cervical, el método de detección convencional, ha estado extensamente disponible en casi todos los países de la región. En los años 60s los programas de planificación familiar introdujeron la citología cervical como parte de sus actividades en cuidado primario.

La inspección de Salud en América Latina y el Caribe muestra que del 50 al 80% de las mujeres entre edades de 15-49 años, han tenido por lo menos una vez una prueba de Papanicolaou en su vida. Sin embargo, la proporción de mujeres que tenían una prueba de Papanicolaou durante los últimos 3 años, disminuían con la edad. Los estudios cualitativos sugieren que las mujeres creen que en sus años reproductores no habría ninguna necesidad de cuidarse a menos que estuvieran enfermas.

La inspección de Salud en América Latina y el Caribe expone que el concepto de prevención no se entiende totalmente, además que las mujeres que se benefician de las estrategias preventivas como la citología del cáncer cervical son de niveles socio-económicos altos. Se han detectado 50% de mujeres sin educación primaria con la enfermedad de cáncer cervical en las fases avanzadas, y se diagnosticaron sólo 20% de mujeres con educación secundaria en esas fases.

A través de los recientes estudios en la historia natural de la enfermedad, se muestra que no hay necesidad para proteger a las mujeres todos los años o empezar a protegerlas a una edad joven. También se acepta que no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer, el tratamiento debe rediseñarse con la incorporación de nueva tecnología para aumentar el costo-efectividad de los programas.

Para los programas de prevención el aspecto más caro es el laboratorio de la citología y también es donde se pueden presentar varios problemas. Deben hacerse esfuerzos especiales, mejorar la calidad continuamente y supervisar esas áreas que demuestran ser ineficaces.

La organización de servicios de salud, así como las actitudes y creencias de las poblaciones a las que se les brinda el servicio, son las piedras angulares del desarrollo de los programas de prevención, sin tener en cuenta qué método se seleccione, las vacunas pueden estar a la vuelta de la esquina, pero los problemas de accesibilidad a la salud y las prácticas preventivas para las mujeres de mediana edad todavía son un desafío a la salud pública en países en vías de desarrollo.

A continuación se mostrará una investigación realizada por la Dra. Vielka, en la República de Panamá.

- En esta investigación realizada por la Dra. Vielka A. Langmaid de Delgado muestra la importancia de la epidemiología y el control del cáncer cervicouterino en la República de Panamá.

En su investigación describe el comportamiento epidemiológico de este padecimiento en el periodo comprendido de 1974 a 1985, de acuerdo a la morbilidad y mortalidad y la finalidad de la investigación es indicar la tendencia de las tasas de incidencia de dicho cáncer in situ e invasor, en mujeres mayores de 15 años.

Los resultados arrojados en dicha investigación, después de analizar la información recopilada en este estudio, fueron que el cáncer cervicouterino invasor constituye en ese país un grave problema de salud pública debido a que desde 1974 es la primera causa de muerte en las mujeres panameñas, ya que así lo demuestra la tendencia ascendente de las tasas de incidencia y mortalidad.

La Dra. Vielka concluye que a pesar de las actividades de detección no se ha logrado un impacto importante en el deceso de mortalidad y morbilidad, y que hay que reconocer la importancia que tiene la captación de mujeres para la detección de dicho padecimiento. (Langmaid, 1988).

Esta información citada anteriormente, muestra nuevamente la necesidad de grupos en los cuales se de la información y sensibilización que las mujeres necesitamos, para acudir a los Centros Hospitalarios a realizarnos una toma citológica, así como en México, en otros países se tienen las mismas carencias en cuanto a atención de salud se refiere.

A continuación se presentarán investigaciones realizadas en otros países, con referencia al CaCu, y el manejo que le han dado a este.

1.3 Investigaciones realizadas en otros países

- Un análisis importante sobre la relación que existe entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer cervicouterino (CaCu) fue realizado por la Dra. Nubia Muñoz y el Dr. Xavier Bosch, en España y Colombia. En ésta investigación consideran que el cáncer del cérvix constituye un problema importante de salud pública y es el más común en el mundo después del de mama. (Mohar, Lazcano Ponce y Hernández Ávila, 1997).
- Calculan, que cada año el 80% de los 500,000 casos que se presentan anualmente en el mundo corresponden a los países en desarrollo. (Mohar, Lazcano Ponce y Hernández Ávila, 1997).
- Concluyen que alrededor de 90% de los cánceres del cérvix pueden atribuirse a ciertos tipos de VPH. Así el VPH 16 representa la mayor proporción (50%), seguido

por el VPH 18 (12%), VPH 45 (8%) y VPH 31 (5%). (Mohar, Lazcano Ponce y Hernández Ávila, 1997).

Las asociaciones con estos tipos de VPH, comentan los doctores, es que son bastante fuertes y consistentes con razones de momios más allá de 15 en todos los estudios de casos y controles en los países con alto y bajo riesgo de cáncer cervical.

- Sin embargo, mencionan que el VPH no constituye una causa suficiente de esta enfermedad; son necesarios ciertos cofactores para que un porcentaje de infecciones persistentes por VPH logre, en algún momento, progresar y dar lugar al cáncer. Entre ellos están los factores del huésped como los tipos de antígenos de histocompatibilidad y la respuesta inmunológica, las influencias que ejercen las hormonas y otros agentes de transmisión sexual, como por ejemplo la *Chlamydia trachomatis*. (Mohar, Lazcano Ponce y Hernández Ávila, 1997).

Los resultados de estos estudios permiten sostener la hipótesis de que los portadores masculinos de VPH desempeñan un papel importante en el desarrollo del cáncer de cérvix que presentan sus parejas.

- El reconocimiento del sitio tan destacado que ocupa el VPH en el cáncer cervical ha rebasado en mucho las implicaciones de la prevención primaria y secundaria de este padecimiento. Hoy en día se están desarrollando vacunas terapéuticas y profilácticas contra el VPH y su tipificación se está integrando a los programas de detección en estudios piloto de algunos países desarrollados. (Mohar, Lazcano Ponce y Hernández Ávila, 1997).

En esta investigación los doctores comentan que, en las naciones en desarrollo, como es el caso de México, los programas de detección convencionales y que cuentan con un buen manejo, siguen siendo el mejor enfoque para controlar el cáncer de cérvix hasta que pueda utilizarse una vacuna segura y eficaz contra el VPH en la población en general.

La perspectiva citada anteriormente es muy alentadora, pero con trabajo y esfuerzo de todos los sectores del Estado, en México, podremos combatir la enfermedad.

Así como el caso de la investigación anterior, se han dado investigaciones en Estados Unidos de Norteamérica, los cuales describiremos a continuación.

1.4 Investigaciones realizadas en Estados Unidos de Norteamérica

En Estados Unidos se han realizado diferentes investigaciones con respecto al cáncer y el modo de manejarlo, por lo que se presentan a continuación investigaciones realizadas en este país.

En los registros del Centro de Cáncer, en Nueva York, se realiza el Programa Nacional de Cáncer, en donde se tienen antecedentes de que en la población americana existen 8 millones de personas con alguna historia de cáncer. En 1998 se diagnosticaron aproximadamente 1.23 millones de nuevos casos de cáncer. Esta estimación no incluye carcinoma in situ, ni cáncer superficial. Estiman también que un millón de casos de cáncer se diagnosticarán este año y que durante 1998 murieron de cáncer 564,800 americanos, lo que significa que cada cuatro muertes en los Estados Unidos son a causa de cáncer.

Para John Healey y Sloan-Kettering: "La meta es reducir la mortalidad de cáncer con una estrategia que es la prevención hacia una enfermedad a nivel nacional. Nosotros sabemos que la carga de cáncer para los americanos varía ampliamente por la situación geográfica y por etnicidad. Un sistema nacional de registros de cáncer pueden ayudarnos a entender la enfermedad mejor y acoplar nuestros recursos para mejor prevención y tratamiento".

La Dra. Donna E. Shalala, Secretaria de PhD, en la Sección americana de Salud Humana, en los Servicios de Vigilancia de Cáncer, comenta: "Una estrategia para la lucha contra el cáncer nacional es la vigilancia, la cual es la llave a un acercamiento de salud científico y público unificado a la lucha contra el cáncer. Tal vigilancia se da por los registros continuos, oportunos, y sistemáticos y el análisis de información de muertes a causa de cáncer. Los datos que arrojan los registros de cáncer del estado puede usarse para identificar tendencias que con el tiempo, nos ayuden a descubrir modelos de cáncer entre las diferentes poblaciones. Esta información es esencial, los registros pueden jugar un papel crítico en los esfuerzos de prevención de cáncer".

Para la Dra. Donna E. Shalala, una herramienta importante por guiar esfuerzos para prevenir y controlar el cáncer es la vigilancia de los datos de tendencias en incidencia de cáncer y mortalidad. Tal problemática arrojó un programa que planea y evalúa dichos registros, los cuales responden a las necesidades de estados y ciudadanos. El Congreso

estableció el Programa Nacional de Registros de Cáncer (NPCR) en los Estados Unidos, promulgando en 1992 por los Registros de Cáncer (Ley 102-515 Pública). Esta legislación autoriza a los Centros para el Control y Prevención de la enfermedad (CDC) proporcionar fondos a los estados y territorios para mejorar los registros de cáncer; para planear e implementar instrumentos donde no existen estos; para desarrollar legislación ejemplar y regulaciones para los estados, para reforzar la viabilidad de funcionamientos del registro; para poner normas de integridad de los datos; para proporcionar entrenamiento para el personal del registro; y ayudar a establecer informes de los datos.

El Dr. David Satcher, PhD, Director de los Centros para el Control del Cáncer de Mama y la Prevención del Cáncer Cervical, pronostica que en los 90's se diagnosticarán 2 millones de mujeres estadounidenses con cáncer mamario o cáncer cervical y un millón y medio de personas perderán sus vidas por esta enfermedad.

Un desproporcionado número de muertes se presenta entre las mujeres de clase baja. Muchas de estas muertes podrían ser evitadas implementando servicios de prevención a las mujeres de alto riesgo. Tales medidas de prevención podrían prevenir entre el 15% y el 30% de muertes por cáncer mamario en mujeres mayores de 40 años y virtualmente todas las muertes a causa del cáncer cervical.

Excluyendo el cáncer de piel, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres estadounidenses y sólo el segundo lugar después del pulmonar como causa de muerte. Una estimación es que se diagnosticarán 178,700 nuevos casos de cáncer de mama entre las mujeres en 1998, y 43,900 de ellas morirán a causa de esta enfermedad.

El cáncer cervical invasor ha disminuido significativamente durante los últimos 40 años, principalmente debido a los esfuerzos de detección temprana. Aproximadamente 13,700 nuevos casos de cáncer cervical invasor se diagnosticaron en 1998, y 4,900 mujeres se morirán por causa del cáncer mamario.

Según la Dra. Donna E. Shalala, Secretaria U.S., "la iniciativa del Programa quitará muchas barreras financieras a las mujeres, consiguiendo mamografías oportunas y la prueba del Papanicolaou".

La Sección de Salud y Servicios Humanos reconoce el valor de la detección oportuna, por lo que se realizó un Congreso de Prevención de la mortalidad de la mujer a

causa del Cáncer Mamario y Cervical en 1990. Este acto autorizó que CDC estableciera un programa nacional para asegurar que las mujeres tengan un examen de mama y cervicouterino adecuado y puntual con la convicción de que las pruebas se realicen de acuerdo con las recomendaciones actuales. CDC dirige muchas de estas actividades a través de sociedades con el Estado y las agencias de salud territoriales.

En el año de 1998, CDC cumple el octavo año del Programa de Descubrimiento Temprano del Cáncer Mamario y Cervical (NBCCEDP), este programa da servicios a mujeres de edad avanzada, mujeres con ingreso bajo, e incluso de las clases más marginadas. En 1998 CDC obtuvo \$145 millones de dólares destinados a dar mayor protección a las mujeres, educación y superación, así como más proveedores de cuidado de salud, y mejora de la calidad de las mamografías y las citologías cervicales. El NBCCEDP brinda la posibilidad del descubrimiento temprano del cáncer de pecho y cervical. Los programas han mostrado creatividad y determinación asegurando que esos servicios sean disponibles para mujeres diagnosticadas con cáncer del pecho o las anomalías cervicales. La disponibilidad de estos tratamientos reflejan la magnitud de la cobertura que tiene el Estado y el gobierno local.

Lo expuesto es un ejemplo de que las autoridades de la salud deben tener en cuenta que la cobertura que se tenga de las mujeres con mayor riesgo, es lo más importante para la prevención y ésta a su vez implica la detección oportuna, que es lo más importante para disminuir las gráficas de mortalidad en nuestro país. Puede haber mucha investigación, muchos estudios y trabajo arduo, pero si no se cuenta con los recursos adecuados en los países en vías de desarrollo, la batalla será más difícil aún.

El problema es grave, y como tal debe ser tratado, con las investigaciones expuestas anteriormente nos percatamos de diferentes situaciones en las que se puede manifestar el cáncer y cómo se maneja. Pero la principal opción que tenemos los profesionales de la salud, es la información, así como la captación del auditorio y el cambio de actitud que debe ser básico para la prevención, así como el financiamiento para dichos tratamientos.

El camino es arduo y difícil por lo que debe ser tratado de manera multidisciplinaria para poder ser combatido. En la medida en que médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, y por supuesto los Estados y gobiernos, nos aliemos en la lucha contra el cáncer, la tarea será menos complicada.(cancer.net.nci.nih.gov).

CAPÍTULO II. ACTITUDES

2.1 ¿Qué son las actitudes?

La hipótesis de la presente investigación radica en la importancia del cambio actitudinal en las mujeres para realizarse el examen del Papanicolaou; por lo que a continuación se detallarán las definiciones, la consistencia interna, la modificación y medición de las actitudes; así como las actitudes hacia el cáncer.

Las actitudes tienen ciertas características que las definen. Se refieren a objetos, grupos sucesos y símbolos de significado social. Al igual que las emociones, las actitudes poseen elementos más importantes: cogniciones o creencias, sentimientos vinculados con evaluaciones y tendencias a comportarse de cierta manera (Breckler, 1984). El componente de creencia de la actitud es el elemento intelectual. Las tendencias conductuales se refieren a las acciones. Las actitudes son aprendidas, las personas no llegan al mundo con ellas, y son muy persistentes.

Cuando el componente de pensamiento de la actitud es bastante simple, rígido y se relaciona con individuos o grupos sociales, se le llama estereotipo. A pesar de que la palabra estereotipo tiene asociaciones desagradables, los estereotipos no siempre son dañinos. En la vida diaria los seres humanos generalizan de manera continua a partir de sus experiencias porque no pueden tratar a una comunidad o grupo social como un individuo. Los estereotipos ordenan y condensan la información con el fin de actuar de modo inteligente y rápido. La mayor parte del tiempo es probable que las personas estén conscientes del hecho de que los estereotipos no son válidos para cada miembro de la población y ni siquiera para la mitad de un grupo. Los estereotipos son destructivos en forma principal si se olvida que están basados en una pequeña muestra y que con frecuencia son injustos si se aplican por rutina a todos los individuos de una población.

Los prejuicios están vinculados tanto con las actitudes como con los estereotipos. Un prejuicio es una opinión que consiste en sentimientos negativos o positivos acerca de una persona o núcleo de individuos, una creencia que exagera las características grupales. A menudo los prejuicios están ligados a la discriminación, comportamiento prejuiciado a favor de una persona o personas, con base en la pertenencia a un grupo y no a sus méritos individuales.

Para Feldman (1995), las actitudes son predisposiciones aprendidas para responder de modo favorable o adverso ante una persona u objeto determinado. Las actitudes se refieren tanto a individuos específicos como a situaciones más abstractas, así las actitudes van desde las sumamente positivas hasta las sumamente negativas, así como también varían en importancia.

Para mostrar un panorama más amplio de las definiciones de actitud, a continuación se presentan algunas citadas por Rodríguez, (1976).

“Thorstone (1928) define actitud como la intensidad de afecto a favor o en contra de un objeto psicologico”.

“Para Allport (1935) la actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva y dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionada”.

“Doob (1947) define la actitud como una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo”.

“Bruner y White (1956) definen la actitud como una predisposición a experimentar ciertas formas de una determinada clase de objetos, con un efecto característico: ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos, y actuar en forma característica en relación con dichos objetos”.

“Para Secord y Backman (1964) las actitudes son ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente”.

“Newcomb, Turner y Converse (1964) explican que desde el punto de vista cognoscitivo, la actitud representa una organización de cogniciones poseedoras de valencias. Desde el punto de vista de la motivación, la actitud representa un estado de atención a la presentación de un motivo”.

“Jones y Gerard (1967) definen que la actitud es el resultado de una combinación, en un silogismo, de una premisa constituida por una creencia y de otra constituida por un valor. Las actitudes son valores derivados de otros valores, que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo”.

“Rokeach (1969) comenta que la actitud es una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predispone a la persona para responder de una determinada forma”

“Freedman, Carlsmith y Sears (1970) concuerdan en que la actitud es una colección de cogniciones, creencias, opiniones y hechos (conocimiento), incluyendo las evaluaciones (sentimientos) positivos y negativos, todos relacionándose y describiendo a un tema u objeto central”.

Según las definiciones anteriores Rodríguez (1976), sintetiza elementos característicos de las actitudes, los cuales son:

- La organización duradera de creencias y cogniciones en general.
- La carga afectiva a favor o en contra.
- La predisposición a la acción.
- La dirección a un objeto social.

En general Rodríguez (1976), define la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Aunque las personas no llegan al mundo con actitudes perfectamente definidas acerca de ninguna persona u objeto en particular, se sabe que algunas de ellas se desarrollan con gran rapidez. Uno de los procesos básicos que determinan la formación y desarrollo de las actitudes se explica con base en los principios del aprendizaje. Las actitudes que se

refuerzan, ya sea verbal o no verbalmente, tienden a conservarse, y en sentido inverso, cuando la actitud de una persona provoca la ridiculización de los demás, ésta puede modificar o abandonar esa actitud. Pero no es solo el castigo o el reforzamiento directo lo que influye sobre las actitudes. El aprendizaje vicario se realiza cuando una persona aprende algo mediante la observación de los demás, también da cuenta del desarrollo de actitudes, en especial cuando el sujeto no posee una actitud formada por la experiencia directa con el objeto.

Consistencia interna de las actitudes.

No es sorprendente que las actitudes influyan sobre el comportamiento. La fuerza del nexo entre actitudes y comportamiento específicos varía, pero generalmente las personas tienden a ser consistentes entre sus actitudes y su comportamiento. Además procuran ser congruentes en las actitudes que muestran, según Feldman (1995). Por su parte, Rodríguez (1976), opina que las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta.

Las actitudes desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros, ayudándonos a formar una idea más estable de la realidad que vivimos, y que nos sirve al mismo tiempo, para proteger nuestro yo de conocimientos indeseables. Las actitudes son base de una serie de importantes situaciones sociales, como relaciones de amistad y de conflicto.

Es interesante que la consistencia por la cual las actitudes influyen en el comportamiento, en ocasiones opera de manera inversa, puesto que en algunos casos nuestro comportamiento es el que da forma a nuestras actitudes. (Feldman, 1995).

Rodríguez (1976), comenta que las actitudes se caracterizan por ser variables intercurrentes (no observables, pero directamente sujetas a inferencias de observables) compuestas por tres elementos discernibles:

- el componente cognoscitivo
- el componente afectivo
- el componente relativo a la conducta

El componente cognoscitivo de la conducta implica que para que exista una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, es necesario que exista alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud.

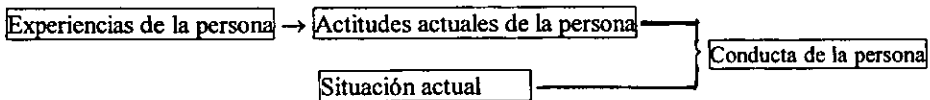
Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tenderá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto en nada afectará a la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad.

El componente afectivo se define como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, es lo único realmente característico de las actitudes. Las creencias y las conductas asociadas a una actitud son apenas elementos a través de los cuales se puede medir la actitud, pero no forman parte de la misma.

El componente más característico de las actitudes es el afectivo, en esto las actitudes difieren de las creencias y de las opiniones que, aunque muchas veces se integren a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación con un objeto y creando una predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva. Los componentes cognoscitivos y afectivos de las actitudes tienden a ser coherentes entre sí.

El componente conductual de las actitudes humanas se propicia por un estado de atención, que al ser activado por una motivación específica resultará en una determinada conducta. Las actitudes pueden llegar a ser la fuerza motivadora de la acción.

Rodrigues (1976), expone un cuadro de Turner y Converse (1965), en el cual representan el papel de las actitudes en la determinación de la conducta:



Las actitudes crean un estado de predisposición a la acción que, al combinarse con una situación activadora específicamente resulta en una conducta. Debido a este carácter instigador de la acción, cuando la situación es propicia, las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta manifestada, aunque no siempre se registra una absoluta coherencia entre los componentes cognoscitivos, afectivos y relativos a la conducta de las actitudes.

Las actitudes traen consigo un elemento cognoscitivo (el objeto tal y como es conocido), un elemento afectivo (el objeto como blanco de un sentimiento en pro o en contra) y un elemento relativo a la conducta (la combinación de la cognición y el afecto como instigadora de conductas dadas de determinada situación).

La relación que existe entre actitud y conducta es muy estrecha con la teoría de la congruencia, los tres componentes de las actitudes deben ser internamente congruentes. Aunque con frecuencia se verifica cierta incongruencia entre las actitudes y las conductas emitidas por las personas. Para Tradis (1971), citado por Rodrigues (1976), sería ingenuo decir que no existe relación entre las actitudes y la conducta, las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellas les gustaría comportarse con relación a un objeto actitudinal. La conducta no se encuentra solo determinada por lo que a las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, es decir, por las normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, o sea hábitos, y por las consecuencias esperadas de su conducta.

Las personas tienen actitudes con relación a determinados objetos de una situación, y también la situación como tal. Por el hecho de que poseemos actitudes en relación con ciertos objetos sociales y con ciertas situaciones en las que ellos se encuentran involucrados, explica ciertas incongruencias aparentemente existentes entre la actitud y la conducta, así pues, se concluye que la conducta es la resultante de múltiples actitudes.

De especial interés es un concepto al que prestaremos atención: la centralidad de un objeto actitudinal. Cuanto más central es una creencia, mayor resistencia presenta al cambio, para Rokeach (1967), citado por Rodríguez (1976), existen creencias sobre las que existe un 100% de consenso sobre su realidad, por lo que no son susceptibles a controversias (creencias del tipo A), existen otras en que el grado de consenso es cero, porque son inviolables para el individuo que las mantiene, (creencias del tipo B), así también existen creencias que tienen las personas en autoridades cuyo poder de referencia es para ellas elevado (creencias del tipo C), por lo tanto, este último tipo de creencia, todo lo que emana de dichas autoridades pasa a construir también objeto de creencia para el individuo (creencia del tipo D), por último, explica Rodríguez, existen las llamadas creencias inconsecuentes que se caracterizan por depender del puro gusto y cuya conservación es independiente del consenso que sobre ella se tenga.

Hovland y Rosenberg (1960) esquematizan, plasman y representan las actitudes, las cuales Rodríguez (1976), expone en el siguiente cuadro:

		AFECTO	Respuestas del sistema nervioso simpático Afirmaciones indicativas de afecto
Estímulos (personas, situaciones, grupos, productos sociales y demás objetos actitudinales).	ACTITUD	COGNICIÓN	Respuestas perceptivas Afirmaciones verbales de creencias y opiniones
		CONDUCTA	Acciones manifestadas Afirmaciones verbales relativas a conductas.

Un tema de igual importancia por analizar es el la teoría de Sivacek y Crano (1982), citado por Rodríguez (1976). Para ellos la correspondencia entre actitud conducta será mayor, si mayor es el interés involucrado por la persona en el contenido actitudinal.

Para Fishbein y Ajzen, citado por Rodrigues (1976), la relación actitud conducta se da conjuntamente con factores de intención de comportamiento que se constituye en un buen predictor de la conducta de una persona.

Existen dos componentes principales que son capaces de predecir intenciones, y éstas a su vez conductas: son las actitudes de las personas relacionadas con un acto en particular y la percepción de lo que otras personas esperan que ellas hagan y su motivación a conformarse a esta expectativa. Ya que las actitudes y las normas subjetivas pueden ser empíricamente determinadas a través de escalas apropiadas, la intención de emitir una determinada conducta es función de la suma ponderada de estos factores. Las actitudes están influidas por nuestras creencias relativas a ciertos resultados o consecuencias de determinadas conductas, la norma subjetiva es una consecuencia de nuestras creencias sobre los juicios de otras personas con referencia a nuestra conducta.

Para ser capaces de prever la intención de una persona en practicar determinada conducta, es necesario determinar empíricamente cuáles son sus actitudes en relación con la conducta. Por otro lado es importante determinar el valor atribuido por la persona a la norma subjetiva, o sea, a su percepción de las evaluaciones de otras personas a la emisión de esa conducta, ya que se ha determinado la magnitud de estos dos factores y la intención de la persona de realizar la conducta, también es posible determinar el peso relativo de cada uno de estos factores en la predicción de la intención.

La determinación de las creencias subyacentes a los principales componentes del modelo de Ajzen y Fishbein, según Rodrigues (1976), permite la construcción de comunicaciones persuasivas destinadas a alterar dichas creencias en el sentido deseado. El entendimiento de la conducta mejora si separamos bien el papel desempeñado por las creencias y por las actitudes en la instigación de la conducta.

Un aspecto relevante a señalar son los valores, que son categorías generales dotadas de componentes cognoscitivos, afectivos y de elementos capaces de predisponer la adopción de una determinada conducta, difiriendo de las actitudes por su generalidad.

Rodrigues (1976), menciona que Allport, Vernon y Lindzey (1951), proponen una escala para la clasificación de las personas de acuerdo con la importancia de sus propios valores:

1. Teórico: énfasis en los aspectos racionales, críticos, empíricos y búsqueda de la verdad.
2. Estético: énfasis en la armonía, la belleza de las formas, la simetría.
3. Práctico: énfasis en la utilidad y el pragmatismo, predominancia de enfoques de naturaleza económica.
4. Social: énfasis en el altruismo y la filantropía.
5. Político: énfasis en la influencia, la predominancia y el ejercicio del poder en diversas esferas.
6. Religioso: énfasis en los aspectos trascendentales, místicos y búsqueda de un sentido para la vida.

La característica de la generalidad de los valores y de especificidad de las actitudes, hace que una misma actitud pueda derivarse de dos valores distintos.

Formación de actitudes.

El elemento de pensamiento de una opinión a menudo se basa en las experiencias e inferencias o sea, las generalizaciones. Para Allport (1958), según Rodrigues, 1976, cuando se da un pequeño grupo de datos, los seres humanos se apresuran a hacer generalizaciones como si se tratara de un conjunto enorme de personas.

Las personas obtienen algunas actitudes por medio de principios conductuales de aprendizaje, sin percatarse de que aprenden algo. Una forma de influencia es el aprendizaje por observación, solo viendo e imitando a otros. Es posible que las recompensas y los castigos (condicionamiento operante), también intervengan. La aprobación y apoyo de los padres y otras figuras importantes son motivadores potentes para la adopción de sus opiniones. Su crítica y rechazo pueden debilitar las actitudes; incluso si un asunto es de poca trascendencia, el consenso o repudio de desconocidos totales puede influir sobre qué actitudes expresa una gente.

Cuando una opinión específica se asocia en repetidas ocasiones con alguna emoción, las personas propenden a vincularlos con base en el condicionamiento respondiente o clásico. Cuanto más contacto tengan las personas con un objeto o gente, más afecto sentirán hacia esa cosa o individuo. La sola exposición es una influencia muy poderosa hacia las actitudes cuando no hay información, o sea la familiaridad afecta la opinión.

Una vez que se han dado las actitudes, los estereotipos y los prejuicios ejercen una fuerza muy potente.

Existen diferentes enfoques, en cuanto a la formación de actitudes se refiere, uno de ellos es el de Smith, Bruner y White, citados por Rodrigues (1976), quienes afirman que las opiniones forman parte importante en la personalidad del individuo. Un conjunto de opiniones puede servirle a una persona de base para su serenidad frente a un mundo en transformación, y a otra de estímulo para una actividad revolucionaria. Se deben describir las opiniones, del mismo modo en que se deben investigar de que modo se relacionan con otros aspectos de la vida del individuo.

Para Smith, Bruner y White, citados por Rodrigues (1976), las actitudes se forman con objeto de atender a determinadas funciones, las cuales son vistas desde una perspectiva pragmática, de utilidad para el ajuste de la personalidad frente al mundo exterior. La personalidad individual incluye una serie de opiniones (actitudes) y el contexto en que éstas se forman resulta importante para la determinación del papel que las mismas serán llamadas a desempeñar.

Para estos autores, las actitudes se forman a partir de factores internos y externos a la persona, a un mayor nivel de generalidad, podemos afirmar que las opiniones o actitudes de una persona sirven de mediadores entre sus demandas internas y su ambiente externo, el

ambiente material, el ambiente social y más directamente, el ambiente informativo de la persona. Las actitudes de una persona son su principal instrumento para enfrentarse a la realidad, estas actitudes no son solo un producto de las necesidades y de las defensas básicas, ni son moldeadas directamente como en una fotocopiadora del mundo en que se encuentra la persona, ni tampoco son una copia de los grupos a los que pertenece o aspira pertenecer la persona. Son un apartado para equilibrar como mediador, las imposiciones del funcionamiento interior y las imposiciones del ambiente. Nadie puede predecir las opiniones de una persona solo por conocer su personalidad o por el conocimiento que se tenga de su ambiente.

Según Smith, Bruner y White, citados por Rodrigues (1976), las principales funciones de las actitudes son:

- a) Evaluación del objeto
- b) Ajuste social
- c) Exteriorización

La función de evaluación del objeto consiste en el “test de la realidad”. Que poseamos una actitud definida, relacionada con un objeto específico nos brinda el patrón necesario para el establecimiento de nuestras reacciones frente a dicho objeto. Las actitudes no existen como algo aislado y sí como parte integrante de un conglomerado de posiciones que poseen un claro denominador común, por lo tanto la función de evaluación del objeto cumple la función y nos proporciona las posiciones generales capaces de inspirar nuestras reacciones en relación con el objeto específico y a una serie de otros objetos con los cuales aquél se relaciona.

La función de ajuste social que es cumplida por las actitudes, desempeña el papel de permitirnos la facilitación, la conclusión, la conservación más o menos armoniosa de nuestras relaciones con otras personas.

La función de exteriorización cumplida por las actitudes consiste en la manifestación clara e indiscutible de posiciones que defienden o protegen al yo contra ciertos estados de ansiedad provocados por problemas internos, establecen una analogía entre la función de exteriorización de las opiniones con los mecanismos psicoanalíticos de proyección y desplazamiento.

La persona frente a una situación del ambiente externo, exhibe una actitud que representa una visión transformada de la manera con que ella encara sus problemas internos de inseguridad y de sentimiento de inferioridad.

Existe otra posición teórica importante a señalar en este aspecto. Es la de Katz y Sotland, citados por Rodrigues (1976). Ellos proponen que el papel funcional de las actitudes es flagrante y fundamental. Su base teórica se fundamenta en cuatro puntos:

1. La actitud cumpliendo la función de ajuste, caracterizándose como un instrumento para la consecución de un objetivo,
2. La actitud cumpliendo la función de defensa del yo,

protegiendo a la persona contra el reconocimiento de verdades indeseables,

3. La actitud como expresión de un valor al cual la persona aprecia sobremedida y con relación al cual siente la necesidad de exhibir inequívocamente su posición,
4. La actitud cumpliendo la función de ordenar el ambiente, de comprender los fenómenos circundantes y de integrarlos de forma coherente.

Otro enfoque que conlleva la noción de actitud, es la de congruencia cognoscitiva. En este enfoque existe una fuerza en dirección a la congruencia, a la armonía, a la herencia entre nuestras actitudes y entre los componentes integrantes de las actitudes, por lo tanto éstas conducen a un estado de armonía.

Un estado de consistencia entre las actitudes conduce a una rápida y suave adopción de dichas actitudes coherentes. Por otro lado las actitudes incongruentes son de difícil formación y asimilación, a pesar de que todos nosotros exhibimos conductas que, más o menos con frecuencia, indican la existencia de actitudes incongruentes subyacentes.

Según las teorías de congruencia cognoscitiva, las actitudes se forman de acuerdo con el principio de la armonía y de la buena forma, siendo más fácil la organización de las actitudes que forman un todo coherente e internamente consistente, que la formación de actitudes que debido a su incongruencia, provocan tensión y deseos de cambio.

La posición de Rosenberg, citado por Rodrigues (1976), se basa en la teoría del equilibrio de Heider, que consiste básicamente en afirmar que existe una estrecha vinculación entre las creencias acerca de un objeto y el afecto prodigado a dicho objeto, por lo tanto cuando existe coherencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de las actitudes, éstas se forman de manera estable y duradera, sin provocar tensión, y sin motivar ningún cambio; lo opuesto se verifica en el caso de que no exista coherencia, dificultando la formación de las actitudes, que solo se estructurarán definitivamente cuando un estado de congruencia entre dichos elementos sea alcanzado.

Rosenberg citado por Rodrigues (1976), centró su atención principalmente sobre los aspectos cognoscitivos y afectivos de las actitudes, y aseveró que entre ellos existe un estado óptimo de congruencia que facilita la afirmación y el fortalecimiento de una actitud. La base de las actitudes se encuentra en el refuerzo o el castigo que aparece después de la emisión de una conducta.

Doob, citado por Rodrigues (1976), tiene una actitud conductista, para él la actitud es una variable interrecurrente que se interpone entre un determinado estímulo y la conducta subsecuente, existe un estímulo que conduce a una respuesta implícita y termina una conducta explícita. La secuencia se da de la siguiente forma:

- a) La percepción: existe un impulso que motiva a la persona a prestar atención a determinado estímulo, iniciando la secuencia mencionada más arriba;
- b) La fuerza del hábito aferente (del estímulo hacia la respuesta implícita) y eferente

(de la respuesta implícita hacia la conducta explícita):

- c) La fuerza del impulso: de ahí proviene la intensidad de la motivación y, en consecuencia, la fuerza de la respuesta implícita.

Para Doob, citado por Rodrigues (1976), la conducta emitida es una función de diversas determinantes y no apenas de la respuesta implícita (actitud) al estímulo considerado. Otros hábitos, impulsos, e incluso otras actitudes previamente adquiridas, son capaces de intervenir en la respuesta explícita que es la conducta. De ahí la imposibilidad de prever con exactitud cuál será la conducta de una persona a través del conocimiento de su actitud en una situación específica. De esta interacción de factores que ejercen influencias sobre la conducta explícita, se deduce también la dificultad para medir con precisión la actitud, puesto que la conducta emitida es una función de dicha actitud y de otros factores.

Así, de la misma forma que los enfoques anteriormente mencionados, las situaciones sociales desempeñan un importante papel en la formación de actitudes.

2.2 Modificación de actitudes

Las personas intentan de continuo modificar las actitudes de los demás. Existen dos vías para el cambio de actitudes. Uno es de naturaleza cognoscitiva. Cuando los asuntos son relevantes para los individuos, analizan el contenido. Uno relaciona el material con lo que ya se sabe y después se evalúa en forma racional la posición que uno sostiene; en este transcurso quizá uno descubra datos que respalden el mensaje, o quizá se hallen contra-argumentos convincentes. Si los pensamientos son propicios, uno se ve convencido; si son desfavorables, se resiste. Cuando se opta por otra actitud, es probable que las nuevas opiniones duren mucho tiempo. La otra vía para el cambio de actitudes tiene poca relación con el pensamiento y más que ver con el sentimiento. En los casos en que el tema es trivial y las recompensas o presiones son sustanciales, uno propende a adoptar opiniones nuevas sin pensarlo; sin embargo, este tipo de cambio de actitud es temporal.

Para Rodrigues (1976), cualquier actividad que persiga la consecución del bienestar humano deberá necesariamente contemplar el cambio de las actitudes de los individuos, con el objeto de hacerlas compatibles con la obtención del bienestar colectivo.

Existe la posición teórica para el cambio de actitud de Kelman, citado por Rodrigues (1976), en la cual menciona que en el momento en que una actitud comienza a formarse, dicha actitud estará cambiando, o por lo menos estará sujeta a cambios.

Para Kelman, citado por Rodrigues (1976), son tres los procesos de influencia social conducentes al cambio de actitud, que nos abren las puertas para un mejor entendimiento del proceso de formación de las actitudes:

- a) Aceptación. La influencia social que se obtiene por medio de la aceptación es aquella que se registra cuando una persona acepta la influencia ejercida por otra persona o por un determinado grupo, con el objeto de tener aceptación por parte de dicha persona o de dicho grupo.

- b) **Identificación.** La identificación se da cuando una persona adopta una conducta que se deriva de otra persona o grupo, por que dicha conducta se encuentra asociada a una relación con dicha persona o grupo que es, en sí misma, compensatoria en vista de la autodefinición de la persona, respecto a dichos puntos de diferencia.

Las actitudes así formadas o transformadas asumen el carácter de dependientes y privadas, puesto que dependen de los puntos de referencia, pero no necesitan de la fiscalización de dichos puntos de referencia para ser exhibidas.

- c) **Internalización.** Este proceso se da a través de cambio o de formación de la actitud. Cuando una persona acepta una influencia porque dicha influencia es congruente con su sistema de valores, evidentemente, este tipo de influencia redundará en una modificación de actitud que exhibirá las características de independencia del agente que ejerce la influencia, en lo que se refiere a la necesidad de que el agente que ejerce la influencia continúe manteniendo la actitud que sirvió de punto de referencia para la influencia ejercida.

A continuación se presenta la tabla de la posición de Kelman, citado por Rodrigues (1976), en donde se describen las tres clases de influencia social.

	ACEPTACIÓN	IDENTIFICACION	INTERNALIZACION
A. Antecedentes			
1. Base para la importancia de la inducción.	Preocupación con el efectos social de la conducta.	Preocupación con el apoyo social de la conducta.	Preocupación con el valor de la congruencia de la conducta.
2. Fuente poder del agente inductor.	Medios de control.	Atracción.	Credibilidad.
3. Modo de alcanzar el dominio de la respuesta inducida.	Limitación de la elección de conducta.	Delimitación de las exigencias del papel.	Reorganización de la realización medios/fines.
B. Consecuentes			
1. Condiciones de ejecución de la respuesta inducida.	Fiscalización por parte del agente que ejerce la influencia.	Relevancia de la relación con el agente.	Relevancia de los valores con relación al tema específico.
2. Condiciones de cambio y extinción de la respuesta inducida.	Percepción modificada de las condiciones para la recompensa social.	Percepción modificada de las condiciones para las relaciones satisfactorias.	Percepción modificada de las condiciones para la maximización de valores.
3. Clase de sistema de conducta que incluye a la respuesta inducida.	Exigencias externas de un ambiente específico.	Expectativas que definen un papel específico.	Sistema de valores de la persona.

Influencias en el cambio de actitud.

La fuente de persuasión. La fuente del mensaje desempeña un gran papel en la modificación de opinión, sobre todo cuando las personas no están muy bien motivadas para procesar información y razonar mucho. El emisor del mensaje debe tener pericia o parecido con el público. En cada caso la fuente debe ser atractiva y agradable. Y con motivos de los cuales no pueda sospecharse. Al principio la verosimilitud del emisor es de importancia primordial; conforme pasa el tiempo, la gente se concentra en el aviso en sí. El incremento en la fuerza del mensaje persuasivo en el tiempo se le llama el efecto del dormilón.

El individuo que emite un mensaje persuasivo tiene mucho impacto sobre la eficacia del mensaje. Los comunicadores atractivos, tanto física como socialmente, parecen producir una mayor modificación en las actitudes, además, la pericia y la confiabilidad de un comunicador se relacionan con el impacto del mensaje. (Feldman, 1995).

La comunicación. Los argumentos lógicos a menudo son elocuentes, y llegar a conclusiones de manera explícita es importante cuando el material es complicado. Ya que con frecuencia los oyentes saben o conocerán objeciones, los mensajes parecen ser más efectivos cuando aceptan los contra argumentos y combaten las posibles impugnaciones.

Las consideraciones emocionales también influyen aún en avisos bien razonados. El poder de convencimiento de un mensaje puede incrementarse si se asocia el aviso con sentimientos agradables, el enfoque del condicionamiento clásico o respondiente. Generar sensaciones negativas y después mostrar a las personas de qué modo pueden deshacerse de ellas, es otra táctica exitosa para modificar opiniones, aunque podría ser contraproducente, ya que si se produce un nivel muy alto de ansiedad, los individuos pueden sentirse tan amenazados que retiran la experiencia, incluyendo la nueva actitud de sus mentes.

Características del mensaje. No solo se trata de quién transmite el mensaje, sino también de su contenido; ambos factores influyen en el grado de modificación del comportamiento y las actitudes. Los argumentos unilaterales, que solo presentan la versión del comunicador, probablemente sean los mejores si el mensaje del comunicador en principio es bien recibido por el público. Pero si el público recibe un mensaje que además presenta una opinión contraria, los mensajes con dos puntos de vista, que incluyen tanto la posición del comunicador como la postura contraria, son más adecuados, tal vez debido a que se les percibe como más precisos y razonados. (Feldman, 1995).

Además, los mensajes que producen miedo, suelen ser efectivos, aunque no siempre sucede así. Por ejemplo, si el miedo provocado es intenso, los mensajes ponen en acción los mecanismos de defensa de las personas y son ignorados. En este caso las invocaciones al miedo son más eficaces cuando incluyen prácticas precisas para evitar el peligro. (Feldman, 1976).

La audiencia. Los avisos convincentes necesitan ajustarse a la audiencia. Cuando el asunto que se trata es importante, un mensaje muy discrepante es peligroso. Es probable que los miembros del grupo a los que están dirigidos los avisos, lo ignoren al subestimar la autoridad de la fuente, en especial si el emisor carece de credenciales sólidas. Las actitudes

de audiencia deben cambiarse poco a poco.

Cuando ya se ha transmitido el mensaje, las características del público determinan si éste será aceptado o no. Se ha encontrado en algunas investigaciones que las personas más inteligentes son más resistentes a la persuasión, que las personas de inteligencia común. Así como también se ha encontrado que existen algunas diferencias entre los sexos con respecto a la susceptibilidad a la persuasión, a las mujeres se les persuade con más facilidad que a los hombres, en especial cuando tienen menos conocimientos sobre el tema del mensaje. (Alice Eagly (1989), citada por Feldman, 1995).

Un factor de gran relevancia para determinar si el mensaje será aceptado o no es el tipo de procesamiento de información realizado por el receptor.

La persuasión puede provenir de dos vías: la del procesamiento por vía central y la del procesamiento por vía periférica. El procesamiento por vía central se produce cuando el público considera con cuidado los temas y los argumentos que se presentan en el intento de persuadirlo. El procesamiento por vía periférica, por el contrario, tiene lugar cuando el receptor emplea información que le es más fácil de comprender y que requiere menos esfuerzo intelectual, como cuando la persuasión se basa en la naturaleza de la fuente y otro tipo de información de menor importancia con respecto a los temas implicados en el mensaje. Por lo general, el procesamiento por vía central genera un cambio de actitudes de mayor duración. Sin embargo, si no es posible emplear el procesamiento por vía central, por ejemplo si el receptor no presta atención, está aburrido, o distraído, la naturaleza del mensaje pierde importancia y los factores periféricos aumentan su preponderancia. (Feldman, 1995).

La modificación de opiniones es más posible cuando se subraya el compromiso personal de la población a la cual está encaminado el mensaje. Una estrategia de involucramiento común es implantar la nueva actitud en un grupo de referencia importante para la audiencia.

La teoría de la disonancia cognoscitiva sugiere un modelo para comprender porque la conducta discrepante puede cambiar actitudes. Si las acciones entran en conflicto con las ideas, las personas se sienten incómodas. A veces analizan un poco para determinar lo que en realidad piensan y perciben. Habiendo hecho esto es posible que ajusten su comportamiento o pensamientos para establecer la consistencia y reducir la disonancia (angustia debida a la incompatibilidad). La personalidad de la gente a la que está encaminado el aviso interviene en el intento de persuasión. Las personas con poca autoestima parecen ser más fáciles de convencer, en especial si la situación es compleja y difícil de entender. La gente tiende a apreciar la consistencia en ella misma y en los demás.

La disonancia cognoscitiva se manifiesta cuando una persona tiene dos actitudes o pensamientos, que se contradicen entre sí. Esta teoría afirma que estos dos pensamientos provocan un estado de disonancia cognoscitiva, predice que el individuo estará motivado para reducir dicha disonancia mediante uno de los siguientes métodos:

- modificación de una o ambas cogniciones,
- modificación de la importancia percibida de una de las cogniciones,
- adición de nuevas cogniciones,
- negación de que ambas cogniciones se relacionan entre si.

Cualquiera que sea la técnica utilizada, el resultado será una disminución de disonancia. Además se produce un efecto de exposición selectiva, que es un intento encaminado a reducir al mínimo la disonancia por medio de la asimilación exclusiva de la información que apoye la elección tomada y se evita que algo se le oponga. (Feldman, 1995).

Cuando las percepciones, la información o las ideas entran en conflicto, muchas personas se sienten incomodadas, al tiempo que se sienten motivadas a reducir la ansiedad producida por esta situación. Los seres humanos recurren a varias estrategias para decrementar la tensión; a veces buscan nueva información. En ocasiones actúan de manera diferente o cambian sus actitudes. A veces solo ponen atención a la activación desagradable y tratan de reducirla.

Para León Festiger (1975), según Rodrigues (1976), son tres los dilemas que llevan a la disonancia cognoscitiva y que motivan el cambio:

- Cogniciones personales incongruentes con las normas sociales.
- Las personas esperan que pase algo y sucede otra cosa.
- La conducta contradice las actitudes.

Una gama de contraindicaciones mentales evocan signos fisiológicos de ansiedad en muchas personas, en especial las orientadas a lo intelectual que se molestan ante las inconsistencias. En algunos casos que parecen ser una disonancia cognoscitiva, los individuos pueden no estar molestos con las contraindicaciones internas, tanto como lo están hacia la apariencia de incongruencia, la cual consideran vergonzosa.

Cuando la persuasión resulta contraproducente. Los intentos para modificar opiniones a menudo fracasan; en algunas circunstancias, los individuos se hacen incluso, más negativos que al principio. Las amenazas, la vigilancia y las fechas límite pueden desatar el negativismo.

Cuando los seres humanos sienten que se limita en forma arbitraria su libertad y que no pueden escoger a voluntad su propia dirección, experimentan sentimientos desagradables, por lo que se perciben motivados a realizar algo para reestablecer su libertad y eliminar la tensión. Con frecuencia cambian sus actitudes; esto se llama sobre compensación psicológica.

Algunos psicólogos impugnan la disonancia y proponen alternativas como lo es la teoría de la auto percepción que menciona que las personas forman sus actitudes mediante la observación de su propio comportamiento, empleando los mismos principios que usan cuando observan el comportamiento de los demás para obtener conclusiones acerca de sus actitudes. En ciertas ocasiones las personas ignoran las razones por las cuales han

manifestado determinado comportamiento. En estas circunstancias observarán su comportamiento y tratarán de encontrar las razones que los impulsaron a actuar del modo en que lo hicieron. (Feldman, 1995).

Mientras que la explicación de la disonancia sugiere que el cambio de actitud se debe a la presencia del desagradable estado de disonancia que el sujeto intenta superar, la teoría de la auto percepción sugiere que el cambio obedece a una búsqueda activa para comprender el comportamiento personal. (Feldman, 1995).

Recientes enfoques de la teoría de la disonancia se han centrado alrededor de las condiciones en que ésta se produce. Algunas investigaciones sugieren que no solo las discrepancias entre cogniciones pueden generar disonancia, sino que otros factores como los sentimientos de responsabilidad ante resultados desagradables o amenazas al auto-concepto, también pueden producir disonancia. (Feldman, 1995).

Aunque no podemos tener seguridad de que la teoría de la disonancia o las otras teorías nos ofrezcan la mejor explicación de la forma en que reaccionan las personas ante inconsistencias que existen entre sus actitudes y su comportamiento, es obvio que la mayoría de las personas intentará armonizarlos, o sea, tratamos de que sean consistentes. Cuando nos comportamos de manera inconsistente con nuestras actitudes trataremos de modificarlas con el objetivo de que se ajusten mejor a nuestro comportamiento. (Feldman, 1995).

El cambio en el componente cognoscitivo puede conllevar a un cambio en el componente afectivo y en el componente relativo a la conducta. El conocimiento de determinados hechos acerca de una persona, hechos que no concuerdan con nuestro sistema de valores, puede conducirnos a un cambio de actitud hacia dicha persona, del mismo modo que el conocimiento de hechos positivos pueden llevarnos a desarrollar una relación amistosa con dicha persona.

El cambio registrado en el componente afectivo de las actitudes nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia dicha persona, así como atribuirle una serie de defectos (componente cognoscitivo).

Para que una persona cambie de actitud es importante que la misma reciba incentivos. La actitud deseada debe ser provocada a través de incentivos y reforzada para que se incorpore al repertorio de conductas de la persona, esto se da por medio de un paradigma extraído de la teoría general del aprendizaje a través del refuerzo. La comunicación persuasiva deberá revertirse de incentivos capaces de recompensar al receptor de la comunicación con el objeto de facilitar su adopción. La credibilidad y la competencia del comunicador son dos características importantes para la obtención de una comunicación persuasiva eficaz, si el receptor percibe al comunicador como algo competente, y al mismo tiempo lo percibe como interesado en transmitir lo que esta aseverando, esta última percepción provocará sospechas y desconfianza sobre la sinceridad del comunicador, disminuyendo la eficacia del intento de persuasión. La fuente de alta credibilidad invariablemente produce mayores cambios de actitud que la fuente de baja credibilidad.

La influencia de la credibilidad del comunicador, las intenciones, los hechos, los conocimientos y la credibilidad inspirada por el comunicador son variables importantes en lo que respecta a la eficacia de la comunicación persuasiva.

La comunicación persuasiva, se puede presentar de diferentes formas, tales como:

- Los argumentos más importantes en primer lugar y los menos importantes en segundo lugar.
- La argumentación procediendo a la conclusión y a la argumentación dejando implícita la conclusión.
- Presentación de argumentos exclusivamente a favor de lo que se pretende o inclusión también de los argumentos contrarios a lo que se persigue con la comunicación persuasiva.
- Presentación de una posición muy diferente de la originalmente defendida por el receptor de la comunicación y presentación de una posición apenas un poco diferente de la sustentada por el receptor.
- Recurrir a argumentos de naturaleza emocional o a la simple presentación de argumentos racionales.
- Recurrir a argumentos provocadores de miedo o exclusión de dicho tipo de argumentación.

Los argumentos deben presentarse de forma ordenada y preestablecida, esto supone la posibilidad de incrementar el índice de efectividad del cambio actitudinal, en sí, de este mismo modo, la presentación u omisión de la conclusión, la comunicación unilateral y bilateral, la cantidad de cambio intentado, la naturaleza emocional o racional de la comunicación y la comunicación con argumentos atemorizantes, son temas que se discuten a continuación para el mejor efecto en el cambio de actitudes.

El orden de presentación de los argumentos. Los argumentos que deben presentarse en primer lugar no son siempre los más importantes, sino los más elocuentes y los menos convincentes en último lugar.

Presentación u omisión de la conclusión. Por un lado, la presentación de la conclusión hace que el objetivo de la comunicación sea más claro e inequívoco, pero por el otro lado presenta el inconveniente de poder despertar en el auditorio ciertos sentimientos negativos hacia el comunicador, en virtud de una atribución de parcialidad en su argumentación. Dejando al auditorio la tarea de inferir en las conclusiones, el comunicador podrá parecer más digno de crédito, menos interesado en conducir a los receptores del mensaje hacia los fines que se ha propuesto y en consecuencia, obtener mayor eficacia en el intento de convencimiento.

Comunicación unilateral y bilateral. La comunicación unilateral es aquella que solo presenta los argumentos en pro o en contra de un determinado tema; la bilateral presenta los dos aspectos de la controversia, la menor o mayor eficacia de los dos tipos de comunicación dependerá del tipo de auditorio al que se dirige la comunicación. Con un auditorio

intelectualmente sofisticado, la comunicación bilateral resulta más eficaz, ocurriendo todo lo contrario con un auditorio de nivel intelectual por debajo del promedio, el cual es el objetivo de la presente investigación.

Cantidad de cambio intentado. Entre mayor sea el cambio intentado, mayor será el cambio alcanzado. Para Hovland, Hervey y Sherif (1957), citado por Rodríguez (1976), la amplitud del campo de aceptación o rechazo de una comunicación persuasiva presentan tres aspectos importantes:

- La latitud de aceptación, es la posición de una persona en relación con un tema, que constituye la posición más aceptable, rodeada de otras posiciones igualmente aceptables.
- La latitud de rechazo está constituida por la posición más contraria a la actitud de la persona con relación al tema, conjuntamente con otras posiciones también contrarias.
- La latitud de no compromiso, son las posiciones que no son aceptables pero que tampoco son impugnadas por la persona. La latitud de no compromiso es directamente proporcional a la moderación de la posición de una persona en relación con un objeto actitudinal.

Las personas cuyas actitudes son muy radicales respecto de un determinado aspecto poseen latitudes de aceptación y de rechazo inversamente relacionadas en magnitud, o sea, cuanto mayor es una de ellas, menor será la otra.

Los intentos de comunicación persuasiva con personas cuya latitud de rechazo es muy grande, deben ser moderados y no extremados, puesto que difícilmente se alcanzará algún éxito al intentarse presentar una comunicación cuyo contenido cae completamente dentro de la latitud de rechazo del receptor de la misma, por otro lado se pueden intentar modificaciones más radicales con personas cuya latitud de no compromiso es grande, puesto que sus actitudes de aceptación y de rechazo son pequeñas.

Naturaleza emocional o racional de la comunicación. La mayor o menor eficacia de las comunicaciones que utilizan argumentos racionales o emocionales no son claras e inequívocas. La motivación de ciertas predisposiciones a responder por parte del auditorio, tales como la atención al contenido verbal de la comunicación, la comprensión del mensaje transmitido por la comunicación, y la aceptación de las conclusiones propuestas por las comunicaciones, pueden ser afectadas de diversas maneras.

Un mensaje de contenido emocional puede servirle de incentivo al receptor, al predisponerlo a aceptar la comunicación persuasiva. Una comunicación de naturaleza emocional puede despertar mayor atención sobre el contenido de la comunicación; puede brindarle una mayor motivación al receptor de la comunicación para entender la esencia de la misma y puede facilitar la aceptación de las conclusiones sugeridas. Otro aspecto fundamental es la comunicación y el tipo de auditorio. Los argumentos emocionales parecen surtir mejores efectos cuando el auditorio es poco sofisticado educacional e intelectualmente.

Comunicación con argumentos aterradoras. La comunicación que amenaza al receptor en el sentido de que la no aceptación del mensaje de la comunicación persuasiva le podría acarrear consecuencias desagradables, puede poner defensas contra las amenazas, provocando una mayor resistencia a la persuasión. El estímulo de un estado emocional por una comunicación y la recomendación de algo que sea capaz de satisfacer la necesidad despertada por la comunicación, redundan en una mayor eficacia de la comunicación persuasiva.

La influencia ejercida por el tipo de auditorio tiene que ver en gran medida con otras variables tales como la personalidad de los receptores de la comunicación y al hecho de que éstos pertenezcan o no a grupos monolíticos.

Hovland (1959), citado por Rodrigues (1976), encontró correlaciones positivas entre ciertas características de la personalidad y una mayor susceptibilidad a la persuasión, las cuales son:

- a) Autoestima. Cuanto mayor es la autoestima, menos susceptible a la influencia será el individuo.
- b) Autoritarismo. Las personas autoritarias son muy susceptibles de ser influenciadas por comunicadores de prestigio.
- c) Aislamiento social. La sensación de aislamiento social conduce a una mayor dependencia de la aprobación por parte de los demás, lo que redundan en una mayor susceptibilidad a la influencia.
- d) Mayor o menor riqueza de fantasías. Las personas más propensas a las fantasías son más susceptibles a la persuasión.
- e) Sexo. Tal vez debido al papel más pasivo atribuido a la mujer en nuestra sociedad, las personas del sexo femenino son un poco más susceptibles que las del sexo masculino.
- f) Tipo de orientación vital. Las personas cuyos valores son más compatibles con la adaptación y la conformidad, son más susceptibles a la persuasión que aquellas cuya orientación vital valoriza la independencia y el establecimiento de objetivos y patrones personales.

Los miembros de un grupo son más susceptibles a la influencia de una comunicación atribuida a otro miembro del grupo al cual pertenecen, que a la de una misma comunicación atribuida a un elemento extraño al grupo.

Se mencionará a continuación la teoría de toma de decisiones por la relación que tiene con el cambio actitudinal y la importancia de tomar una decisión a otra.

La importancia de las decisiones que deben ser tomadas varía enormemente de acuerdo con la edad y las responsabilidades de cada persona, pero todas son invariablemente solicitadas a hacer elecciones con relativa frecuencia. La orientación seguida en estas especialidades consiste en establecer los principios a través de los cuales las decisiones tomadas son capaces de maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas, buscando siempre las decisiones que proporcionen los resultados más próximos posibles al valor esperado en términos de la utilidad.

Las decisiones no son tomadas siempre de manera racional. La mayoría de ellas involucran la mezcla de aspectos racionales y emocionales y son esencialmente un fenómeno individual, por lo que deben ser estudiadas según los siguientes aspectos:

- 1) Con frecuencia, nuestras decisiones reciben influencias de la suposición acerca de lo que dirán los demás con relación a las mismas, o por la expectativa de las consecuencias que las mismas acarrearán a otras personas.
- 2) Las consecuencias psicológicas del fenómeno de la toma de decisiones, son también influidas en gran parte por la expectativa de reacción por parte de los demás.
- 3) Diversos estudios han demostrado que las decisiones tomadas individualmente difieren de las decisiones tomadas en grupo.

Existen dos posiciones encontradas en la psicología con respecto a la naturaleza del proceso de decisión. El proceso de decisión inicia con un conflicto entre alternativas incompatibles, dicho conflicto permanece hasta que una de las alternativas recibe un mayor peso y en consecuencia, es escogido en el momento de la decisión. El proceso de decisión es un proceso caracterizado por una situación de conflicto. La decisión se registra con el objeto de ponerle término al conflicto, el cual provoca tensión y necesidad de solución, y en las circunstancias en que la decisión debe ser tomada en un determinado punto de la secuencia temporal de los acontecimientos, la persona se inclina hacia una de las alternativas en conflicto con el objeto de estar en condiciones de poder tomar la decisión una vez expirado el plazo de que disponía para deliberar, después de tomada esta decisión, el conflicto se ve atenuado pero sobrevivirían algunos resquicios capaces de promover el inicio de un nuevo conflicto más intenso, así como la búsqueda de una decisión capaz de ponerle término.

Otro planteamiento propuesto por Festiger (1964), citado por Rodrigues (1976), se refiere a que el proceso de decisión puede ser dividido en tres etapas psicológicamente distintas.

- Etapa predecisiva. Conflicto y evaluación no tendenciosa de las alternativas.
- Etapa de la decisión propiamente dicha. Elección de una alternativa y rechazo de la otra y otras.
- Etapa de la reducción de la disonancia. Parcialidad en el sentido de valorar más la alternativa escogida y desvalorizar a las rechazadas.

El punto principal de las dos posiciones presentadas anteriormente, consiste en que en la primera posición se afirma que resulta necesaria la inclinación hacia una de las alternativas en conflicto para que se pueda tomar una decisión; y para los que concuerdan con la segunda, dicha actividad tendenciosa solo tiene lugar una vez tomada la decisión.

2.3 Medición de actitudes

Para Rodrigues (1976), la actitud es una variable intercurrente y como tal, sujeta a inferencias a partir de un hecho no directamente observable. Se mide a través de los hechos observables con ella relacionados.

Medir es, de acuerdo con un cierto conjunto de reglas, asignar números a observaciones. Si el fenómeno es la actitud, el proceso de medir se hace más complejo porque las actitudes no pueden observarse directamente, sino que necesitan inferirse de la conducta.

Cuando se tiene que medir un fenómeno inaccesible a la observación directa es útil concebir el proceso de medición como compuesto por tres subprocesos:

- identificación de las muestras conductuales que se aceptan como bases para hacer inferencias acerca del concepto subyacente;
- recolección de las muestras conductuales, y
- el tratamiento de las muestras conductuales para convertirlas en una variable cuantitativa.

Para la medición de actitudes existen varios métodos sistematizados, uno de ellos es la escala que Rensis Likert propuso en 1932, esta escala debe cumplir con ciertas características:

-Se elabora un cuestionario piloto, con un mínimo de 70 preguntas, por cada dimensión, 35 favorables y 35 desfavorables al objeto medido.

-Se trabaja con cinco alternativas que van desde:

- | | |
|--------------------------|------|
| a) Totalmente de Acuerdo | (TA) |
| b) Acuerdo | (A) |
| c) Indiferente | (I) |
| d) Desacuerdo | (DA) |
| e) Totalmente Desacuerdo | (TD) |

-Las opciones se califican del 0 al 4 o del 1 al 5 (TA=5, A=4, I=3, DA=2, TD=1, A=2, I=3, DA=4, TD=5) respetando siempre la favorabilidad de la pregunta. La calificación debe ser inversa, dependiendo de la favorabilidad o desfavorabilidad de la pregunta.

- Se desarrollan las instrucciones para la forma en que los sujetos van a contestar el cuestionario.
- Las afirmaciones favorables y desfavorables se revuelven, se pueden sortear para ver la forma en que se van a quedar en el cuestionario.
- Se aplica el cuestionario piloto.
- Se analiza cada pregunta por separado para saber si esa pregunta fue confiable o no.

Este método es confiable, así como el de intervalos aparentemente iguales de Thurstone:

L.L. Thurstone ha creado tres formas para medir las actitudes;

- El método de comparaciones apareadas que consiste en la presentación de un número considerable de pares de afirmaciones, las cuales serán calificadas por los jueces, en cuanto al grado de favorabilidad de los reactivos hacia el objeto medido. Posteriormente

se calculan probabilidades, puntajes Z y se presentan a los Ss.

- El método de intervalos aparentemente iguales, consiste en la formación de 11 grupos, que van desde totalmente desfavorable (1) hasta totalmente favorable (11) hacia el objeto actitudinal medido. Se calculan los valores escalares y rangos intercuartiles para seleccionar los mejores reactivos. Finalmente se presentan a los sujetos.
- El método de intervalos sucesivos es similar al anterior, con la diferencia que se calculan las frecuencias con que los reactivos se asignaron a los 11 grupos como base para evaluar la distancia entre ellos.

El método del diferencial sistemático (DS), de Charles E. Osgood, no había sido elaborado para medir actitudes, sino que se encaminó para explorar las dimensiones del significado. El diferencial sistemático mide las reacciones de los individuos a objetos semánticos.

El DS mide el resultado connotativo de diversos estímulos, básicamente verbales. Son tres sus supuestos:

-El resultado de la evaluación o juicio puede concebirse como el lugar en que el estímulo ocupa en un continuo experiencial definido por dos términos (adjetivos bipolares).

-Muchos de los continuos experienciales son esencialmente equivalentes, y por tanto se pueden representar unidimensionalmente.

-Un espacio semántico (número limitado de continuos que miden cualquier estímulo) contiene básicamente tres factores importantes: factor evaluativo (E), factor potencia (P) y factor actividad (a)

En los cuestionarios de opción múltiple se deben calcular los coeficientes de confiabilidad, así como la validez; sin embargo, es importante realizar un estudio detallado de las opciones, la clave (respuesta correcta), el índice de dificultad y el índice de discriminación.

1. Se deben calcular los porcentajes y números absolutos de cada ítem, analizando la frecuencia absoluta y porcentajes de cada opción, contrastándola con el número total de sujetos presentados, de esta manera la frecuencia es la cantidad de sujetos de cada opción.
2. La clave es la opción correcta. No todos los cuestionarios de opción múltiple tienen una clave, por ejemplo, los de opinión. La estadística que se utiliza es de frecuencias y porcentajes para cada clave por cada 20% de sujetos, los cuales irán clasificados desde los puntajes más bajos hasta los más altos.
3. El índice de Discriminación (ID) se utiliza para analizar qué tan efectivo es un ítem, cada ítem debe discriminar correctamente, es decir, los sujetos con altos puntajes deberán tener en proporción mayor, el número de respuestas correctas que los sujetos con bajos puntajes.

2.3.1 Confiabilidad y validez de los cuestionarios

La confiabilidad y validez de un instrumento significa que mida lo que debe medir y que lo mida con precisión. Un estudio debe reportar la confiabilidad y la validez por dos razones: 1) Se evidencia qué tan efectiva es la investigación. 2) Se dejan de ocultar las limitaciones reales a las que se enfrentó la investigación.

La validez se entiende como la congruencia, precisión, objetividad y constancia de una investigación;

-Congruencia porque las variables y sus indicadores deberán medir la misma cosa.

-Precisión porque uno mismo deberá de reproducir varias veces la investigación y deberá obtener los mismos resultados.

-Objetividad porque varios experimentadores deberán realizar la misma investigación y llegar a las mismas conclusiones.

-Constancia porque la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados.

La validez se entiende como medir lo que se pretende medir, o de otra manera, sería la correspondencia entre las variables, los indicadores, las definiciones y la operacionalización de éstos. La validez interpreta la relación lógica entre las definiciones y las construcciones (ítems, afirmaciones, preguntas, etcétera), así como la relación empírica del objeto medido con las hipótesis o sea, la representatividad.

Existen varias formas de confiabilidad:

- a) Antes y después. (Test-Retest). La confiabilidad se consigue aplicando la misma prueba a los mismos sujetos en dos ocasiones distintas. Se deben mantener constantes todas las condiciones y variar únicamente el momento en que se aplica la prueba; se deben dejar transcurrir entre la primer y segunda aplicación de 1 a 6 meses.
- b) Formas paralelas (Paralell Forms). La confiabilidad se consigue en este caso, aplicando a los mismos sujetos dos pruebas distintas, consideradas como paralelas porque miden lo mismo.
- c) Forma general del modelo ALPHA, el modelo alpha está basado en el cálculo del α de Cronbach.
- d) Forma general del modelo ALPHA estandarizado. En muchas ocasiones es necesario estandarizar los valores (las observaciones) del cuestionario, dividiendo cada uno de éstos entre la desviación estándar del ítem, en este caso, el α de Cronbach se denomina "alpha estandarizada".
- e) División por mitades (Split-half). La confiabilidad se consigue estandarizando una mitad de los reactivos del cuestionario con la otra mitad. Generalmente se usan las preguntas pares por un lado (X) y las preguntas nones por el otro (Y); aunque se pueden correlacionar las mitades tomando los ítems, para cada mitad, totalmente al azar.
- f) Método de Kuder-Richardson (KR). Este tipo de confiabilidad es utilizado por los investigadores cuando se desea saber si la varianza de un reactivo afecta significativamente los resultados de la prueba.

Los tipos de validez que existen son 4, a parte de la validez interna y externa. La validez interna expresa una relación lógica, o sea, mide la adecuación entre las definiciones y la operacionalización, y entre todas las construcciones hipotéticas con las áreas del instrumento de medición. La validez externa expresa una relación empírica, es decir, manifiesta la representatividad de la investigación.

- a) Validez concurrente. Se considera como una validación orientada por los criterios, consiste en la correlación entre el puntaje arrojado por el instrumento (que nosotros elaboramos) y un criterio externo.
- b) Validez predictiva. Consiste en la correlación entre el puntaje arrojado por el instrumento y un criterio externo, la diferencia entre la validez concurrente y la predictiva es que ésta última se correlaciona con un criterio externo el cual no es aplicado al mismo tiempo que nuestro instrumento, mientras que la primera se aplica al mismo tiempo que el criterio externo.
- c) Validez de construcción. Se utiliza cuando no existe un criterio externo claro y evidente, en la interpretación.
- d) Validez de contenido. Manifiesta la representatividad o suficiencia del muestreo del contenido de una prueba.

2.4 Actitudes hacia la prueba del Papanicolaou

Es frecuente que la mujer no acuda a una revisión ginecológica, por pudor o miedo "a que le encuentren algo", pero debe estar consciente de que no porque no se practique estudio alguno no se presentará la enfermedad. Aún algunas mujeres son incapaces de revisarse las mamas cayendo más en la negligencia que en la ignorancia de no saber hacerlo; en el caso del Papanicolaou, refieren que es muy incómodo y algunas nunca se lo han practicado porque les han dicho que "duele mucho". En otras ocasiones es el costo de una consulta médica más los exámenes, lo que obliga a no hacérselo, sin tener en cuenta que la mujer por sí misma puede practicarse el examen de las mamas y en el laboratorio su Papanicolaou, con lo que abate grandemente sus costos.

Todo esto y muchas cosas más suceden alrededor del tema sin que lo podamos evitar, pero se debe estar bien consciente de que el efectuar el diagnóstico a tiempo es el único medio que puede asegurar la sobrevivencia de la vida misma y la curación del cáncer.

2.5 Actitudes hacia el cáncer

Las actitudes tienen una gran influencia en una gran parte de los casos de cáncer, así como sus actividades. Las actividades que tiene un programa de control de cáncer se basa principalmente en que la gente cambie sus actitudes y se comporte de una manera tal para prevenir la enfermedad o para aminorar sus efectos indeseables. Ese cambio actitudinal en las personas, solo puede lograrse con procesos educativos científicamente fundamentados y con técnicas probadas respecto de su inocuidad, eficacia y eficiencia. La educación sanitaria organizada para el control del cáncer intenta intervenir mediante un proceso de desarrollo y cambio, para que se mantenga una conducta positiva ante la salud o más bien para erradicar un patrón de conducta ligado a un riesgo aumentado de desarrollar cáncer. (Restrepo, 1990).

Las mujeres, en el caso particular del cáncer cervicouterino, son la población a la que pretende dirigirse la intervención educativa, para su cambio conductual con respecto a la prueba del Papanicolaou, ya que es la población en riesgo. Aunque también trabajan en el logro de los objetivos, las personas responsables de gratificar ciertas conductas, como lo son los médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, etc. Y así mismo, incluyen a las personas que controlan los orígenes determinados de dichas conductas.

En el nivel de prevención que estemos trabajando, ya sea primario, secundario o terciario, la educación tiene que ser prevención básica para lograr nuestro objetivo principal, el cual es prevenir la enfermedad, la incapacidad o la muerte, o en una forma más positiva, aumentar la calidad de vida a través de la modificación voluntaria de una conducta relacionada, con el riesgo de padecer cáncer.

La intervención educativa para un programa preventivo de cáncer debe ser multidisciplinaria. La conducta ante la salud y el cáncer es el resultado del trabajo de múltiples factores. Esa naturaleza multidimensional del proceso educativo en el control del cáncer es la que demanda una participación multidisciplinaria en la preparación de los protocolos que deben integrar la epidemiología, las ciencias de la conducta, la administración y la educación, dentro de modelos estructurados. (Restrepo, 1990).

Las estrategias activas de salud pública son aquellas que requieren al individuo para que tome decisiones encaminadas a proteger su salud, haciendo este enfoque contraste con el que requiere la acción de parte de agentes oficiales que tienen como misión proteger la salud de toda una población. (Restrepo, 1990).

Las actitudes influyen en el comportamiento de los seres humanos, así como en la aceptación de alguna estrategia activa, en el caso del cáncer cervicouterino, las mujeres tienen ciertas creencias con respecto al examen y por lo tanto asumen ciertas actitudes.

En el Módulo de Control de Cáncer de la OMS, 1990, se mencionan algunas actitudes con respecto a las creencias que tienen las mujeres:

- Se encontró la creencia de que la propia salud es adecuada y, por lo tanto, el individuo que así cree no piensa que se encuentra entre los susceptibles.
- El deseo de no averiguar si se sufre el cáncer.
- Miedo al cáncer.
- La creencia en la incurabilidad del cáncer y, por lo tanto, en la inutilidad de detectarlo precozmente.
- La creencia de que la prueba es molesta y embarazosa.

Cada uno de los ítems mencionados se convierte en un obstáculo para ejecutar una intervención que tiende a beneficiar al individuo que, por una determinada creencia o actitud inadecuada, se priva de gozar el beneficio. (Restrepo, 1990).

También se ha encontrado que es mayor el número de mujeres que están conscientes de los beneficios que trae consigo la prueba, al que se la practica, y muy por

debajo, el número que se la practica de manera adecuada. Otro dato impactante e importante es la resistencia que existe entre las mujeres de alto riesgo. (Restrepo, 1990).

CAPÍTULO III. INTERACCIONISMO SIMBÓLICO, FENOMENOLOGÍA Y ETNOMETODOLOGÍA

A continuación se presenta la teoría del Interaccionismo Simbólico, el enfoque Fenomenológico y la Etnometodología como teorías que respaldan la importancia que tienen los datos no codificables, la parte subjetiva que se pierde en instrumentos tan estructurados como lo son los cuestionarios y la prueba de actividad. Estos datos subjetivos son rescatados con estas posturas para poder dar cuenta de los significados que adquiere la parte abstracta de la investigación. En la parte última de esta sección se analizará el relato de vida de una mujer con respecto a su sentimiento y la importancia que tiene la salud en las mujeres. El relato de vida responde a la importancia que se tiene con respecto a la parte no cuantificable de los datos, nos referimos en este apartado a la parte subjetiva de la investigación. Hemos propuesto el cambio actitudinal de las mujeres para la realización del examen del Papanicolaou, pero es imposible lograr este objetivo si no tomamos en cuenta la parte interna, hasta cierto punto inconsciente, que les permite o no realizarse la prueba. El cambio actitudinal responde a ciertos componentes como ya vimos, el afectivo el conductual y el cognitivo, pero tales componentes no son validados, sino tratamos de explicar cual es la razón interna de dichos comportamientos. Estas teorías arriba mencionadas nos sirven para analizar esa parte subjetiva del problema, por lo que a continuación se mencionará de manera breve las tres teorías El Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología y la Etnometodología. Nos ayudarán a entrar en el terreno subjetivo para reconstruir la realidad. Hacer objetivo lo subjetivo.

3.1 Interaccionismo simbólico

3.1.1 El pragmatismo y el conductismo psicológico

Una perspectiva filosófica importante es la del pragmatismo filosófico, ya que influyó fuertemente en el nacimiento del Interaccionismo Simbólico. Su postura explica la realidad a partir de la interacción de los sujetos con su entorno. Para un pragmático, el conocimiento que generan las personas es aquel que se demuestra como útil, a partir de ello se definirán los objetos tanto físicos como sociales con los que tienen relación, dependiendo de la compensación que les reporte.

La principal característica del Interaccionismo Simbólico, es que hace un análisis de la interacción entre el sujeto y su mundo; explicando el proceso como algo dinámico y no como algo estático; dándole una enorme capacidad al actor para interpretar únicamente lo que le interesa del mundo social.

“Los individuos son concebidos como actores libres de aceptar, rechazar o modificar sus puntos de vista acerca de un ente social; y estar capacitados a actuar dependiendo de sus intereses personales y planes de momento”, según Lewis y Smith (en Ritzer, 1993).

Los representantes del Interaccionismo Simbólico extraen únicamente del cuerpo de conocimientos de la doctrina: la concepción de que existen pautas de conducta recurrentes

y que el medio exterior debe de ser establecido y estructurado con antelación a la actuación de los sujetos.

Según Blumer citado por Ritzer (1993), los organismos (sobre todo los humanos) no actúan en función exclusiva de los estímulos externos y las normas sociales establecidas, opina que existen procesos cruciales en los que las personas le dan significado a ciertas fuerzas que influyen sobre ellos, y decía que dichos significados deberían de ser analizados. Él estudió el proceso de cómo el sujeto forja y decide su acto. La construcción del significado era su punto de partida y rechazaba toda explicación sociológica y psicológica que no considerara dentro de su modelo, la relación del actuante con su medio y qué significado le concedía. El Interaccionismo Simbólico se forma, por un lado, de la idea central de la utilidad que les reporta a los sujetos ciertas acciones, y por lo tanto se mantienen constantes; y por el otro, existe la influencia del conductismo que permitía la existencia de un marco de referencia que facilite el movimiento de las personas dentro de la organización establecida socialmente.

El Interaccionismo Simbólico fue fundado por Mead, quien consideraba que hay un lapso importantísimo entre la emisión del estímulo y la realización de la conducta de los organismos. Éste lapso lo denominó “el acto”; decía que en él se encuentran la totalidad de las diferentes categorías de los estadios psicológicos, como lo son: la atención, la percepción, la imaginación, el razonamiento, la emoción, etcétera, y resumía que ahí se encuentran implicados todos los procesos de la actividad humana; comentaba que los organismos vivos no son pasivos en su interacción con el medio, manifestaba que existe una diferencia cualitativa importante que pasaban por alto los conductistas, apuntaba la diferencia en la facultad mental que poseen los seres humanos y que los lleva a la utilización del lenguaje (generalmente pensado) entre el estímulo y la respuesta para decidir su conducta. De esta forma, reconoce las partes del acto que no son observables.

Explicaba que un estímulo no provoca una respuesta automática e irreflexiva, sino que viene a ser la oportunidad que le indica al actor para emitir su conducta, en tanto que él ya haya pasado por un proceso reflexivo, el acto es la unidad más primitiva y está compuesto por fases interrelacionadas dialécticamente, que a continuación se mencionan:

- a) **Impulso:** El estímulo es sensorial inmediato y requiere pronta respuesta con una reacción del actor a dicho estímulo, esto se dará con respecto a las experiencias pasadas y a las posibles consecuencias del acto en sí.
- b) **Percepción:** en el momento que el actor se percata de dicho impulso, busca y reacciona a un estímulo relacionado con el impulso, las personas consideran y sobre pasan la respuesta a través de imágenes mentales.
- c) **Manipulación:** Es la acción que la persona efectúa con respecto al objeto mentalizado. Esta pausa que proporciona la manipulación del objeto es lo que permite sobre todo a los humanos la contemplación de diversas respuestas.
- d) **Consumación:** En esta fase se da la realización del acto emprendiendo la acción que satisface el estímulo original.

Mead pensaba que existe una interacción dialéctica entre las fases mencionadas. Para Jonh Baldwin (citado por Blumer, en Ritzer (1993), las cuatro fases del acto parecen estar vinculadas en un orden lineal, piensa que realmente se compenetran para constituir un proceso orgánico, los aspectos de cada fase están presentes en todo momento desde el principio del acto hasta el final, de manera que cada fase afecta a las demás.

En la teoría de Mead, surge un mecanismo social que implica dos personas, es el gesto, en donde el mecanismo básico es acto social en particular y del proceso social en general. Explicaba en qué modo los individuos ajustan en conjunto sus normas de acción; lo cual significa un intercambio que implica comunicación de símbolos. La sociedad comparte un conjunto de símbolos que hacen de la subjetividad una experiencia objetiva, entonces construyen influencias externas que pautan el comportamiento de los miembros de su sociedad.

Los gestos serán los movimientos del primer organismo, que actúan como estímulos para provocar una respuesta del segundo organismo con el que se quiere interactuar. La distinción humana está dada por los significados que le confieren los hombres a los gestos, convirtiéndolos en gestos significantes; importante para inducir una reflexión de parte del segundo organismo para que muestre un comportamiento determinado y deseado por el primer organismo.

El gesto vocal cumple con la función imprescindible de organizar la vida social creando símbolos. Las palabras en sí vienen a ser símbolos. Los símbolos son la representación para comunicar algo acerca de los objetos que nos rodean o de nosotros mismos. Todo adquiere un significado ya sea manifiesto u oculto, y cada manifestación de nuestra conducta indicará algo. Estos símbolos significantes y principalmente el lenguaje pasan por el proceso de ser emitidos por el primer hombre, el cual le confiere un significado particular, es recibido por el segundo hombre, el cual entiende el significado que le quiso dar el primero y se entabla la comunicación compartiendo un mismo significado. Permitiendo que las personas sean estimuladoras de sus propias acciones.

Para Mead la función del lenguaje es posibilitar la adaptación entre los individuos involucrados en el acto social ya que hacen referencia a los objetos relacionados. La conversación de gestos conscientes o significantes es un mecanismo mucho más adecuado y eficaz de adaptación mutua dentro del acto social, que la conversación de gestos inconscientes o no significantes. En palabras de Baldwin, citado por Ritzer (1993), nos queda más clara la idea cuando especifica: "Es la respuesta adaptativa del segundo organismo la que da significado al gesto del primer organismo. El significado de un gesto puede considerarse como la <<capacidad de predecir la conducta probable>>."

Mead infiere que la capacidad de los actores de emitir una conducta adaptada a la situación social, es la misma que responde al conjunto de necesidades de la comunidad y se pone en marcha una respuesta organizada. Este hecho apunta a que las personas se constituyen como parte importante de la experiencia social, pero que toman en consideración su intento por actuar racionalmente en determinadas situaciones y se examinan a sí mismas de forma impersonal, objetivamente y sin emoción. Los individuos actúan socialmente dentro de escenarios especificados, en esta teoría no son los estímulos

externos o las fuerzas (normas) sociales las que determinan o motivan su comportamiento, y mucho menos están fuera de su control. Si no que son seres reflexivos e interactivos que componen y recrean su realidad social.

El Interaccionismo Simbólico, se conforma de siete principios básicos los cuales se detallan a continuación, en ellos el lector comprenderá mejor el propósito de lo que los interaccionistas entendían como relaciones humanas; y por qué es una aproximación pragmática y conductista:

- “1. A diferencia de los animales inferiores, los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
2. La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
3. En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humano.
4. Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana.
5. Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.
6. Las personas son capaces de introducir estas modificaciones y alteraciones debido, en parte, a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción, y valorar sus ventajas y desventajas relativas para luego elegir una.
7. Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.”

Más adelante encontramos que la teoría implicaba un nivel micro-social, más que una explicación macro-social, que es lo que le interesa finalmente a los sociólogos. Sin embargo, en un intento por integrar la teoría a un nivel macro, Stryker citado por Ritzer (1993), postula los siguientes principios generales:

- “1. Las personas aprenden mediante la interacción con otras el modo de clasificar el mundo y el modo en que se espera que se comporten en él.
2. Cuando interactúan, las personas definen las situaciones y asignan nombres a las situaciones, a los otros participantes, a ellas mismas y a los rasgos particulares de la situación. Los actores utilizan estas definiciones para organizar su conducta.
3. Los significados sociales no determinan la conducta social, pero sí la constriñen. Stryker cree fervientemente en la idea de la construcción del rol. Las personas no sólo adoptan roles; antes bien, adoptan una actitud creativa y activa hacia sus roles.
4. Las estructuras sociales limitan también el grado en el que los roles se <construyen>, no sólo el grado en el que se <adoptan>. Algunas estructuras permiten más creatividad que otras.”

La idea fundamental de la teoría sociológica del interaccionismo simbólico, era analizar el pensamiento y la acción de los individuos en integración con las grandes estructuras de la sociedad. Ya que éstas son las que dan forma a las situaciones en las que los individuos se conducen, proporcionándoles el conjunto de símbolos adecuados y establecidos que necesitarán para actuar. Este estudio de las organizaciones producen el

funcionamiento de la vida social y ocupan el centro de atención: la interacción humana institucionalizada.

3.1.2 Análisis dramático. (La vida como en el teatro)

Goffman realiza una variante en el Interaccionismo Simbólico representando aspectos de la cotidianidad como si fueran representaciones teatrales, consiste básicamente, en dilucidar una realidad subyacente. (Goffman, 1997, citado por Blumer en Ritzer (1993)). Esto lo hace explicando que las personas manejamos nuestras acciones por el método de la inferencia, emitiendo rutinas practicadas y ensayadas una y otra vez ante determinadas situaciones recurrentes. Es decir, no estamos calculando estadísticamente o de forma científica qué consecuencias traerá determinado comportamiento cada vez que lo emitimos.

Goffman menciona que el individuo ignora algunos aspectos de las consecuencias que traerán cierta acción, por lo que debe de estar al pendiente de qué expresiones adoptarán los otros y cambiar su postura de ser preciso, por haber dado una mala impresión.

Su explicación abarca un mundo teatral, pone en escena tanto los actos como las herramientas necesarias para llevar a representar una obra. Indica que los individuos se aparecen ante otros y en el momento de actuar se definirá la situación a representar. Las acciones que toma el individuo llevan implícito el propósito de evocar ciertas actitudes en los demás y se dedicará a impresionar adecuadamente a ellos. De tal forma, que tiene el control de la situación; a su vez, los otros le indicarán cuál es el siguiente paso que debe representar el individuo, dándose una relación dialéctica entre las partes e influyéndose mutuamente. Otras veces, aclara, no es tan difícil conocer qué postura tomar ante determinadas situaciones, los detalles ya están dados con antelación; es decir, se conoce el status del individuo y se espera de él, simplemente, que se comporte socialmente con las costumbres de su grupo de pertenencia determinadas; aspectos que por demás, conoce a fondo el actor, toda su vida lo ha estado ensayando y poniendo en práctica.

El modo de actuar de los individuos no es consciente ni inconsciente, indica más bien una forma mecánica de actuar, tal vez debamos entenderlo como no pensada una y otra vez. Siguiendo esta línea, la práctica de nuestras actuaciones consistirá en impresionar a los demás de una forma adecuada y eficiente. Esa impresión debe de regresar a nosotros con la información de que vamos por buen camino, de que hemos impresionado de la forma esperada y que debemos proceder de la manera en que lo estamos haciendo. Por el contrario, si llega a nosotros información contradictoria, que nos indique que hemos causado una mala impresión en nuestro público, actuemos de tal forma que componamos la situación redefiniéndola, para poder seguir jugando nuestro rol. De lo contrario, estará en peligro nuestra reputación como individuos. Es pues, una actitud funcional y pragmática de proceder que nos llevan a la eficacia y a la definición de una situación adecuada para el prevailecimiento de determinado estado de cosas socialmente aceptado.

Un hombre en plena representación será digno de confianza de los demás, solo si logra controlar todos esos aspectos de su conducta emitiendo las acciones adecuadas que se esperan de él. El público, los otros, estarán analizando estas señales para determinar si están

acordes a lo que el sujeto quiere representar, si le pertenecen o no y le otorgarán la confianza pedida o simplemente lo rechazarán, emitiendo actitudes de reprobación.

Goffman menciona que la comunicación es establecida aquí de parte del individuo con su público, en una especie de simetría conjunta, en donde la escena es preparada para el intercambio de información de ida y vuelta. Goffman presenta por un lado al actor cargado de todo tipo de armas para dar su representación, éstas pueden ser de lo más honestas o falsas, el propósito es salvar la situación y la reputación, por lo que el actor mentirá de ser necesario para que se le crea como lo que está presentando: un papel determinado.

El actor está pendiente en todo momento de la representación y cuenta con una especie de arte desarrollado de penetrar el esfuerzo de otros, incluso esta capacidad de penetración está más desarrollada que con la que contamos para manejar nuestra conducta. Así, el actor con sus mentiras se ve desenmascarado en determinado momento con esta competencia de observación permanente y se establece la asimetría de la comunicación. El sentido práctico del comportamiento se encaminará a encontrar, por lo menos temporalmente, aceptable la representación por ambas partes.

Goffman estaba más involucrado en el aspecto moral de las situaciones cotidianas que en la descripción observacional de los actos. Todo su esfuerzo se encamina, precisamente, a entender al individuo desde el punto de vista del por qué toma determinada vía de acción, dejando a un lado el cómo. De esta manera su teoría queda inserta dentro del Interaccionismo Simbólico, al desentrañar aspectos subjetivos de los actores para mostrarnos que es posible una explicación objetiva del por qué están sucediendo las cosas de esa forma.

Goffman analiza el modo en que la sociedad en conjunto obliga literalmente a las personas a presentarse con una imagen definida, tal vez distinta a lo que pretenden ser. Apunta que este hecho nos hace permanentemente irreales, inconsistentes y deshonestos. Casi nunca somos los mismos en distintos escenarios.

En realidad lo que a Goffman le preocupaba era aislar el contexto para explicarse los eventos y poder comprobar la vulnerabilidad a la que uno está expuesto, en el marco de referencia de nuestras actuaciones. Describía el proceso de la siguiente manera:

La actuación es una actividad encaminada a establecer comunicación con los otros. La fachada que presenta al actor ante los demás debe ser coherente con la rutina, es muy probable que una misma fachada dé oportunidad a que se presenten rutinas diferentes. Depende del actor ajustar la rutina adecuada en el momento de su presentación. Media un autocontrol para ejercer un consenso de trabajo, propositivamente práctico. En este sentido se ofrece una impresión idealizada, acentuando ciertos detalles y ocultando dramáticamente otros que pudieran decepcionar al público. Éste responde con un respeto algo místico y observa la representación ayudando a su buen término (todo mundo está de acuerdo en que opera una envoltura ideal con respecto al actor). El público exige únicamente que el individuo esté dotado de suficientes formas de expresión para poder salir del paso y tener un manejo adecuado de la situación, corriéndose en caso de haber fallado, y que represente el papel adecuadamente y acorde con su condición social. En caso de encontrar

alguna discordancia en el rol representado, todo el teatro se viene abajo.

En la última parte de este capítulo conjuntaremos el Interaccionismo Simbólico con el análisis de Goffman para entrar al mundo de las premisas de valor, condición necesaria para llegar a nuestro propósito: convertir lo subjetivo en objetivo.

3.2 Fenomenología

El estudio de la Fenomenología consiste en el análisis que se hace de las actividades observables derivadas de procesos conscientes, se basa en métodos tradicionales de investigación sociológica.

La teoría fenomenológica tiene sus raíces en el trabajo de Edmund Husserl (1859-1938). Como la anterior postura, la Fenomenología se adentra en el análisis del mundo cotidiano. Pero a diferencia de la anterior, ésta es una teoría más conceptual y teórica que empírica, ya que pocos estudios de observación o experimentos de investigación han sido llevados a cabo. La importancia de esta teoría radica en conocer cómo se producen y mantienen los significados de las situaciones sociales, así como el modo en que las acciones de las personas constituyen dichas situaciones. Subraya su interés por la vida cotidiana: Analizar la vida cotidiana es estudiar las distintas actividades mundanas y comunes que los individuos llevan a cabo en sociedad.

La teoría fenomenológica tiene tres importantes fundamentos: 1. los significados, 2. cómo se produce la situación social, y 3. el interés por la vida cotidiana. En este sentido, los fenomenólogos sienten gran preocupación por la conciencia. Su fortaleza y vivacidad radica en dotar a la ciencia de un método para estudiar aspectos subjetivos de las actividades de la conciencia. Su mejor esfuerzo ha incurrido en tareas tales como: filosofar, teorizar y reflexionar acerca de las funciones propias de la conciencia y la construcción del significado que adquieren dichas conductas para los individuos. Hay que añadir que esta investigación casi siempre se ha llevado a cabo sobre sí mismos.

Su intento por desentrañar la subjetividad del otro es justificado al decir que es posible acceder a ella de modo indirecto, ya sea mediante la escucha atenta en una entrevista o el análisis de las respuestas abiertas en la aplicación de un cuestionario. La información se acepta tal y como se presenta; así el investigador puede acceder a lo que experimentan las personas con respecto al fenómeno en cuestión. El discurso de las personas se encuentra dentro de las acciones observables que dan cuenta acerca de los pensamientos, ideas, creencias, supuestos, y otros mecanismos mentales, cuya manifestación es analizada mediante la palabra hablada.

El enfoque de la teoría fenomenológica se basa en las ideas de su principal pensador, Alfred Schutz (Ritzer, 1993). Su teoría se centra, particularmente, en la intersubjetividad. El mundo intersubjetivo es aquel que los hombres comparten y comprenden. Es mi yo influenciado por los demás y viceversa. Doy cuenta de ello porque vivo en el mundo que los hombres han creado. En palabras de Schutz: "La intersubjetividad existe en el <presente vivido> en el que nos hablamos y nos escuchamos unos a otros.

Compartimos el mismo tiempo y espacio con otros. <<Esta simultaneidad es la esencia de la intersubjetividad, significa que capto la subjetividad del alter ego al mismo tiempo que vivo en mi propio flujo de conciencia... Y esta captación en simultaneidad del otro, así como su captación recíproca de mí, hacen posible nuestro ser conjunto en el mundo>>”.

A Schutz no le interesaba la interacción física de las personas, sino el modo en que se comprenden recíprocamente sus conciencias, la manera en que se relacionan intersubjetivamente unas con otras. Schutz nos habla del mundo de actividades cotidianas de los seres humanos, que menciona como tipificadas en hábitos culturales, que no pensamos como importantes en el momento de ejecutarlas, y las llama recetas y tipificaciones. Son como rutinas a realizar cuando se nos presentan situaciones cotidianas, en caso de que se nos presente una situación problemática, cuestionamos nuestra receta y la cambiamos con el fin de adaptarnos a la nueva situación.

La relación entre las tipificaciones y el lenguaje, evidencia que las tipificaciones existen en la sociedad, y que las personas adquieren y almacenan tipificaciones a través del proceso de la socialización, durante toda su vida. Esta adaptación a situaciones imprevistas dan cuenta de la inteligencia “práctica” de las personas, que las lleva a mantener líneas de acción alternativas, creando nuevas fórmulas para manejar ese tipo de situaciones problemáticas. Este tipo de actitudes para Schutz citado por Ritzer (1993), son naturales, es decir, las personas no se cuestionan la existencia del mundo hasta que se presenta una problemática, es cuando los pone en jaque y se dan a la tarea de analizar su conducta. Da seis características básicas del mundo de la vida:

1. Schutz menciona una tensión especial de la conciencia, denominada “estado de alerta”. Con ello se presta total atención a la vida y sus requisitos.
2. El sujeto no duda de la existencia del mundo donde vive. No se plantea esa problemática, la da por hecho.
3. Es en ese mundo donde el sujeto emprende acciones para modificarlo a su conveniencia, mediante el trabajo. Al emprender esta acción se moviliza para realizar lo proyectado en su mente, finalmente decide que el trabajo representa al núcleo “del mundo de la vida”.
4. Al yo lo llama “self”, éste es experimentado con plenitud; igualmente, a través del trabajo.
5. La intersubjetividad está mediada por la sociabilidad. En el trato necesario con los demás.
6. Hay una confluencia del tiempo propio con el de los demás. El tiempo que el self experimenta es el presente, que se comparte con los demás.

El mundo de la vida para Schutz, significa el mundo en el que la intersubjetividad y la utilización de tipificaciones y recetas tienen lugar. Esto nos da la idea de que existe sólo “un mundo de la vida”, en realidad específica que hay múltiples “mundos de la vida”, cada quien tenemos nuestro mundo privado. Lo que hace al hombre social, es que comparte muchos elementos de ese mundo privado con los demás, y que son comunes a todos. Por lo que el self pertenece a muchos mundos de otros, y muchas personas pertenecen a nuestro mundo privado.

El mundo de la vida es un mundo que ya existía mucho antes de nacer, lo crearon nuestros predecesores. Por lo que las tipificaciones y recetas nos son heredadas para experimentarlo e interpretarlo. A partir de aquí, damos cuenta de la búsqueda de este autor, le interesaba el conocimiento común, que conduce a acciones un tanto habituales. Un componente primordial de estos hábitos, como ya se dijo, serán las recetas y tipificaciones. Este tipo de conocimientos no nos crea problemas en nuestro diario vivir, lo actuamos de forma mecánica. Sin embargo, este conocimiento se encuentra mediado por la experiencia personal. Schutz no olvidó que la biografía representa un elemento importante a analizar cuando se está tratando a los conocimientos comunes.

Existe en la teoría de Schutz la relación-nosotros, que es el grado alto de intimidad que viene determinado por la medida en la que los actores están familiarizados con las biografías personales de otros, a este tipo de relaciones las denomina "Umwelt". En el estudio de estas relaciones, menciona que abrazamos un conocimiento típico del otro. En la medida en que cada vez más interaccionemos cara a cara con ese otro, iremos comprobando y revisando sus tipificaciones, reformularemos otras y modificaremos las primeras.

La interacción tiene dos implicaciones para las relaciones sociales: 1) en una relación-nosotros, a diferencia de lo que sucede en la relación-ellos, existen muchos indicadores de la experiencia subjetiva de otros, 2) cuando entablamos cualquier relación social, un individuo tiene sólo un conocimiento típico del otro. Esta interacción nos enseña tipificaciones sociales que debemos aprender desde niños para relacionarnos con los otros y poder sobrevivir en sociedad. Es en el mundo intersubjetivo donde aprendemos y aplicamos las recetas, las modificamos o inventamos cuando éstas no son adecuadas ni efectivas. Y andamos por la vida suponiendo que el pensamiento de los demás es semejante al nuestro. Por ello es que raramente reflexionamos acerca de las recetas nuestras o de los demás. Sólo en caso de toparnos con una situación discordante, inadecuada, intentamos crear una nueva receta para proporcionar una respuesta apropiada. Psicológicamente hablando representa un costo muy elevado de energía, por lo que los individuos prefieren regirse por recetas previamente utilizadas de toda la vida.

Las relaciones-Ellos, o "Mitwelt", es ese aspecto del mundo social en el que las personas tratan solo con personas tipo o con grandes estructuras sociales, en lugar de relacionarse con actores reales, se establece la relación indirecta con los otros desconocidos. Tenemos una idea de ellos por los conocimientos compartidos, pero no pertenecen a nuestro mundo de vida privado. Jamás los hemos tratado cara a cara, por lo que nuestra idea acerca de ellos será tipificada. Son relaciones impersonales y anónimas. No tenemos acceso a lo que piensan, conducen a un conocimiento reducido de "tipos generales de experiencia subjetiva". (Ritzer, 1993)

En el análisis intersubjetivo, es decir, sociológico, no se estudia la conciencia a partir de un solo sujeto, sino esa conciencia se inserta en un mundo social compartido con los demás. Se centra en el estudio del mundo de la vida, en las relaciones-nosotros y en las relaciones-ellos. La conciencia es el centro de interés, pero para partir al mundo de la intersubjetividad. La conciencia es poco importante, no así las recetas, que representan la parte de análisis observable de la conciencia, su aportación fue concluir que los hombres

prestan poca atención a sus acciones y por lo tanto a lo que piensan de ellos y de los demás.

Los significados y los motivos, para Schultz, representan aspectos sociales. Los significados son el modo en que los sujetos determinan los aspectos importantes de su mundo social, y los motivos hacen referencia a las razones que pudieran tener para explicar la acción que realizan ellos y de los otros. Es importante entender estos dos términos, porque de ahí parte una construcción social de la realidad a partir del lenguaje.

Para Berger y Luckmann citado por Ritzer (1993), el interés de su investigación se centraba en considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas, a partir del lenguaje, decían: "...proporciona continuamente (a las personas) las objetivaciones indispensables y dispone el orden dentro del cual éstas adquieren sentido y dentro del cual la vida cotidiana tiene significado (para las personas)." La simple externalización de las ideas da sentido a la realidad social, por esta fuente se produce lo que se necesita para sobrevivir. Esta externalización lleva al desarrollo de pautas habituales de acción e interacción en situaciones recurrentes. Los fenomenólogos pugnan por decir que la vida sería imposible sin hábitos, la dificultad radica en que no siempre pensamos una nueva acción apropiada en cada situación que se presenta. Las personas hacen tipificaciones de los cursos de acción de los otros en determinadas situaciones.

Para finalizar este apartado, es importante entender que la fenomenología concibe, entonces, a la conciencia en tanto se relaciona con la acción y la interacción, los fenomenólogos estudian a la cultura y los efectos constrictivos que existen sobre los sujetos. En ello radica su fuerza.

3.3 Etnometodología

La etnometodología se refiere a los métodos que las personas utilizan para vivir una vida cotidiana satisfactoria. El tipo de estudio que se realiza en la Etnometodología viene a ser definido como "...un cuerpo de conocimientos de sentido común y de la gama de procedimientos y consideraciones (métodos) por medio de los cuales los miembros corrientes de la sociedad dan sentido a las circunstancias en las que se encuentran, hallan el camino a seguir en esas circunstancias y actúan en consecuencia." (Ritzer, 1993).

La Etnometodología no se esfuerza por proporcionar explicaciones causales, sino por el modo en que los individuos pertenecientes a una sociedad comprenden, describen y se explican el orden del mundo en el que viven. A los etnometodólogos les preocupa lo que hacen las personas (procedimientos, métodos y prácticas utilizadas). Permitiendo el estudio de una realidad objetiva de los hechos sociales subjetivos.

En esta teoría se estudian los métodos que las personas utilizan en su diario vivir para realizarse satisfactoriamente. Es una realización práctica en curso, considerando a los individuos como seres racionales y prácticos. Definen un logro social como un logro práctico constante, en donde se encuentra implícita la "reflexividad" de los actuantes. Esta reflexividad es un proceso que implica la realidad social y la forma en que la entendemos a través de nuestros pensamientos y acciones, raramente somos conscientes de este proceso, ya que generalmente nos lo ocultamos a nosotros mismos.

Cuando hacemos esta reflexión llegamos al tope de la capacidad de explicación que nos hacemos acerca del mundo en el que vivimos y es cuando éste toma sentido. Esta capacidad de reflexión nos lleva a explicarnos a nosotros y a los demás nuestras acciones, que junto con la oferta de lo que ofrecemos al otro y su aceptación de lo que decimos, nos hace comprender, al menos parcialmente, el mundo de la vida cotidiana. En la Etnometodología no se juzgan las acciones de los individuos, sino que se analizan las explicaciones que se dan acerca de esas acciones y se analizan en función del cómo usa el individuo su ejecución práctica, preocupándose más por las explicaciones dadas que utilizan tanto emisores como receptores para comprender y aceptar o rechazar sus mutuas explicaciones. Ritzer (1993).

La “indexicalidad” toma mucho en cuenta el contexto en el que se está generando la acción, en donde la situación es la que le da el sentido y significado a los actuantes. Entender el entorno implica comprender mejor al actor. Los etnometodólogos intentan explicarse los significados a partir de las expresiones y acciones prácticas personales, su interpretación debe ser contextualizada de manera muy particular. Por lo que los seguidores de esta línea cuidan mucho de no imponer su visión de la realidad que están analizando. A partir de ello es cuando entendemos qué es ponerse en el lugar de la otra persona, qué significa exactamente lo que está diciendo el otro con respecto a qué cosa, con el fin de tener una comprensión clara de lo que está expresando y haciendo. Ritzer (1993).

Los etnometodólogos describen que existe un patrón inmerso en cada categoría de acción. Este patrón, o pauta de conducta, es lo que, dicen, deja satisfechos a los actores. Cuando en la cotidianeidad algo cambia, nos sentimos angustiados porque estamos acostumbrados a un orden pre-establecido, si hay una ruptura en ese orden, buscamos la forma de explicármolo. Dan cuenta de la fragilidad de la construcción social, así como del intento inmediato con el que las personas hacen un esfuerzo por comprender y arreglar esas rupturas, reflejando de esta forma lo importante que es para los individuos conducirse de una manera rutinaria y coherente con lo que la sociedad nos ha enseñado, es algo parecido al sentido común. Por lo tanto, su investigación se encamina a encontrar ese patrón conductual y los significados.

El objetivo de la etnometodología es comprender los modos en que los actores realizan sus actividades oficiales en determinados lugares; a partir de lo cual crean a la institución a la que pertenecen. Los procedimientos prácticos que son analizados no solo son aplicados en la vida cotidiana, sino los utilizan también para crear los productos de la organización a la que pertenecen.

Para Anderson, Hughes y Sharrock (según Ritzer, 1993): “Todo se realiza de una manera pensada, calculada y razonable. En sus maniobras no hay nada de animosidad personal. Simplemente trabajan; es parte de su día de trabajo... Los rencores, desacuerdos y disputas siempre se contienen, están bajo control...”

El análisis conversacional sugiere el análisis minucioso y la comprensión de las estructuras fundamentales de la interacción conversacional. En este análisis se estudia todo, desde vacilaciones, interrupciones, silencios y comienzos repetidos, la respiración, sonidos

aclaratorios de la garganta, suspiros, risas o similitudes a la risa, hasta las conductas “no verbales”, que generalmente son grabadas en cintas de video y se analizan junto con los sonidos. Estos estudios son llevados en conversaciones naturales que se dan en ambientes cotidianos, su postura es que los datos deben de ser recogidos directamente del lugar del que proceden si se quiere tener una idea de lo que es la realidad y no imponer la recogida de datos en laboratorios prefijados, que distorsionan la verdad y por ende nuestra interpretación de ella. Su explicación muestra los métodos con los que los miembros de una sociedad se expresan, así como los modos en que manipulan y reconocen el orden establecido en situaciones que ocurren de forma natural. Con esta técnica, el analista puede hacer exámenes muy minuciosos de las interacciones, encontrar el patrón conductual y permitir entender los significados que están inmersos en las confesiones de los actores.

Al igual que el Interaccionismo Simbólico, difícilmente se ha conseguido hacer una síntesis dentro de la etnometodología. Su integración en una explicación de los fenómenos Macro ha resultado infértil, sobre todo por la falta de elucidación en cuanto a la relación entre la acción y la estructura social. El marco de la acción y los acontecimientos parecen un tanto pasajeros en el transcurso de la historia. Sin embargo, al estudiar el habla, tanto los analistas de la conversación como los interaccionistas simbólicos nos arrojan luz sobre los procesos mentales, que es lo que nos importa en este estudio.

3.3.1 Metodología

Para Blumer, los métodos cualitativos eran muy restrictivos en cuanto a la reducción de la complejidad del mundo social a variables científicas. Esta postura está en contra del cientificismo duro, aunque no rechaza el uso de métodos cuantitativos, los cree menos útiles que los cualitativos. Incluye la idea de que existe demasiada confianza en los métodos cuantitativos, harto usados en las ciencias sociales, su crítica se fundamenta en decir que las técnicas científicas y los análisis estadísticos de datos no reflejan la esencia del mundo social, algo se pierde cuando interpretamos los testimonios a partir de una gráfica. Blumer rechazaba la idea de reducir la riqueza del mundo real a variables científicas operacionalizadas (Ritzer, 1993, p. 256). Sostenía que había una correlación simplista de las variables enunciadas las cuales ignoraban el proceso interpretativo, que era lo realmente importante en la comprensión de los fenómenos sociales. Decía: “se requiere en primer lugar una interpretación que ordene el mundo tal y como es, no un análisis de los hechos empíricos con la intención de comprobar si la teoría se ajusta a ellos”.

La metodología de los interaccionistas simbólicos es ponerse en el lugar del otro que se está estudiando con el fin de comprender mejor la situación desde el punto de vista del sujeto a analizar. Por ejemplo: las respuestas orales de los entrevistados son datos con los que hay que trabajar. Tratando de encontrar el significado real que quiere conferirle el individuo.

Para Goffman el método de la inferencia es por el que se rigen las personas, en vez de seguir un pensamiento científico o estadístico para determinar las consecuencias de las acciones, que se van presentando en la vida cotidiana (Goffman, 1997).

En la entrevista a profundidad se retoma otra postura metodológica que se inserta

dentro del interaccionismo simbólico, y se realiza el análisis que hacen la mayoría de los etnometodólogos, tomando así, la línea de investigación de la Etnometodología.

3.4 La entrevista a profundidad

Los resultados que nos arrojen las pruebas estadísticas son resultados meramente cuantitativos, nos proporciona una muestra representativa de la población en cuanto a numerología se refiere, dejando de lado esa parte interna imposible de medir e imprescindible para la comprensión de las actitudes en los individuos, en el caso particular de la presente investigación, respecto a la realización del examen del Papanicolaou.

Es precisamente la entrevista a profundidad la que nos permite dar resultados acerca de esa parte subjetiva de las mujeres en específico. Se dará la descripción de lo que es dicha entrevista, ya que se relaciona con la metodología expuesta anteriormente. Para los científicos sociales la entrevista viene a ser una herramienta que les permite hacer una exploración de lo que piensan los individuos. Difiere de la entrevista estructurada, ya que permite una mayor flexibilidad y dinamismo (Taylor y Bogdan, 1987).

Las entrevistas cualitativas son: no dirigidas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Es un método de investigación cualitativo. Taylor y Bogdan (1987), las define así: “...(Por) entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.” En este sentido, las entrevistas a profundidad siguen una especie de conversación entre iguales, en donde no media la estructura de preguntas pre-elaboradas que sugieran respuestas buscadas. Su propósito es aprender de los informantes y después enfocar los intereses propios de la investigación.

Ya que es un método de investigación cualitativo, la entrevista a profundidad tiene mucho en común con la observación participante, el observador avanza lentamente, trata de establecer rapport, formula preguntas no directivas y aprende lo que es importante para los informantes antes de enfocar los intereses de la investigación. Hacemos traer a la memoria del informante un cuadro amplio de toda una gama de escenarios, situaciones y personas. Su ventaja radica en que es posible estudiar un número más o menos amplio de sujetos en un lapso relativamente breve, comparándose con el tiempo que se requeriría para hacer una observación participante.

Para que se de una buena entrevista a profundidad se tiene que desarrollar una sensibilidad con los informantes para comprender a detalle las experiencias y perspectivas expuestas por los entrevistados. Estas particularidades son sondeadas para adquirir los significados que les atribuyen nuestros sujetos de estudio. Las desventajas que podría tener la entrevista a profundidad serían, por un lado: los datos que se obtienen están sustentados solamente en enunciados verbales emitidos en forma de discurso. Este fenómeno nos podría llevar a producir falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones muy característicos del intercambio verbal entre dos seres humanos.

Los relatos verbales nos llevan a comprender lo que las personas piensan acerca del mundo donde se desarrollan y trabajan, pueden estar mintiéndonos al haber una gran diferencia entre lo que las personas dicen y lo que las personas hacen. Esta distorsión debe ser pasada por un sentido crítico y probar la calidez fatídica de todas las descripciones de los acontecimientos antes de llegar a una conclusión. Este es el esfuerzo de objetivación que el investigador está obligado a hacer. Convertir lo subjetivo en objetivo. No puede correr con el riesgo de quedarse con respuestas irreales producidas por un cuestionario y una entrevista.

La situación emerge cuando, previamente, la entrevista tiene supuestos acerca de su objetivo de estudio: cuestiones que habrían podido haber sido observadas, marco teórico de referencia, etcétera. No parte de cero. Por lo tanto lo que digan las personas será puesto en tela de juicio, para verificar la veracidad y sinceridad de su discurso.

En este tipo de entrevista se crea una atmósfera de libertad, donde el sujeto puede expresar sus ideas y aclarar de forma espontánea lo que quiera relatar, lo cual nos permite conocer al individuo lo bastante bien y entender lo que nos quiere transmitir. Un investigador lo bastante hábil en esta metodología logra encontrar el sentido de cómo se ve a sí mismo el personaje y su escenario, qué piensa de él y como le resiente.

Se les permite a las personas una expresión libre, y se pone a prueba la habilidad del investigador para obtener los datos que requiere de su objeto de estudio, a partir del discurso emitido; sin que medie ninguna estructura planeada. Como dicen Glaser y Strauss (en Taylor y Bognan, 1987): "Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social." La cantidad de informantes debe estar premeditada, pero debe de ser lo suficientemente flexible como para permitir un cambio una vez puestas en marcha las entrevistas, lo mismo es válido para la entrevista en sí.

Algunas personas no entienden el sentido total de la investigación, ni tienen porqué entender la complejidad de la misma, pero generalmente entienden lo que se les está preguntando y se sienten muy complacidas de participar. Comprenden, perfectamente, que pueden estar comprometidas con las metas educacionales y académicas que perseguimos. El investigador debe de conseguir que la gente comience a hablar acerca de sus perspectivas y experiencias, pero sin estructurar la conversación y tampoco sin definir lo que la persona debe decir. La frase: libertad total de expresar sus ideas, crea un poco de ruido en el diseño de investigación, si bien es cierto que a los sujetos se les permite una soltura permanente para que hablen de lo que ellos quieran. Se establece un contrato antes de iniciar la entrevista, en el cual se les especifica la importancia del objeto de estudio que estamos analizando, y se les invita a participar en él, diciéndoles que sus experiencias podrían ayudar a dilucidar el fenómeno en cuestión, ya que nos parecen importantes e interesantes

Dentro del contrato de entrevista, si la investigación lo permite y las personas lo aceptan, existen ciertos términos por aclarar, con los cuales están obligadas ambas partes; por supuesto, más el investigador que el entrevistado. Estos son:

- 1. Los motivos e intenciones del investigador. La explicación resumida de los motivos e intenciones que perseguimos al estarlo cuestionando.
- 2. El anonimato. Es importante emplear seudónimos para designar a personas o lugares en los estudios escritos.
- 3. La palabra final. En ocasiones es necesario prometerle que se le entregaran los resultados, con los datos que nos proporcionó. Permitirles que revisen los originales, fortalece la relación entre ellos y el investigador y la calidad del estudio.
- 4. Dinero. La relación que se da al ofrecer dinero al informante puede crear una relación de empleado-empleador, ya que el informante se sienta inducido a crear una buena historia .
- 5. La logística: Se establece un encuentro con hora, tiempo a ocupar y lugar adecuado donde se desarrollará la entrevista. Se aconseja un lugar privado donde se pueda hablar sin interrupciones y se vea que el informante se sienta relajado.

Los significados, perspectivas y definiciones de los informantes son lo puntos centrales en la entrevista. Quien domina el diálogo será el narrador, esta vez el encuestador jugará el papel de humilde receptor de la historia. El investigador queda obligado a renunciar a su dominio del encuentro, poniendo su atención en el análisis de la narración, y a textualizar lo vivido. Esta estructura presentada por el anterior autor sienta las bases de análisis de la memoria e imaginación colectiva, de sistemas simbólicos y estereotipos.

Se le pide a los informantes que describan, enumeren, bosquejen o detallen acontecimientos, experiencias pasadas, personas involucradas y lugares donde se llevaron a cabo, etc.; lo más que nos puedan contar acerca de sus vidas. Esta invitación les llevará a proporcionarnos una descripción detallada de dichos acontecimientos, las situaciones en que se produjeron, y sobre todo las reacciones personales y sentimientos de su experiencia.

Existe la posibilidad de que existan desviaciones del tema que se debe explorar, ya que el sujeto goza de total libertad, entonces es aconsejable que el investigador elabore una bitácora, que no sea un protocolo estructurado, sino una lista de áreas generales que deben cubrirse. En caso de ser necesario, el entrevistador decide cómo y cuándo enunciar las preguntas. Esta guía sirve para recordar que hay ciertos temas que no se han tocado, preguntas como: ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?

A través de la entrevista a profundidad se obtienen aprendizajes sobre lo que es importante en los pensamientos de los sujetos, entre ellos sus significados, perspectivas y definiciones; así como el modo en que ven, clasifican y experimentan el mundo. La posición que debe adoptar el investigador es la de estar sumamente interesado en lo que se relata, y externar que los datos servirán finalmente para la investigación.

Se intenta construir una situación de confianza, en donde las personas sientan que hablan con sus semejantes de lo que consideren importante. La entrevista debe de ser relajada y en tono de conversación. Se aconseja que el entrevistador no emita opiniones, ya que éstas pueden dirigirla. Taylor y Bognan (1987), recalcan: "si queremos que la gente se abra y manifieste sus sentimientos y opiniones, debemos abstenernos de emitir juicios

negativos sobre ella y de “humillarla” o “acallarla”.

La situación de la entrevista debe llevarnos a:

- 1.- No hacer juicios. El informante está abriéndose hacia nosotros y es de vital importancia que no llevemos a cabo ningún juicio.
- 2.- Permitir que la gente hable. Aunque no sea el tema que nos ocupa es importante no detener al informante en su relato.
- 3.- Prestar atención. Se debe tener un interés real en lo que el informante nos platique,
- 4.-Ser sensibles. Los entrevistadores deben percibir el modo en que sus palabras y gestos afectan a los informantes.

En la entrevista cualitativa se tienen que sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que éstas les atribuyen. El entrevistador no puede dar por sentados supuestos y comprensiones del sentido común que otras personas comparten. Se deben tener también controles cruzados de la información confrontando las narraciones de nuestros informantes con otras personas conocedoras y con nuestras propias observaciones. Por otra parte, la relación que existe entre los informantes y el entrevistador debe ser unilateral, por lo que éste último debe trabajar intensamente para mantener la motivación de los primeros.

Por último, el entrevistador debe tener un diario detallado durante el período de entrevistas: debe tener un bosquejo de los temas examinados en cada entrevista, debe cumplir la función de los comentarios del observador, registrados en las notas de campo de la observación participante. El entrevistador debe tomar nota de los temas, interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales.

3.5 Fenomenología, disonancia cognoscitiva y la mujer ante la salud

Uno de los principales puntos en la presente investigación es la importancia que tiene el encontrar un modo de estudiar empíricamente los aspectos subjetivos y las actividades de la conciencia, la fenomenología no ha sido capaz de resolver ese problema, consecuentemente su mayor esfuerzo ha consistido en filosofar teorizar o reflexionar acerca del funcionamiento de la conciencia y la construcción del significado. Si por un lado no es posible el acceso directo a la subjetividad, por el otro sí es posible acercarse a ella de modo indirecto, mediante la escucha atenta del entrevistado y el análisis de las respuestas abiertas en los cuestionarios. Aceptando esta información tal y como se presenta, el investigador intenta comprender lo que experimentan otras personas. El análisis se dirige a intentar explicar las estructuras de esas experiencias con objeto de discernir sus rasgos comunes o fundamentales. Estas investigaciones indican que aunque no hay acceso directo a la conciencia o a las experiencias subjetivas de otros, es posible comprender su naturaleza y contenido mediante las expresiones de otros y la información que proporcionan.

Se utiliza la teoría de la disonancia cognoscitiva para explicar la relación que existe entre la posibilidad de que las mujeres se realicen el examen del Papanicolaou, o no. En el momento en que la mujer acepta su condición como tal, adquiere, toma, engendra, aprende ciertas situaciones, que como su misma condición de mujer lo plantea, debe aceptar como tales, una de éstas es la condición de madre, esposa, proveedora de salud, de bienestar, de

comodidad, de compañía, etcétera. Como tal, aprende a ser un ente el cual no puede, debe o tiene derecho a enfermarse, por lo que debe aprender a establecer, como lo dice la teoría de la disonancia cognoscitiva, una consistencia entre lo que perciben, cómo se perciben, lo que aceptan y lo que piensan. Una vez que la mujer ha aceptado su rol como tal, es difícil que tenga la disonancia (angustia debida a la incompatibilidad), o sea que acepte su rol y como tal no tenga derecho inclusive a practicarse un, examen el cual de por sí es doloroso y molesto.

Esto se da con relación a las posibilidades de cada mujer, con la historia de cada una de nosotras, ya que el hogar, las costumbres, la educación, la cultura, las vivencias, nuestro ambiente y fisiología, es lo que en sí determinará la posibilidad de que exista una disonancia para que se realice el examen. Si surge un conflicto en cuanto a las ideas y las personas, en este caso las mujeres, se sienten incómodas, entonces se analizará un poco su conducta en cuanto a lo que en realidad piensan y perciben, lo que hace un ajuste en su comportamiento o pensamientos para establecer la consistencia y reducir la disonancia. El cambio en el componente cognoscitivo puede llevar a un cambio en el componente afectivo, y en el componente conductual.

Una vez que tengamos nosotros los trabajadores de la salud, la posibilidad de que en cada mujer exista esa disonancia para el cambio de actitud hacia el examen, solo así podremos decrementar los índices tan elevados que existen en cuanto a muertes por causa del CaCu.

Esto plantea la posibilidad de que las mujeres puedan llevar a cabo o no la realización de su examen cervicouterino. Pero analicemos un poco qué pasa con las mujeres en el ámbito de la salud en México, en cuanto a su condición de género, a sus perspectivas de vida y a su rol en esta sociedad. Para tal análisis se elaboró un diagrama con los aspectos más relevantes que se refieren a la situación actual en el ámbito de la mujer y su relación con la salud en México. Que están incluidos en el diagrama # 1 (Anexo # 1) de la presente investigación.

3.5.1 Explicación del diagrama # 1 (Anexo # 1) de la mujer y su relación con la salud en México

La salud se ve afectada por la distribución social de la desigualdad entre grupos sociales, regiones áreas rurales y urbanas. En el caso concreto de la mujer, la salud se ve afectada gracias a varios factores los cuales según el esquema por orden de aparición se irán detallando uno a uno.

El papel de la mujer en América Latina (incluyo, por supuesto a México) tiene matices muy significativos y alarmantes a la vez. La importancia que tiene ésta en la relación con la maternidad y, sobre todo, con la salud de la familia, retoma implicaciones de género. Este enfoque reconoce que la reproducción ha sido fuente de asignaciones sociales diferenciales en los espacios de derecho de mujeres y varones, así como también cuestiona la asignación unilateral hacia la mujer de la responsabilidad sobre el cuidado de sus propios hijos y por ende, de la salud de los mismo, y de la del núcleo familiar como un todo.

Esto es de vital importancia señalarlo en dicha investigación, ya que si la responsabilidad de la mujer es precisamente el cuidado de la familia en general, ésta se presenta como un ente intocable inclusive a los ojos de la enfermedad, ya que si la mujer es la proveedora de vida, sería ilógico pensar que ella tenga derecho a enfermarse.

En el primer recuadro se presenta la diferencia del género en el cuál la condición de la mujer se da a través de dicha condición. Existen las relaciones sociales socioeconómicas de género en la salud materno-infantil, que abarca varias dimensiones de desigualdad entre hombres y mujeres, que pueden estar afectando la salud. Añadiendo algunas específicas como las tareas provenientes de la reproducción, la ausencia de valoración y remuneración de sus actividades, la doble jornada de trabajo, la discriminación ocupacional y salarial de los mercados laborales, el mejor acceso a la escolaridad en algunas sociedades y las limitaciones para la posesión de recursos materiales.

Esta desigualdad afecta al estado nutricional y de salud de las mujeres, las edades de inicio y término de la vida reproductiva y la morbilidad infantil. Los riesgos de morbilidad y mortalidad como consecuencia de abortos son diferenciales según la condición económica.

En el caso de la mujer, el riesgo laboral toma tintes diferentes ya que la actividad económica en sus casos se ve afectada por las normas sobre sexualidad, el acoso sexual, el ciclo menstrual, la fecundidad, el embarazo, parto y purperio, la lactancia y los cuidados a la salud infantil.

Existe también el conflicto de roles derivado de la doble jornada laboral ya que aumenta las tensiones domésticas, las rupturas conyugales, la violencia y la carga de trabajo de las mujeres, con consecuencias para su salud física y emocional y la de sus hijos.

A esta peculiaridad de las mujeres, respecto a la salud materno-infantil derivada de la región de residencia, de su carácter urbano o rural, de las características socioeconómicas, del grupo familiar y de la escolaridad, se agregan los grados de autonomía femenina, la definición de roles, la participación desigual de los géneros en las responsabilidades de la reproducción y en los mercados de trabajo, así como la distribución intrafamiliar del poder y los recursos.

La asignación genérica de apoyadoras emocionales del grupo familiar deja a las mujeres sin capacidad para priorizar sus propias necesidades y deseos, afectando su salud física y emocional.

El rol pasivo que debe asumir a partir de su asignación de género, entra en contradicción con el de cuidadora de la salud de los infantes, que requiere autonomía, decisión, iniciativa y actividad.

Por otra parte, la preferencia cultural por los hijos varones, afecta la calidad de la alimentación y nutrición de niñas y mujeres, ya que la prioridad se da en escala de jerarquía familiar. La alimentación y la salud de las mujeres ocupan un lugar secundario, es por tal

motivo la introducción de estas especificaciones en la presente investigación, ya que desde sus orígenes y desde sus raíces sociales las mujeres tienen una desventaja tal que en el momento en que deben practicarse un estudio para prevenir alguna enfermedad, no lo consideran como prioritario, ya que en su vida se les enseñó que su salud pasaría a segundo término. Del mismo modo, la escasa valoración del género femenino lleva a la generalización y aceptación de la violencia doméstica, con sus consecuencias para la salud física y emocional de mujeres y niños.

Esta compleja gama de características que intervienen en la salud de la mujer es descrita por Ana Langer y Rafael Lozano, en su artículo "Condición de mujer y salud", (citado por Figueroa Perea, 1998), en donde comentan que la salud es como un "proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen sobre ella y la modifican", es por tal motivo que en la presente investigación no pueda tomar el problema de la realización del examen del Papanicolaou, como un problema meramente actitudinal.

En dicho artículo, se muestra la segunda fase del diagrama la diferencia que existe en los niveles sociales en donde consideran que la salud de las mujeres tienen tanto características biológicas como desigualdades sociales, "en el terreno de la salud la inequidad que se observa entre individuos de diferente nivel socioeconómico, se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el acceso a los servicios" en este sentido los autores comentan que un ejemplo claro es la mortalidad infantil y materna, ya que en las clases bajas se presenta el índice más elevado que en las altas.

En la parte tercera del diagrama se muestra que la mujer según autores arriba citados, influyen tres niveles en la determinación del proceso salud-enfermedad:

- a) Determinantes subyacentes, que se refieren a las condiciones biológicas, sociales, culturales, psicológicas y conductuales, que rodean la vida de las mujeres.
- b) Los próximos, que son aquellas circunstancias que influyen directamente sobre la salud.
- c) Los efectos de ambos tipos de determinantes sobre la salud en términos de resultados.

Para estos autores existen profundas desigualdades entre hombres y mujeres en cualquiera de éstos niveles, así como entre las mujeres de diferentes grupos sociales.

En la parte cuarta del diagrama, encontramos a la mujer como ente único con varios determinantes al respecto, Mario Bronfman y Héctor Gómez Dantés en su artículo "La condición de la mujer y la salud infantil" (citado por Figueroa Perea, 1998), plantean que la posición social de desventaja en la que se encuentra la mujer se refleja en su estado de salud, en una escolaridad deficiente y restringida, en un acceso limitado a mejores condiciones de empleo, seguridad social y menores oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y económica que a su vez, son reflejo de la desigualdad de género en la sociedad. La condición de la mujer, comentan, tiene un impacto sobre la salud infantil, como lo es el inicio temprano de la maternidad, la nutrición materna insuficiente, así como los bajos niveles educativos. En este artículo se refleja también que la creciente

incorporación de la mujer a la economía surge de sus necesidades por sobrevivir y de las mismas fuerzas productivas, y no tanto por la apertura social hacia la mujer.

Comentan en su artículo que si bien se reconoce un mejor y mayor acceso a los servicios médicos redundará en una menor mortalidad infantil, la calidad y nivel de utilización de los servicios por parte de las mujeres se ve limitado por su condición subordinada de los patrones de género operantes. En este apartado se menciona la importancia de la incorporación de programas de detección oportuna de cáncer, y mencionan que una constante en la incorporación a estos programas es al acceso diferencial de las mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico, lo que se traduce en el hecho de que son las mujeres más necesitadas las que menor oportunidad tienen de ingreso a estos programas.

Posteriormente en la parte quinta se exponen las tareas de reproducción exclusiva de las mujeres. Asunción Lara (citado por Figueroa Perea, 1998), en su artículo "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas", expone que las situaciones socioeconómicas actuales y la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, las expone a riesgos adicionales. La autora analiza las características del trabajo doméstico y extradoméstico, con base en un análisis de las condiciones de género: al estarles asignadas a las mujeres las tareas de la reproducción, su incorporación económica se traduce en una doble jornada laboral. Otro factor adverso sobre la salud de las mujeres trabajadoras lo constituyen los factores genéricos, entre los que la autora enfatiza la devaluación del trabajo femenino, la frecuencia del hostigamiento sexual, marginación por la condición de gestante y por lo tanto menores oportunidades y remuneración económica.

En la parte sexta del diagrama se menciona la relación entre el trabajo extradoméstico y la salud en donde la actitud hacia el empleo y la presencia o no del apoyo social en el entorno laboral, se relacionan con niveles de autoestima, estrés y depresión. Las cargas de trabajo extradoméstico impone a las mujeres a jornadas de trabajo extensas e intensas, y en conflictos entre las demandas de distintos escenarios en los que la mujer participa. La doble jornada conlleva: peso al nacer de los recién nacidos, la carga de cuidado de los hijos como fuente de tensión, así como la relación de pareja como variable mediadora entre el empleo y la salud de las mujeres

Mencionando lo que respecta a la séptima parte del diagrama, se ve a la mujer como apoyadora emocional de la familia, esto en cuanto a salud, bienestar y apoyo. En este entorno es importante recalcar que por un lado la mujer asume un rol pasivo por cuestiones de género, pero al mismo tiempo y por otro lado asume el rol de autonomía para brindar la protección que la familia le demanda. Así el hecho de que las mujeres tengan la carga como proveedoras de salud, pueden incluso afectar la suya propia, sin la posibilidad de atención hacia ellas mismas.

Todas estas características arriba mencionadas son los factores que contribuyen de un modo o de otro a la acción que tenga la mujer ante su salud, ante la prevención de algún mal mortal. Para tal efecto a continuación se hace el análisis entre la mujer, su cuerpo y ella misma como persona que se presenta en el diagrama # 2 (Anexo # 2).

3.5.2 Explicación del diagrama # 2 (Anexo # 2) Mujer, cuerpo y persona

Las mujeres tienen distintas formas de vivir y manifestar la relación que mantienen con su cuerpo. Es en el cuerpo-persona donde se expresa y concreta de forma visible la percepción que se tiene de la vida y la muerte, cuerpo que vive, siente y expresa los contenidos de lo que significa ser mujer en un contexto sociopolítico y cultural específico, concepción del mundo que define la posición y comportamiento de los sujetos frente a distintos eventos del quehacer cotidiano (citado por Figueroa Perea, 1998).

Las mujeres han sido despojadas de su sabiduría, de su creatividad y de la posibilidad de diversificar sus deseos, el cuerpo de las mujeres ha sido normado, sometido a las necesidades de un sistema clasista-sexista que las define como un cuerpo-ser-para-los-otros, cuerpo para la procreación, para procrear, para servir, para maternalizar; cuerpo disciplinado que se somete y legitima frente a la sociedad como mujer-madre, madre-esposa, reproductora de vida, de cultura.

A partir de lo anterior, la identidad de las mujeres se define con base en los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo de las mujeres como seres humanos.

Con base a lo mencionado y con respecto al esquema # 1 en la mujer (en los seres humanos), según Mead, es en el self donde se lleva a cabo el diálogo interno, entre el yo y el mí, en donde el yo es la respuesta inmediata de un individuo a otro y el mí es el proceso que se desarrolla dentro del self. A diferencia de lo que ocurre con el yo las personas son conscientes del mí, por lo tanto, el mí es el conjunto organizado de actitudes de los demás que uno asume. Dentro del diálogo que hace la mujer, retomando los párrafos antes mencionados (esquema # 1), llevan a tener factores determinantes para determinada conducta, en este caso el yo vs. el mí pasan por la fase de si hay o no estos factores; posteriormente se da un diálogo de crecimiento hacia ella misma. Nos encontramos ahora en importante momento ya que si gana el yo puede no realizarse el examen o entrar en la disonancia cognoscitiva; pero si vence el diálogo interno de crecimiento, entonces vence el mí y se realizará el examen con tres variantes:

1. Pasa por proceso de reflexión para hacérselo cada año.
2. Lo hace solo una vez en su vida.
3. lo hace esporádicamente.

Así según este esquema es como la teoría del interaccionismo simbólico da respuesta a la realización del examen del Papanicolaou, o no.

Estudio de caso y la entrevista a profundidad.

La entrevista cualitativa a profundidad, como ya vimos, nos da la comprensión de perspectivas que tienen los informantes con respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, esta entrevista a profundidad es la que los fenomenólogos utilizan para teorizar

acerca del significado de la conciencia, es por tal motivo que exponemos a continuación un relato de vida en el cual una mujer es sometida a una entrevista a profundidad.

A continuación se redactará, el relato de vida y posteriormente se analizará.

3.5.3 Relato de vida

Bueno este tema de los exámenes femeninos es algo complicado y que nunca había comentado con nadie, bueno en esta forma. Pero comenzaré esperando tener buena memoria. Primero te tengo que platicar que mi primera relación sexual fue a los 21 años, en ese momento considero que era una mujer sin experiencia y que por lo mismo nunca me pasó por la cabeza hacerme ningún tipo de examen y menos el Papanicolaou; es más nunca me pasó por la cabeza visitar a un ginecólogo, ni siquiera conocía a ninguno. Así estuve por 2 años, durante ese tiempo recuerdo que una vez tuve una infección de vías urinarias y mi mamá me dio un medicamento que en este momento no recuerdo como se llamaba, eso fue suficiente para solucionar el problema. Por supuesto que ella no sabía la causa. Después yo conocí a varios médicos entre ellos ginecólogos, ya que mi servicio social lo realizaba en un hospital. En una ocasión recuerdo que a la mitad de mi periodo me dolían mucho los senos, estaban inflamados y yo no sabía que pasaba, así que decidí comentarle a un ginecólogo, realmente fue muy incómodo y me dio mucha vergüenza, recuerdo que me ponía de mil colores cada que me hacía las preguntas de rutina, yo no quería que me fuera a revisar y mucho menos que me fuera a tocar, y gracias a Dios no sucedió nada de eso, bastaron un par de preguntas para que me diera unas pastillas y todo listo, me dio las indicaciones de cómo tomarlas y me dijo que si seguía con las molestias lo buscara. La verdad es que aunque no se me hubieran quitado las molestias no lo hubiera buscado, implicaba que ahora si no me salvaba de la revisión, lo bueno es que las pastillas acabaron con el problema, era una simple inflamación debida a cambios hormonales.

Después de algún tiempo comencé con algunas molestias que me hicieron buscar ayuda médica, para entonces yo tenía ya a una conocida ginecóloga, que me inspiraba mucha confianza. Es una ginecóloga joven que te brinda mucha confianza, no por eso deja de dar algo de pena, pero ya es menos. Recuerdo que ese día la busqué y ella me preguntó si alguna vez me había realizado el examen del Papanicolaou, a lo que contesté en forma negativa, así que me recomendó que era buen momento para comenzar con esta práctica; así que fui a su consultorio, dentro del hospital, ella me preguntó si quería que llamará a la enfermera para que le ayudara y la verdad es que me negué. Ella siempre se ha portado muy bien conmigo y siento que me ha consentido mucho; así que en todos los exámenes que me ha realizado nunca ha entrado nadie más que ella. Pero bueno, regresando a eso de la revisión, esa primera vez recuerdo que aún a pesar de que ya la conocía, me dio muchísima pena que me viera, nunca nadie lo había hecho, me sentí muy apenada y recuerdo que le decía que por favor se olvidara de que era yo a la persona que estaba explorando, ella trató de tranquilizarme diciéndome que ese era su trabajo y que lo hacía muchísimas veces al día, que ya estaba acostumbrada, pero que me entendía por que a ella le sucedió lo mismo la primera vez que pasó por esa experiencia, entre toda esa platica me tranquilicé un poco y bueno me dije: al mal paso darle prisa. Sin embargo no pude dejar de sentirme como invadida y sin escapatoria, y lo peor es que con mi permiso y sin opciones, y a parte de todo tienes que agradecer la invasión y pagarla ¿óigame que pasa?. Ya en serio, desde entonces

visito a la misma ginecóloga y bueno últimamente llevamos una relación de amistad más que de médico – paciente; así que ya le adelanto que va a ser mi médico de cabecera y que si me llevo a embarazar ella me va a atender hasta las últimas. Al fin confianza le tengo y esta confianza a parte de que es mi amiga me la da el hecho de saber que es una persona muy bien preparada; es perinatóloga, así que creo que estoy en muy buenas manos.

A pesar de la confianza y de conocerla tan bien, tengo justos dos años de no realizarme el examen; pensé el diciembre pasado ir, pero no me dio tiempo. Durante estos años me ha realizado tres o cuatro exámenes y las cosas siempre han salido bien. Bueno casi bien, por que la última vez que me lo realicé, en diciembre del 99 le comenté que me sentía, si me tocaba el vientre, una pequeña bolita de lado izquierdo, yo creo que era a la altura de los ovarios, durante la exploración ella también la palpo, me comento que parecía ser músculo, pero que de todas formas me iba a mandar un ultrasonido vaginal, la idea no me gusto nada. Me recomendó un lugar y a un médico para que me lo hiciera, pero la verdad es que hasta la fecha no me lo he realizado, no he tenido ninguna molestia y aunque sé que ha pasado tiempo y que me urge hacerlo la sola idea me da cosa. Yo pienso que esa es la causa por la que no he ido a ver a mi ginecóloga. No me he realizado el estudio en gran parte por miedo a lo que sea, aunque ya tiene tiempo que no siento la bolita, y por otra parte es por pena, imagínate que un hombre que no conoces, disque médico te revisé y te vea y te revise completita, esa idea no me agrada del todo, y tan no me agrada que no me lo he hecho. De todas formas ya le dije a mi amiga que en enero o en febrero voy a ir a que me revise y me haga el examen, se que me va a regañar, pero prefiero que primero me revise ella y si lo sigue considerando necesario, pues me lo tendré que realizar, digo al fin espero no volver a ver al tipo.

Considero que lo más difícil respecto a la realización del examen es la pena que tenemos que pasar en el momento de la revisión. Pero ya estamos en este camino y ni modo.

3.5.4 Análisis el relato de vida expuesto anteriormente

Por lo dicho anteriormente en éste capítulo, se analizará el relato de vida, ya que nos brinda una imagen fuerte a cerca de cómo la mujer se percibe ante ella misma, de cómo la perciben ante el mundo y la interacción de sus propias prácticas de salud.

La teoría antes descrita, el interaccionismo simbólico, explica la relación que existe entre el mundo y el sujeto, o el actor, ya que el sujeto es actuante, pensante, libre de tomar sus propias decisiones, las cuales adopta según sus propias necesidades. Estos actos que el sujeto tiene, los adoptó por situaciones que le sirvieron en el pasado y que ha aprendido y por lo tanto ahora repite. Es en el acto donde Mead, infiere que se presenta esa selección de actuar de un modo específico o no. De vital significado es el acto ya que a través de él se dará una conducta específica o no. Del mismo modo la disonancia cognoscitiva nos explica que si no existe una conducta discrepante, es difícil que se dé un cambio en las actitudes. Es pues como esta teoría nos muestra como se dará un cambio de conducta específica a alguna acción esto pues se ve claramente en la conducta de las mujeres al no asistir a los centros de salud para practicarse el examen.

En nuestro relato de vida, nuestra entrevistada hace mención que “ a los 21 años, ...

considero que era una mujer sin experiencia y que por lo mismo nunca me paso por la cabeza hacerme ningún tipo de examen y menos el Papanicolaou es más nunca me pasó por la cabeza visitar a un ginecólogo”, aquí salta un punto que merece atención en cuanto a la educación de la salud, ya que en el Capítulo II se menciona que la mujer debe practicarse el Papanicolaou por lo menos una vez cada año a partir de los 20 años y el problema es el siguiente: nuestra entrevistada es una persona licenciada en la carrera de psicología ¿Cómo es que se presenta en las personas tanta desinformación, y por lo tanto se genere tanta muerte por falta de prevención?, el problema es magno ya que si las mujeres de niveles elevados de estudios no tienen el conocimiento de dichas prácticas, ¿cómo pretendemos que el resto de la población que es analfabeta o que tiene estudios de escolaridad media y primaria, pueda llegar a esos centros de salud, para la practica de dicho examen?

Con respecto a esto, la perspectiva filosófica argumenta que, según Hewitt, (1984, citado por Ritzer 1993, p. 215), “las personas recuerdan y basan su conocimiento del mundo sobre lo que se ha demostrado útil para ellas, suelen alterar lo que ya no funciona”, así pues el proceso por el cual atraviesan las mujeres al realizarse el examen del Papanicolaou, determina la conducta subsiguiente de dicha práctica

Al principio del relato nuestra entrevistada hace alusión a la experiencia que vivió al preguntar a un amigo médico del sexo masculino con respecto de un problema ginecológico que ella expresa de la siguiente forma “...en una ocasión recuerdo que a la mitad de mi periodo me dolían mucho los senos, estaban inflamados y yo no sabía que pasaba, así que decidí comentarle a un ginecólogo, realmente fue muy incómodo y me dio mucha vergüenza, recuerdo que me ponía de mil colores cada que me hacía las preguntas de rutina, yo no quería que me fuera a revisar y mucho menos que me fuera a tocar, “y gracias a Dios no sucedió nada de eso” al respecto de éste tema el problema tiene una connotación diferente, ya que esto tiene mucho que ver con un sistema de sexo-género, pero ¿qué es el género?, para Figueroa Perea (1998, p. 210), es una construcción social sistemática de lo que se asume como “lo masculino y lo femenino,” se comenta esto por lo siguiente, se menciona que hay “diferencias debidas a un sesgo sexista de parte de los médicos, que tienden a ver en la mujer a una persona más “frágil” que el hombre” según Figueroa Perea (1998 p. 222).

Siguiendo con el relato la entrevistada nos comenta “...esa primera vez me dio muchísima pena que me viera...”, en este apartado, se denota el sentimiento real al practicarse el examen, muchísima pena es lo que las mujeres sienten al realizárselo, al exponer su cuerpo, y aunque en esta caso la entrevistada conocía a su ginecóloga, del mismo modo sintió muchísima pena por el hecho de ser expuesta a tal situación, posteriormente comenta “sin embargo, no pude dejar de sentirme como invadida y sin escapatoria, y lo peor es que con mi permiso y sin opciones y a parte de todo tienes que agradecer la invasión y pagarla”, aquí se demuestra el sentimiento que la mujer presenta al ser expuesta a una practica como esta, esto sin contar el trato que les brindan en la sala ginecológica, los médicos pierden esa perspectiva de que tratan con seres humanos que sienten y que les duele, pueden ellos tener trato con ellas, en este caso con las mujeres que se realizan el Papanicolaou con poco tacto, sensibilidad y hasta ética profesional. Al respecto, un ejemplo claro es el que nos muestra Rothman (1978) según Figueroa Perea (1988 p.227), “la medicina masculina considera que una mujer, que está en trabajo de parto,

está bajo control si es capaz de reprimir sus sentimientos y dolores durante esa etapa, ...si una mujer decide enfrentar el trabajo de parto con llanto y gritos, pierde por completo el derecho a ser tomada en cuenta para las decisiones que haya que tomar”, esto nos corrobora la insensibilidad que se vive dentro de los hospitales y el tacto que los médicos tienen para atender a sus pacientes.

Para Tood (1989), según Figueroa Perea (1988 p.229), “los médicos están mejor preparados para entender lo que las pacientes piensan, sienten y temen...”, esto está muy relacionado con los conceptos de “naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción bajo la identidad genérica femenina, y los conceptos de cultura, mente, objetividad, dominio público, racionalidad y producción, bajo la identidad genérica masculina... así el mundo queda dividido entre el sujeto que conoce (científico, mente, masculino) y el objeto que es conocido (naturaleza, cuerpo, femenino).

Retomando un poco la teoría del interaccionismo simbólico, con respecto al relato, Mead comenta que es a través del lenguaje de símbolos que se da la relación entre el sujeto y su medio, así pues el modo en que cada persona actúe será según su interacción social, los significados y símbolos son los que van a permitir actuar al sujeto, así pues es importante mencionar la parte arriba citada sobre el papel que juega la mujer en esta sociedad mexicana, con sus diferencias de género, socioeconómicas, como ente proveedor de salud sin ninguna posibilidad de salud para ella misma por su misma condición de “super-mujer”, que no adoptó ella misma, sino, curiosamente, se dio socialmente.

Para Mead “los humanos se adaptan unos a otros a través del uso de símbolos no significantes... demostrando inteligencia y que tienen capacidad de adaptación mutua a través de símbolos significantes Ritzer (1993 pp. 227)”, esto nos demuestra que tener la capacidad de adaptación nos da la posibilidad de elegir entre tal o cual acción a través de los símbolos; esta relación se da en la cultura de la salud mexicana, con muchas restricciones para la mujer, como lo vimos en el esquema anterior, ya que hay muchas deficiencias y limitantes, desde los presupuestos que los gobiernos otorgan a la salud, hasta la inaccesibilidad a los centros de salud en las áreas urbanas; al respecto, Bobadilla (1990) según Figueroa Perea (1998 p.92) comenta: “...es así que las políticas sociales en los países más pobres, no abordan el problema de la condición de las mujeres, y son ellas las que reciben sustancialmente menos de la inversión, sobre todo en lo relacionado con la educación y la salud”.

Pero regresemos al relato de vida, nuestra entrevistada tuvo quizás diferentes símbolos significantes en su vida para poder elegir entre cuál utilizaba para recrear su capacidad de adaptación, y la elegida fue asistir hasta después de tener una relación sexual y después de los 23 años.

Para Mead, el individuo tiene “ la capacidad de provocar una reacción en el otro” y así también la reacción de la comunidad como un todo, así pues la reacción generalizada, según las estadísticas mostradas en el primer capítulo son de poca conciencia ante el cuidado del cuerpo y mucho menos de la realización del examen del Papanicolaou.

La subjetividad de la conducta se presenta de forma intangible, invisible, por lo que

se deben utilizar métodos acordes para medir tal proceso. Mead, según Ritzer (1998, p. 231) comenta: "...la reflexión del proceso social es internalizado en la experiencia de los individuos implicados en él; por tales medios que permiten al individuo adoptar la actitud del otro hacia él", es tal el caso de las actitudes del cuidado de nuestra salud; son procesos sociales, aprendidos, forjados, heredados, transmitidos de generación en generación, que llevan una connotación tan fuerte y tan indestructible que pareciese, nos gana la batalla.

El self, según Mead, está determinado por acciones sociales, por la interacción del individuo con la sociedad, si en este caso traslapamos a nuestra entrevistada, al caso de este self donde es influenciada por el hecho de que la ginecóloga que le practica el examen es su amiga, por una parte, y por la otra de que es mujer, la lleva a la realización del examen.

Posteriormente la entrevistada hace alusión a lo siguiente "...a pesar de la confianza y de conocerla tan bien, tengo justos dos años de no realizarme el examenpero no he tenido tiempo...", en este apartado de la entrevista se menciona que han pasado ya dos años de no realizarse el examen, aún sabiendo que la práctica es anual y expone que es por falta de tiempo. Esta variable tiene una implicación de trasfondo. En la variable número seis del cuestionario realizado, se hace alusión al tiempo, y efectivamente esta variable se corrobora nuevamente para los dos casos. En la cual están implícitos sentimientos e introyecciones que las mujeres tienen, que han absorbido a través de los años y las épocas (en México), para que se presente esta situación, en donde es más importante cualquier actividad, antes que el cuidado del cuerpo propio. En el caso específico de dicha entrevista, (según por el párrafo siguiente del relato), la implicación que toma el tiempo, es temor ya que ella tiene que realizarse un ultrasonido vaginal, ya que percibió una bolita y por temor a los resultados de ese estudio es que no ha vuelto a la realización de la práctica.

En la siguiente parte de la entrevista, menciona que "...no me he realizado el estudio en gran parte por miedo..." a los resultados de dicho estudio y nuevamente se corroboran estos datos con los del cuestionario en la variable número cuatro donde se hace alusión al miedo de un resultado de cáncer. Y es que aunque tienen el conocimiento de que una pronta detección puede salvar su vida, la reacción presentada primeramente es la inasistencia a la práctica.

En otra parte del relato de vida ella habla de la sensación de desagrado al mostrar su cuerpo cuando comenta " ...y por otra parte es por pena, imagínate que un hombre que no conoces, disque médico te revise y te vea y te revise completita, esa idea no me agrada del todo y tan no me agrada, que no me lo he hecho", esta relación que ella hace de su cuerpo se relaciona con lo que Sartre comenta, según Aisenson Kogan (1981, p. 62), "los órganos corporales son primero existidos y solo más tarde percibidos... el cuerpo es para nosotros en primer término una vivencia, y hasta qué punto estamos fusionados con él, dado que comparte la estructura de nuestra conciencia... nuestro cuerpo lo vivimos como la facticidad que somos, en la que se compendia nuestra situación total como un ser-en-el-mundo", así pues la importancia tal de nuestro cuerpo, que incluso en el homúnculo cerebral, en la corteza sensorial, está representada cada parte de nuestra fisionomía, así lo comenta Rincón (1971 p. 19), "...las sensaciones persistentes de aquellos que habían sido sujetos a la amputación de un miembro, existente en la mente del amputado como si aún formara parte de su cuerpo, más bien, del esquema que el paciente se había formado de su propio cuerpo"

a este fenómeno se le denominó “el miembro fantasma”. Así pues la importancia que tiene la pena está implícita en dicha frase que impide a la entrevistada la realización de un estudio que necesita realizárselo, pero por pena y miedo no lo ha hecho nuevamente.

Al respecto de lo que informa la entrevistada al decir que “... un hombre que no conoces, disque médico...”, está muy relacionada con la variable nueve del cuestionario aplicado, que nos dice “...me molesta que un hombre...me toque...”, aquí entonces se reafirma por un lado la variable citada y por el otro el sentimiento de las mujeres, en donde claramente se identifica ese rechazo a ser tocada por alguien ajeno “ que no siquiera conoces” para la práctica y se acentúa aún más cuando se realiza por alguien que no tiene ningún tacto para hacerlo.

Es entonces que los trabajadores de la salud debemos tener mucha táctica para tratar a las pacientes y más en una práctica como ésta.

En cuanto a la práctica de salud se refiere, en el Capítulo I, se mencionan las distintas maneras en que se puede dar esa prevención, pero solo con la conciencia de nosotras mismas, es como se pondrán en práctica.

Más adelante en el anexo # 6, se dará una propuesta para un programa informativo y de sensibilización para la realización de la práctica, en donde se proponen algunos de los aspectos más relevantes para poner en marcha un programa, que es de gran utilidad en los Centros de Salud de la Ciudad de México.

3.5.5 Método

Sujeto: Se le pidió a un sujeto femenino que platicara acerca de su relación con la salud.

- Que tenga entre 20-65 años.

Materiales a utilizar:

Una grabadora de bolsillo que se utilizará en toda la entrevista.

Procedimiento:

Se realizó una entrevista profunda acerca de la relación entre el sujeto y sus hábitos de salud.

Una vez recabada la información en cassette, se analizó con el método utilizado por los Interaccionistas Simbólicos y la Etnometodología, los resultados se encuentran en el presente capítulo.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayor parte de los países en desarrollo, una alta proporción de casos de cáncer cervicouterino se diagnostican en una fase avanzada. Ello puede explicarse por numerosos motivos, que incluyen la falta de conocimiento de las mujeres acerca de la importancia de la enfermedad, una actitud fatalista ante el cáncer, sus posibilidades de curación y la ausencia de atención de salud en las zonas rurales, combinada con la escasa prioridad que las mujeres tienen con respecto a su salud. (Miller, 1993).

Por otro lado es poco probable que todas las mujeres de la población destinataria respondan a simples invitaciones tales como la difusión de campañas publicitarias para asistir a la práctica del examen, en particular si no están en contacto con la atención que se brinda a la salud o si su experiencia previa de esta atención no ha sido positiva. Además la mayor parte de las mujeres con alto riesgo de padecer la enfermedad, que son las mujeres que presentan multiparidad, que han tenido relaciones sexuales en edades tempranas, que tienen entre 25-65 años de edad entre otros, tienen otros problemas de salud, sociales o económicos que pueden percibir como dotados de mayor prioridad que su necesidad de un examen del Papanicolaou. Por lo tanto se necesita dar un impulso al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino implementado desde 1998, para tener la seguridad de que las mujeres del grupo destinatario comprendan los motivos de la detección, lo que supone el procedimiento, el significado de los resultados, la finalidad y eficacia de cualquier tratamiento recomendado. (Miller, 1993).

Según reportes presentados en la Tercera Reunión de Trabajo Social del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) realizado el 10 y 11 de noviembre de 1998, se mostró la información respecto a la baja respuesta que la población ha tenido al programa a casi un año de haberse puesto en marcha (1 de enero de 1998). En esta misma reunión se señaló como causa principal al fracaso de este programa la actitud negativa de la mujer hacia el examen por miedo a que este resulte positivo, pareciera que el binomio examen del Papanicolaou- cáncer-muerte prevalece en estas mujeres. Otra parte fundamental es que las mujeres concienticen la importancia que tiene la detección en etapas tempranas, enfatizando, en el programa, la parte actitudinal de ellas en cuanto a lo que les representa y significa la realización del examen, sus motivaciones internas, sus resistencias a la práctica del examen y su desmotivación para asistir a los centros de salud. Una vez priorizada esa parte actitudinal, probablemente podremos observar una disminución en las cifras presentadas en el Capítulo I.

Según lo citado anteriormente se llegó a la pregunta de investigación la cual es: ¿Cuál es la actitud de las mujeres hacia la práctica del examen del Papanicolaou?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La justificación para la realización de la presente investigación radica en la importancia y la fuerza que los resultados de las estadísticas arrojan en cuanto a las muertes registradas en México por cáncer cervicouterino.

La justificación de porqué se midieron las actitudes subyace a los siguientes argumentos:

- 1) Las actitudes constituyen elementos para la predicción de conductas, es decir, que el conocimiento de las actitudes de un individuo en relación con determinados objetos, nos permite hacer inferencias acerca de su conducta.
- 2) Las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros y,
- 3) Las actitudes son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y conflicto.

En suma, la consecución del bienestar requiere de cambios de actitud, cualquier actividad que persiga la consecución del bienestar humano, deberá necesariamente contemplar el cambio en las actitudes de los individuos con el objeto de hacerlas compatibles con la obtención del bienestar colectivo.

Existen elementos característicos de las actitudes:

- a) La organización duradera de creencias y cogniciones en general.
- b) La carga afectiva a favor o en contra.
- c) La carga afectiva a la acción.
- d) La dirección de un objeto social.

Por tal motivo es que midieron las actitudes para combatir desde esa perspectiva, la poca asistencia a los centros de salud de las mujeres.

Por otra parte las estadísticas dadas por la Secretaría de Salud en voz de su secretario Dr. de la Fuente (La Jornada 7-10-97) señalan que diariamente mueren 12 mujeres por cáncer cervicouterino. De aquí la necesidad de determinar con mayor precisión las causas que subyacen a la actitud negativa hacia el examen de Papanicolaou.

Pese a que se han otorgado recursos, para combatir este problema, las cifras demuestran que los esfuerzos han sido en vano, ya que la implementación del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino para la detección oportuna no ha tenido el éxito esperado por circunstancias implícitas en las mujeres desde un marco biopsicosocial. Esto es, que las mujeres tienen la posibilidad de realizarse el examen, ya que es totalmente gratuito, pero no obstante a que el programa antes mencionado implementó en cada centro de salud un módulo para la realización del examen, las mujeres tienen impedimentos internos, psicológicos, biológicos y sociales tan arraigados que no se permiten a ellas mismas la práctica. Por tal motivo es que en la presente investigación se analizaron algunas de las actitudes que las mujeres tienen hacia la práctica de dicho examen y más adelante se presentan los resultados encontrados.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

HIPÓTESIS

Hipótesis Conceptual: La principal causa de morbilidad y mortandad en la mujer mexicana es el cáncer cervicouterino y mamario (INEGI 1997). La detección de esta enfermedad, generalmente se da en una fase avanzada, en consecuencia la medicina queda limitada en su acción. La detección en etapas tempranas es posible a través del examen del Papanicolaou. Cuando esta detección es temprana, el cáncer es curable generalmente en el 100% de los casos. (Miller, 1993).

Hipótesis General. La vivencia que las mujeres han tenido respecto al trato que les dan en los centros de salud, así como la interacción que han tenido con los médicos, sus experiencias previas, su educación, su formación, a través de su historia, etcétera, es como han formado actitudes específicas para la realización del examen del Papanicolaou. Tales actitudes representan una herramienta o un freno muy poderoso para que lleven acabo o no dicho examen, por tal motivo es necesario que, en caso de que las mujeres, que no perciban necesaria la práctica del examen, tengan la posibilidad, a través de impulsar este aspecto específico en el programa implementado, la alternativa de tener un cambio actitudinal ante dicha práctica y realizarse el examen del Papanicolaou.

Hipótesis estadísticas.

1

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el dolor físico ante la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el de dolor físico ante la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

2

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el temor ante un diagnóstico de cáncer resultante de la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el temor ante un diagnóstico de cáncer resultante de la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

3

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la pareja ante la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la pareja ante la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

4

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la prevención que ofrece la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la prevención que ofrece la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

HIPOTESIS SECUNDARIAS

1

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el costo de la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia el costo de la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

2

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la distancia del centro de salud para la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la distancia del centro de salud para la practica del examen del Papanicolaou, entre las mujeres que nunca se lo han realizado y las mujeres que alguna vez se lo han realizado

3

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia los enfermos de cáncer, entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia los enfermos de cáncer, entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

4

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la religión , entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

H_a : Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la religión , entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

5

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la familia, entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres, que alguna vez se lo han realizado.

H_a: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la familia, entre las mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y las mujeres que alguna vez se lo han realizado.

OBJETIVOS

Los objetivos de la presente investigación fueron comprobar que realmente existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud que las mujeres tienen hacia el examen del Papanicolaou y: el sentimiento de dolor ante el examen, temor ante un diagnóstico de cáncer, hacia el costo de la práctica del Papanicolaou, hacia la distancia del centro de salud para realizarse el examen, hacia la actitud de la pareja, hacia la actitud de prevención que ofrece la práctica, hacia la actitud de los enfermos de cáncer, actitud hacia la religión, actitudes hacia la familia; entre las mujeres que nunca se han realizado el examen y las que por lo menos una vez en su vida se lo han realizado.

VARIABLES

■ Actitudes hacia el examen del Papanicolaou.

Variables sociodemográficas: Edad, Estado civil, Número de Hijos, Ocupación, Área de residencia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

-Actitudes hacia el examen del Papanicolaou. Las actitudes constituyen elementos para la predicción de conductas, es decir, que el conocimiento de las actitudes de un individuo en relación con determinados objetos, nos permite hacer inferencias acerca de su conducta. Las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros, las actitudes son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y conflicto. (Padua, 1985).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

-Actitudes. Con 39 reactivos de cinco opciones de respuesta:

- *Totalmente de acuerdo.
- *De acuerdo.
- *Indiferente.
- *En desacuerdo.
- *Totalmente en desacuerdo.

SUJETOS

Mujeres mayores de 19 años de la ciudad de México y zonas conurbadas.

MUESTREO

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional de 446 mujeres del Distrito Federal y zonas conurbadas a las que se aplicó el cuestionario. Se buscó que todas y cada una de las 16 delegaciones del Distrito Federal estuvieran representadas a través de la aplicación del cuestionario.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es transversal, ya que se da una comparación entre los dos cuestionarios en una muestra que fue medida al mismo tiempo.

TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño es exposfacto preexperimental según la clasificación de Campbell y Stanley (1966), ya que se trata de un grupo estático en donde se utilizaron atributos previos a la medición de las actitudes como lo son: que fueran mujeres mayores de 19 años y que tuvieran vida sexual activa.

INSTRUMENTO

La escala empleada en la investigación fue tipo Likert la cual consiste en una serie de ítems o juicios ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estímulo (ítem o sentencia) que se presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador está interesado en medir y las respuestas son solicitadas en términos de grados de acuerdo o desacuerdo que el sujeto tenga con la sentencia en particular. Es un tipo de escala aditiva que corresponde a un nivel de medición ordinal la cual se emplea para la medición de actitudes.

La escala Likert, emplea el método *summated ratings* resulta de la suma algebraica de las respuestas de individuos a *items* seleccionados previamente como válidos y confiables. Si bien la escala es aditiva, no se trata de encontrar ítems que se distribuyan uniformemente sobre un continuo: "favorable - desfavorable", sino que el método de selección y construcción de la escala apunta a la utilización de ítems que son definitivamente favorables o desfavorables en relación con el objeto de estudio. El puntaje final del sujeto es interpretado como su posición en una escala de actitudes que expresa un continuo con respecto al objeto de estudio (Taylor, 1997).

La escala Likert es pues un *test* que sirve para determinar algunas propiedades de un sujeto o de un objeto en el medio de una persona. A través de su conducta en la situación de prueba (es decir, su rendimiento en un *ítem* específico de la escala), el sujeto consciente o inconscientemente se sitúa en una posición a lo largo del continuo de la variable que la escala está midiendo (Taylor, 1997).

La escala Likert es también una escala del tipo *centrada en el sujeto*: El supuesto subyacente es que la variación en las respuestas será debida a diferencias individuales en los sujetos. La escala inicial se administra a una muestra de sujetos que actuarán como *jueces*, la cual deberá ser representativa de la población a la que se aplicará la escala final (Taylor, 1997).

Finalmente, los ítems son seleccionados en base a su *poder discriminatorio* entre grupos con valores altos y con valores bajo en la variable. Es decir, que lo que interesa la coherencia, entendida ésta en función de las respuestas.

Se diseñaron dos cuestionarios actitudinales tipo Lickert con 5 opciones de respuesta que cubrió las siguientes áreas:

- Actitud de la pareja con respecto al examen.
- Actitud hacia la religión.
- Actitud ante la familia.
- Actitudes generales (socioeconómico y demográfico).
- Actitud hacia la enfermedad.
- Actitud ante la muerte.

Integrando un total de 39 reactivos, de los cuales se validó su contenido aplicándose los a 446 mujeres del Distrito Federal.

Los dos tipos de cuestionarios son descritos a continuación:

- Cuestionario A Para las mujeres que por lo menos una vez en su vida se han realizado el examen del Papanicolaou y que no se lo han practicado en el último año.
- Cuestionario B Para las mujeres que nunca se lo han practicado en su vida.

Se anexan instrumentos (Anexo # 3 y Anexo # 4).

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se siguió para la toma de la muestra fue totalmente aleatorio. Se coordinó a través de 3 grupos de la Universidad Nacional Autónoma de México, uno de la Facultad de Psicología, otro de la Facultad de Contaduría y Administración y de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, con el apoyo de la Mtra. Corina Cuevas Renaud, quien amablemente colaboró para que se realizaran las aplicaciones de los cuestionarios. La toma de la muestra se realizó en la totalidad del Distrito Federal, abarcando las 16 delegaciones y zona conurbada. Para tal efecto se impartió una capacitación previa a los estudiantes para la aplicación de los cuestionarios, en donde se les explicó de manera breve, el motivo de dicha investigación y los fines de la misma, así mismo se les impartió una plática acerca de la importancia de la toma de la muestra y la manera de realizarla, así como las implicaciones psicológicas en cuanto a las actitudes se refiere, que las mujeres tienen para la realización de la práctica.

Una vez teniendo los datos arrojados por los cuestionarios, fueron registrados en hojas de codificación para el análisis estadístico que se describe a continuación.

Dichos datos nos arrojaron las principales actitudes por las cuales las mujeres no se practican el examen del Papanicolaou. Una vez teniendo estos datos se realizó el análisis de las variables que resultaron significativas dando así las conclusiones a las que llegó la presente investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El análisis estadístico se realizó en dos etapas. En la primera de ellas se llevó a cabo un análisis unidimensional descriptivo obteniendo frecuencias, gráficas y medidas de tendencia central, y de dispersión con objeto de presentar un panorama general del comportamiento de las variables bajo estudio; en la segunda de ellas se aplicó un análisis factorial exploratorio con objeto de validar los reactivos del instrumento actitudinal.

Finalmente para poder comprobar las hipótesis planteadas se empleó la prueba *t de student* para muestras independientes.

Esta variable se relaciona con la número 30, ya que las mujeres están acostumbradas a ser el punto de apoyo, pero cuando tienen que moverse hacia su cuidado, se ven incapacitadas por razones diferentes.

Existe una variable muy importante en este análisis que es la número siete: "por desidia no me he practicado el examen del Papanicolaou". En el análisis de frecuencias es la variable con mayor puntaje en las respuestas abiertas, con un 35.7 % que es muy significativo.

La desidia en la presente investigación tiene una connotación diferente, ya que nos muestra la imposibilidad que la mujer tiene para hacerse cargo de su propia salud, a pesar de que carga con la responsabilidad de la salud de la familia entera; la desidia trae consigo: miedo, inseguridad, ansiedad, ignorancia, temor, terror, etc. lo que permite a la enfermedad avanzar hasta sus últimas consecuencias.

La desidia en su terminología específica significa negligencia, inercia para la Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana (1973); y en la misma enciclopedia negligente significa: descuidado o desaplicado. Para el Diccionario Enciclopédico Grijalbo (1986), desidia significa dejadez.

Pero en esta variable van implícitos la mayoría de los sentimientos encontrados dentro de la mujer para practicarse el examen. Si por ejemplo, nos encontramos a una mujer que tiene que realizarse por primera vez el estudio, pero encima tiene compromisos que cumplir, con la familia, con los hijos, estudios, etc, el resultado de esta variable nos muestra que ella preferirá realizar todas sus actividades antes que realizarse el estudio. ¿Por qué?, por que nuestra cultura, nuestros conocimientos, nuestras posibilidades, impiden que se lo practique, y en esta parte está implícita la *negación* inconsciente de que puede llegar a ser curable un cáncer si es tratado a tiempo.

La variable once está muy relacionada con la nueve: "me molesta mucho que un hombre que no sea mi marido o mi pareja (aunque fuera médico) me toque", en esta variable, que también es válida según los resultados encontrados, se ve claramente que la necesidad de la privacidad o intimidad de la mujer se ve invadida al dejar que un hombre la toque.

La percepción que la mujer tiene de su cuerpo o como lo dice Rincón B. Cassandra E. (1971), en su libro La imagen corporal "el propio cuerpo, y sobre todo la superficie del mismo, es un lugar del cual pueden partir simultáneamente percepciones externas e internas. Es objeto de la visión como otro objeto cualquiera; pero produce al tacto dos sensaciones", esto es, que las personas en general tenemos una imagen corporal, por un lado, y por el otro tenemos ese mundo de sensaciones que nos genera el contacto físico, el cual si es generado por alguien en el cual la mujer no ha depositado su confianza para ser tocada, entonces generará la desconfianza y a su vez el mecanismo de defensa, como resistencia ante la posibilidad de acudir a la realización de la práctica. Del mismo modo, esta variable está relacionada con el relato de vida que se realizó en el Capítulo III, en donde nuestra entrevistada muestra sentimientos de apego a su intimidad expresando

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se analizarán algunas de las variables del cuestionario según su validez y más adelante en el análisis inferencial se analizarán las variables que resultaron estadísticamente significativas para la prueba *t de student*.

La variable número tres menciona que: “no soportaría que me diagnosticaran cáncer”, lo cual se traduce en la negación que las mujeres muestran hacia dicha práctica, ya que éstas, al igual que la mayoría de las personas, se sienten omnipotentes ante cualquier malestar o mal que pueda suceder.

La posibilidad de las personas a aceptar padecer alguna enfermedad es lejana, indeseable, imprecisa y para la mayoría inexistente, ya que a la mayoría de los mexicanos, nuestra cultura, como también lo comenta Figueroa Perea (1998), no tiene mayor implicación en la salud. Nuestros antepasados, nuestra legión, y en nuestras raíces culturales no existía la preocupación por un cuidado muy riguroso del cuerpo, ni de la salud. Esto aunado a que las personas en tiempos anteriores gozaban de mejor salud sin necesidad de tantos cuidados, como ahora. Y esto no corresponde al azar sino que en estos tiempos la modernidad ha arrasado con la salud entre otras cosas, ya que el uso de sustancias, hormonas, medicamentos, el medio ambiente, la contaminación, contribuyen sin cesar para el nacimiento de enfermedades, las cuales en tiempos pasados no eran consideradas como peligrosas. Ahora, en la actualidad, las mujeres mueren sin cesar por no tener una cultura ni una práctica de salud.

Como lo comenta Isselbacher (1994), la radiación, la raza, el tabaco, la exposición profesional a carcinógenos, la contaminación ambiental, los fármacos, etcétera, son factores que contribuyen a que se manifieste un cáncer o se predisponga a él, y dichos factores en la actualidad tienen mayor porcentaje de presentarse que en el pasado.

Con respecto a éste tema se puede decir que la sociedad mexicana por ende es más fuerte, más resistente a las enfermedades y más reacia al tratamiento. Es diferente, pues aquí en nuestra raza que en la de otros países, por ejemplo en Estados Unidos, ya que en su cultura están hoy por hoy más “propensos” a tomar fármacos por cualquier mínimo síntoma. Incluso puede llegar a ser un país hipocondriaco, lo que infunde el uso de cualquier cantidad de medicamentos y el resultado es una sociedad con mucho consumo de drogas, fármacos, etc.

En México no se presenta tal situación, y no es que en la presente investigación se quiera infundir la cultura de tomar medicamentos para todo y por todo; sino más bien, lo que se intenta es crear una cultura de prevención ante cualquier cambio en la fisionomía del cuerpo, cambios tales como abultamientos, bolitas anormales, etcétera, que la gente aprenda a identificar cualquier situación diferente en su cuerpo.

En la variable cinco se cometa: “no me he practicado recientemente el examen del Papanicolaou por el temor de ser infectada con los aparatos con los que se realiza”, esta variable es muy importante y debe ser tratado con el mismo cuidado. En estos tiempos en los

que los seres humanos deben tener cuidado de todo, y me refiero también al hecho de habitar en la ciudad más grande del mundo, en donde las personas viven con el temor de ser agredidas o ultrajadas por alguien, esto también está afectando a la salud, ya que las personas han recibido suficiente información acerca de cómo deben de cuidar su salud, esto es, que se debe cuidar inclusive el agua que se toma, por el miedo de que esté infectada y en consecuencia se desconfía de los equipos médicos, jeringas, utensilios, etcétera.

En este sentido las mujeres también cuidan su salud en este aspecto y por supuesto que los materiales con los que se realizan los estudios deben ser esterilizados, pero las mujeres no saben hasta que grado los instrumentos están desinfectados o no, por lo que el sentimiento que esta variable denota, es real y muy respetable. Al respecto los encargados de la salud deben lanzar campañas en donde también se mencione que los aparatos utilizados para dichos procedimientos son totalmente estériles y pueden ser utilizados sin el menor peligro de contagio.

Por otra parte, es bien sabido que en los centros hospitalarios, clínicas, centros de salud (nos referimos a los hospitales de primer nivel), en donde la mayoría de las personas de escasos recursos acuden al médico, las condiciones que se tienen son insalubres y en la mayoría de los casos muy inadecuadas para la atención de los pacientes, sin contar con los malos manejos que se dan dentro de los hospitales en cuanto a la atención de instrumentos de trabajo, sanidad en los utensilios como son: coberturas, mantas, sábanas, así como biberones de bebés, instrumentos para pacientes con enfermedades infecciosas o para pacientes terminales, medicamentos caducados, etcétera, es así como las mujeres, al tener conocimiento de este tipo de anomalías, desconfía de la práctica de los estudios.

Esto sin mencionar que en la mayoría de los casos la gente de escasos recursos, y nos referimos a la gente que vive en la pobreza extrema, acuden a la farmacia más cercana, para que el farmacéutico los atienda, los revise, los diagnostique y les de tratamiento, y lo que es más grave aun, es que en la mayoría de los casos efectivamente son recetados y atendidos por personas que si bien tienen algún conocimiento acerca del tratamiento de algunas enfermedades, no son gente capacitada para dar consultas, y mucho menos diagnosticar a algún paciente enfermo. Es por esto que se debe poner un poco más de atención en la difusión de la sanidad en los hospitales y clínicas.

La variable número seis dice: "no tengo tiempo de ir a la clínica más cercana a practicar el examen del Papanicolaou". Esta variable tiene mucha relación con la capacidad de la mujer para proveer a su familia de bienestar, amor y salud.

Para Figueroa Perea (1998), esta implicación de la capacidad de la mujer como proveedora de salud, está muy relacionada con delegar su salud a segundo, tercero, cuarto término, etc. para ser capaz de brindar toda la atención y amor que su familia merece, por tal motivo las excusas como el tiempo, la distancia y la incapacidad de asistir a dichas clínicas son vitales para dichas mujeres. Y es entonces, solo y exclusivamente, cuando las mujeres, ya en estado muy grave, con sangrados exagerados, acuden al centro u hospital, pero en la mayoría de los casos el desenlace es fatal.

Esta variable se relaciona con la número 30, ya que las mujeres están acostumbradas a ser el punto de apoyo, pero cuando tienen que moverse hacia su cuidado, se ven incapacitadas por razones diferentes.

Existe una variable muy importante en este análisis que es la número siete: "por desidia no me he practicado el examen del Papanicolaou". En el análisis de frecuencias es la variable con mayor puntaje en las respuestas abiertas, con un 35.7 % que es muy significativo.

La desidia en la presente investigación tiene una connotación diferente, ya que nos muestra la imposibilidad que la mujer tiene para hacerse cargo de su propia salud, a pesar de que carga con la responsabilidad de la salud de la familia entera; la desidia trae consigo: miedo, inseguridad, ansiedad, ignorancia, temor, terror, etc. lo que permite a la enfermedad avanzar hasta sus últimas consecuencias.

La desidia en su terminología específica significa negligencia, inercia para la Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana (1973); y en la misma enciclopedia negligente significa: descuidado o desaplicado. Para el Diccionario Enciclopédico Grijalbo (1986), desidia significa dejadez.

Pero en esta variable van implícitos la mayoría de los sentimientos encontrados dentro de la mujer para practicarse el examen. Si por ejemplo, nos encontramos a una mujer que tiene que realizarse por primera vez el estudio, pero encima tiene compromisos que cumplir, con la familia, con los hijos, estudios, etc, el resultado de esta variable nos muestra que ella preferirá realizar todas sus actividades antes que realizarse el estudio. ¿Por qué?, por que nuestra cultura, nuestros conocimientos, nuestras posibilidades, impiden que se lo practique, y en esta parte está implícita la *negación* inconsciente de que puede llegar a ser curable un cáncer si es tratado a tiempo.

La variable once está muy relacionada con la nueve: "me molesta mucho que un hombre que no sea mi marido o mi pareja (aunque fuera médico) me toque", en esta variable, que también es válida según los resultados encontrados, se ve claramente que la necesidad de la privacidad o intimidad de la mujer se ve invadida al dejar que un hombre la toque.

La percepción que la mujer tiene de su cuerpo o como lo dice Rincón B. Cassandra E. (1971), en su libro La imagen corporal "el propio cuerpo, y sobre todo la superficie del mismo, es un lugar del cual pueden partir simultáneamente percepciones externas e internas. Es objeto de la visión como otro objeto cualquiera; pero produce al tacto dos sensaciones", esto es, que las personas en general tenemos una imagen corporal, por un lado, y por el otro tenemos ese mundo de sensaciones que nos genera el contacto físico, el cual si es generado por alguien en el cual la mujer no ha depositado su confianza para ser tocada, entonces generará la desconfianza y a su vez el mecanismo de defensa, como resistencia ante la posibilidad de acudir a la realización de la práctica. Del mismo modo, esta variable está relacionada con el relato de vida que se realizó en el Capítulo III, en donde nuestra entrevistada muestra sentimientos de apego a su intimidad expresando

“...sin embargo no pude dejar de sentirme como invadida y sin escapatoria...”, en donde claramente se identifica ese rechazo a ser tocada por alguien ajeno.

La variable doce menciona que : “ mi esposo o pareja no está de acuerdo en que yo me realice el examen del Papanicolaou”. Como es bien sabido en México existe todavía una gran tendencia al machismo, este padecimiento surge como un sistema según Wilson Schaeff (1981). Para ella en el sistema del macho es crucial reconocer la estructura social ya que nos rodea e infiltra en nuestras vidas sus mitos, creencias, ritos, procedimientos y los resultados afectan todo lo que pensamos, sentimos y hacemos. Para Wilson Schaeff (1981), el sistema del macho es el régimen en que vivimos, donde el poder y la influencia son detentados por varones, dicho sistema controla casi todos los aspectos de nuestra sociedad. Hace nuestras leyes, dirige nuestra economía, fija nuestros salarios, decide qué es el conocimiento y cómo debe enseñarse. Las mujeres adquieren su identidad al margen del sistema del macho, por lo tanto se les hace casi imposible cuestionar dicho sistema. De este modo es explicable saber por que las mujeres tienen la dificultad y la necesidad de obedecer a sus maridos en cuanto a la opción de realizarse el examen o no. Wilson comenta: “...vivir de acuerdo a los mitos del sistema del macho, suele significar vivir en la ignorancia. La única manera de mantener el mito, de saberlo y entenderlo todo, que son las principales premisas del sistema, es ignorando toda información ajena”, dicha afirmación es muy importante ya que si en determinado momento la mujer adquiere el conocimiento de que realizarse el examen puede mantener su vida y lo comenta con su pareja, ésta desvirtuará toda información al grado de rechazarla y así impedir que la mujer asista al ginecólogo.

Aunado a esto Figueroa Perea (1998), comenta: “...la condición de desventaja, determinada por aspectos biológicos, socioeconómicos y de género, coloca a la mujer en el grupo con probabilidades más altas de enfermar y de morir”, esto hace que en nuestra cultura exista la posibilidad que las mujeres tengan que exponerse y tolerar la incompreensión e ignorancia de sus parejas respecto a realizarse el examen.

La variable número veintiuno: “el cáncer es hereditario”, muestra que la mayoría de las mujeres a las que se les aplicó este cuestionario, tienen algún tipo de información acerca de la predisposición que existe en las células, para que se genere un cáncer. Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martín, Fauci y Kasper, en su libro Principios de medicina interna (1994), comentan que las alteraciones genéticas desempeñan un papel esencial en la oncogénesis.

Como se comenta en el Anexo # 7, existen conclusiones que apoyan esta suposición:

- 1) Se han observado muchos ejemplos de grupos familiares con tipos histológicos específicos de tumores (por ejemplo la retinoblastona).
- 2) Las anomalías cromosómicas en las células tienen mayor riesgo de desarrollar cierto tipo de cáncer.
- 3) Los tumores presentan reagrupamientos somáticos específicos que afectan a cromosomas o genes.

Las mutaciones de las células germinales se heredan y constituyen la base de las neoplasias malignas, así expuesto, las mujeres por conocimiento propio o ajeno tienen el conocimiento de que el cáncer se puede heredar y por lo tanto ser un factor de riesgo.

En la variable número 32: "Yo nunca enfermaré de cáncer" se vislumbra claramente la negación que las mujeres tienen ante una enfermedad tan terrible y con las implicaciones que conlleva los cuidados ante el cáncer. Esto es analizado anteriormente en la variable que habla de la desidia. Pero tengamos otra definición de negación para el análisis de la presente variable. Para Kolb y Noyes (1977), "la negación es un mecanismo de defensa intrapsíquica a través del cual las percepciones conscientemente intolerables se ignoran o se aprecian de manera insuficiente... lo que es conscientemente intolerable se rechaza inconscientemente por medio de un mecanismo protector de no percepción". Así pues, es tal la manera en que las mujeres perciben la realización del estudio como una forma de agresión, que prefieren negarla, así como la negación inmediata a la afirmación de enfermar de cáncer es un bloqueo inconsciente interno para así no tener que preocuparse por el estudio y por lo tanto vivir sanas eternamente.

El análisis arriba expuesto se contrapone de manera inmediata a la variable 34: "Si yo tuviera cáncer sería culpa mía por no haberme cuidado", ya que existe en ellas la percepción de tener que realizarse el estudio. Tal concepción entra a su razonamiento como algo por hacer, pero en el momento en que realmente tienen que someterse al estudio niegan la posibilidad, por la falta de herramientas, de conocimiento, pero más que nada por el temor de ser expuestas ante esa situación bochornosa.

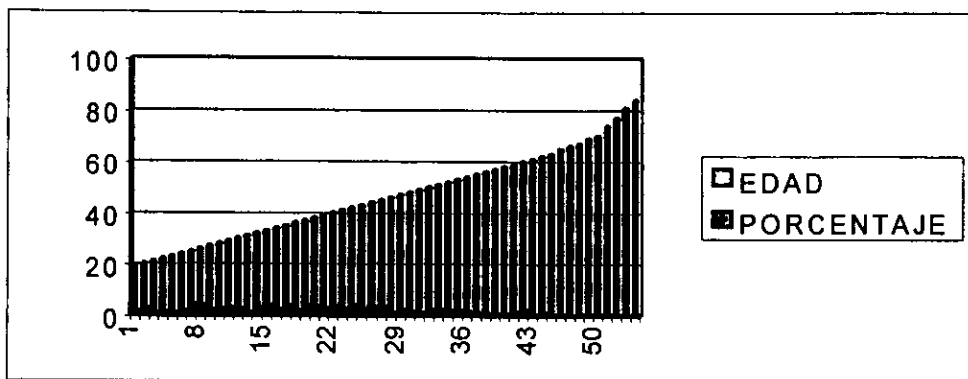
En la variable 35: "Si yo tuviera cáncer no lo soportaría" se muestra más claramente ésta ambivalencia que existe entre la posibilidad de realizarse el examen y la incapacidad para hacerlo. ¿Por qué?

- Por un lado se percibe el cáncer como algo atemorizante, como sinónimo de muerte.
- Tienen las mujeres la conciencia de que si en algún momento determinado llegan a enfermar del padecimiento, dejarían de ser proveedoras de salud.
- Niegan la posibilidad de enfermar de cáncer.
- Pero a su vez perciben la práctica del Papanicolaou como necesaria.
- Y a su vez viven la sensación de estar enfermas y no soportarlo; sin embargo, no se realizan el examen.

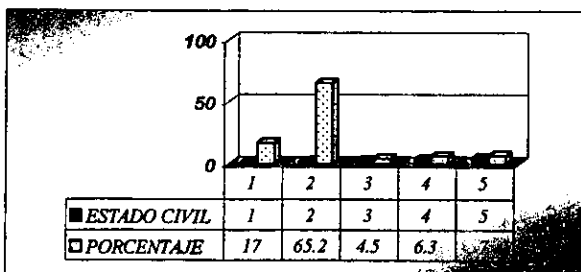
ANÁLISIS DESCRIPTIVO

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

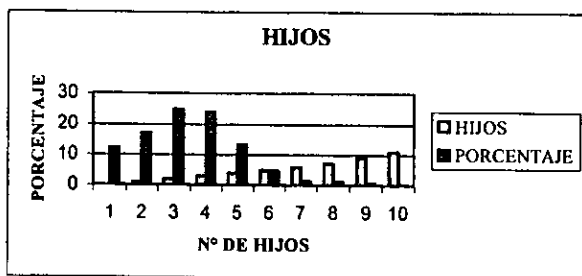
Se trata de una muestra de 446 mujeres que viven en el Distrito Federal, con edades que varían entre los 19-84 años de edad, la media de edad encontrada es de 38 años, en donde la mayor frecuencia la encontramos en el rango de 19-44 años, obteniendo un 70.6 % de la muestra, y el restante de los 45-84 años.



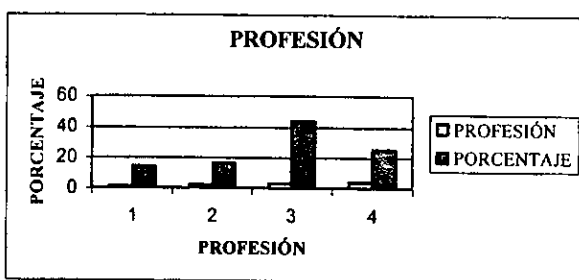
El estado civil de la muestra lo encontramos en un 17% para mujeres solteras, 65.2% para mujeres casadas, 4.5% para mujeres divorciadas, 6.3 % para mujeres en unión libre y 7% para las mujeres viudas. Siendo el número 1 para las solteras, el 2 para las casadas, el 3 para las divorciadas, el 4 para unión libre y el 5 para las viudas.



El porcentaje de hijos que tienen las mujeres de la muestra es de 12.1 para los que no tienen hijos, el 17.0 % para las que tienen uno, el 25.1 % para las que tienen dos, el 24.0% para las que tienen 3, el 13.2% para las que tienen 4, el 4.7% para las que tienen 5 , el 1.3 % para las que tienen 6, el 1.3% para las que tienen 7, el .7% para las que tienen 9 y .4% para las que tienen 11 hijos. Lo que indica que el porcentaje más alto es de las mujeres que solo tienen 2 hijos.

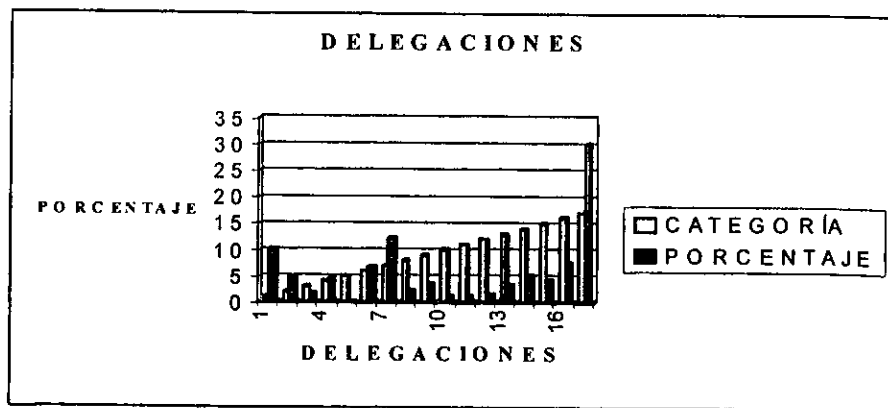


En cuanto a la profesión nos encontramos que el 14.1 % son profesionistas, el 16.4% tienen estudios técnicos, el 44.2% son amas de casa y el 25.3% se encuentra en otro rango, lo que indica que la mayoría de las mujeres de esta muestra son amas de casa. Para el rango de profesionistas se tomó el número 1, el número 2 para las mujeres que tienen estudios técnicos, el 3 para amas de casa, y el 4 para otros.



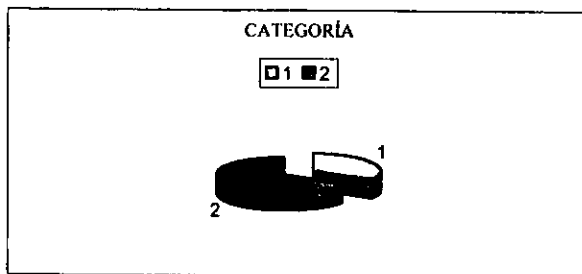
Las delegaciones a las que pertenecen las mujeres de esta muestra son las 16 que integran el Distrito Federal, conformando en Álvaro Obregón el 10.1%, en Azcapotzalco el 4.5%, en Benito Juárez el 1.8%, en Coyoacán el 4.5%, en Cuajimalpa el .2%, en Cuauhtemoc el 6.7%, en la Gustavo A.Madero. 12.1%, en Iztacalco el 2.2%, en Iztapalapa el 3.6%, en la Magdalena Contreras el 1.1%, en la Miguel Hidalgo un 1.1%, en Milpa Alta un 1.6%, en Tlahuac un 3.4%, en Tlalpan un 5.2%, en la Venustiano Carranza un 4.3%, en la delegación Xochimilco un 7.4% y en la zona conurbada un 30.2%, lo que nos indica que en esta última zona es donde se concentra el mayor número de mujeres de esta muestra.

DELEGACIÓN	CATEGORÍA	PORCENTAJE
ALVARO OBREGÓN	1	10.1
AZCAPOTZALCO	2	4.5
BENITO JUÁREZ	3	1.8
COYOACÁN	4	4.5
CUAJIMALPA	5	0.2
CUAUHTEMOC	6	6.7
GUSTAVO A. MADERO	7	12.3
IZTACALCO	8	2.2
IZTAPALAPA	9	3.6
MAGDALENA CONTRERAS	10	1.1
MIGUEL HIDALGO	11	1.1
MILPA ALTA	12	1.6
TLAHUAC	13	3.4
TLALPAN	14	5.2
VENUSTIANO CARRANZA	15	4.3
XOCHIMILCO	16	7.4
ZONA CONURBADA	17	30.0



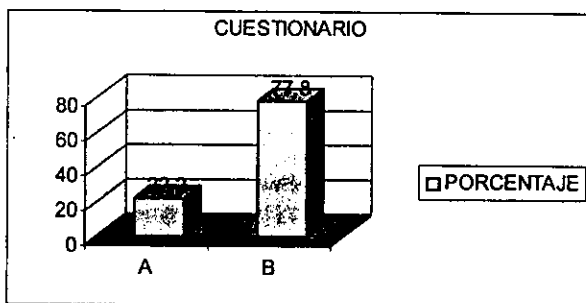
A las mujeres de la muestra se les preguntó si ha tenido o tienen un familiar con cáncer a lo que el 29.4% contestó que sí y el 70.6% contestó que no.

MUJERES FAMILIAR CANCER	CATEGORÍA	PORCENTAJE
SI	1	29.4
NO	2	70.6



A las mujeres se les aplicaron dos tipos de exámenes, el A que se aplicó a mujeres que nunca se han realizado el examen del Papanicolaou, y el examen B se aplicó a las mujeres que por lo menos una vez en su vida se han practicado el examen y no se lo han practicado el último año. Los resultados de la muestra de esta aplicación es de 23.4% para el cuestionario A y el 76.6% para el cuestionario B.

CUESTIONARIO	PORCENTAJE
A	23.4
B	76.6



ANÁLISIS INFERENCIAL

Los resultados obtenidos fueron interpretados con un nivel de significancia de .05. Para la comprobación de las hipótesis se realizó la aplicación de la *t de student* para muestras independientes.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA *t* DE STUDENT

A continuación se presentan las variables que resultaron significativas al $\alpha \geq .05$, y que por lo tanto corroboran las hipótesis antes mencionadas:

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
1	-5.617	444	.000
	-5.518	154.366	.000

En la gráfica anterior se muestra que la variable número uno del cuestionario realizado que afirma: "temo al examen del Papanicolaou, por el dolor que me causará" presenta un nivel de significancia del .000, lo que nos indica que es estadísticamente significativa.

Esta frase hace alusión directamente al dolor que las mujeres sienten cuando se realizan dicho estudio, y nos muestra que el sentimiento que tienen las mujeres al practicarse el examen es de: nerviosismo, angustia y por lo tanto de dolor.

Como se explica ampliamente en el Anexo # 7, el examen del Papanicolaou, puede generar algún tipo de molestia, pero no dolor. Lo que debe suceder con estas mujeres es que viven la práctica del Papanicolaou con mucha angustia, esto aunado a una práctica con poca táctica y sutileza. Nos referimos entonces al poco manejo emocional que tienen los médicos para con sus pacientes al realizar dicho procedimiento.

Ya lo había mencionado Figueroa Perea en su recopilación (1998), que los médicos a través de su poder; sabedores de todo y dueños del cuerpo, en este caso el femenino, pueden hacer o deshacer con libertad sin ser juzgados.

En el relato de vida se muestra también este aspecto en donde la entrevistada expresa sentirse despojada de su cuerpo al realizarse la práctica donde menciona "...no pude dejar de sentirme como invadida" y no sabes cuál será el fin de los procedimientos, esto sumado a la poca información que los médicos transmiten a sus pacientes. Recientemente se han lanzado campañas publicitarias en cuanto a la información que debe darse de manera precisa a las pacientes y así obtener una mejor respuesta de las mismas, ya que es bien sabido que los médicos nunca informan de manera adecuada ni precisa los procedimientos y procesos que llevarán a cabo durante las consultas, por tanto es válido el resultado de esta variable, pues dicha actitud de los médicos provoca tensión en las pacientes.

Es importante, del mismo modo, la habilidad inexistente de los médicos para explicar paso a paso la manera como se realiza el examen del Papanicolaou, cómo se aplica el espejo, cómo se toma la muestra, de qué partes del cuello del útero se toma la muestra, cuál es la duración del procedimiento, etc. y así como consecuencia de que se explique el procedimiento será reducida la tensión de la mujer y por lo tanto sentirá menor "dolor". Por todo lo anterior puede concluirse que no es raro encontrar que las mujeres desencadenen un sentimiento de temor al realizarse el examen.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
4	-3.293	444	.001
	-3.151	149.032	.002

En la variable número cuatro del cuestionario que menciona: " ante la posibilidad de un diagnóstico de cáncer, me atemoriza de tal forma que no deseo practicarme el examen del Papanicolaou", presenta un nivel de significancia del .001 lo que nos demuestra que también es significativa.

Las mujeres aun teniendo sentimientos de temor ante los posibles resultados arrojados en sus exámenes, se detienen a realizarse dicho estudio. El dolor y el temor son dos variantes importantes en la toma de decisión en la práctica del examen, ya que los resultados obtenidos pueden ser determinantes en la vida de la persona, puesto que si el resultado es positivo a displasia grave, o si el cáncer ha afectado a la mayoría del útero, la mujer tendría que tomar decisiones concretas, difíciles y duras ante un resultado como ese. Decisiones como pensar en la posibilidad de "deshacerse" de una parte muy importante de su cuerpo, la parte de la procreación, dadora de vida.

Pero más aún tiene que hacer frente a la situación, en cuanto a tomar el resultado de manera objetiva y así actuar según sus posibilidades. Éste pues, puede ser el freno a la práctica del examen, el encontrar un resultado desfavorable al grado de negar la posibilidad de tener una opción de vida, esta opción es el tratamiento de alguna lesión intraepitelial (por ejemplo), a un muy buen tiempo en donde el seguimiento de la lesión de a la mujer una calidad de vida adecuada.

Los resultados del examen pueden salvar la vida de muchas mujeres, y es lo que precisamente ellas no saben, que con un diagnóstico no muy desfavorable en las primeras etapas de alguna lesión, el tratamiento puede ser muy benéfico. Pero principalmente cuestiones relacionadas con la salud de la familia, el tiempo necesario para la práctica, cierto desconocimiento de la prueba, pueden ser la causa real del miedo a los resultados que el examen arrojará.

Así mismo, como es bien sabido, la palabra "cáncer" está directamente relacionada con la palabra "muerte", lo cual implica para las mujeres un doble freno para la realización de dicho estudio. Pero ¿por qué se da dicha relación? Una vez que las mujeres han tenido varias parejas sexuales, han usado anticonceptivos orales, han tenido varios hijos

(multiparidad), han tenido incluso familiares que han muerto de cáncer, entre otras; y no han tenido una revisión ginecológica por lo menos una vez cada año, a partir de los 20 años, es muy probable, y de hecho las estadísticas del Capítulo I lo afirman, que las mujeres llegan a los centros de salud no a revisión, sino con sangrados interminables y dolores abdominales que, por supuesto, son resultado de un inicio de cáncer o un cáncer ya diagnosticado. Obviamente no es así en todos los casos, pero a las clínicas de salud, al Instituto Nacional de Cancerología, etc. llegan las pacientes en las últimas etapas de la enfermedad y por tal motivo las acciones que los médicos puedan tomar son muy limitadas. Por lo tanto se relaciona que un resultado de cáncer pueda significar muerte. Ante esto existe la teoría de que un paciente cuando se entera que va a morir pasa por cuatro estadios que según Kubler-Ross (citado por Papalia, 1992), son los siguientes: Negación, donde la persona niega el acontecimiento, la ira, donde el paciente se vuelve iracundo, envidioso y siente la necesidad de expresar la ira, la negociación, donde piden a la vida un poco más de tiempo, la depresión, en donde los pacientes necesitan llorar y expresar su angustia, y por último la aceptación en donde las personas reconocen el final.

Al respecto Isselbacher (1994), comenta que existen varios objetivos generales en la valoración de un paciente que presenta un cáncer "...el primer objetivo general es detectar pronto la neoplasia, ya que los resultados del tratamiento del cáncer son mucho mejores en esta situación...el tercer objetivo consiste en determinar, de forma tan precisa como sea posible, la extensión de la diseminación tumoral tanto en el punto de origen como en metástasis", así pues el tercer objetivo se dará si, y solo si se tiene un diagnóstico adecuado a tiempo, que es de lo que nos habla el primer objetivo. Esto está muy relacionado con la variable cuatro, ya que si las mujeres tuvieran el conocimiento "consciente" de que la pronta detección es vital para salvaguardar su vida, podrían visualizar la ventaja de practicarse el examen, adecuadamente, y en los tiempos establecidos. (Se hace hincapié en este punto a lo largo de la investigación por la importancia que conlleva).

En el párrafo anterior se hace mención del conocimiento consciente que se debe tener para la práctica, pero que pasa con la negación y las resistencias. Al respecto a continuación se analizarán dichos aspectos en relación a la presente variable.

Ya anteriormente se habló de la negación, en el análisis de la variable número tres. Para hacer más explícita la dimensión del problema se expone a continuación la negación como mecanismo de defensa, y las implicaciones de ésta en la presente investigación.

La negación en este apartado toma una dimensión diferente e importante. La negación como mecanismo de defensa según Fenichel (1988), comenta que "...mientras el yo sea débil, la tendencia a la negación puede mantenerse en situación de relativa superioridad... donde se impone mejor es allí donde se trata de ciertas percepciones internas, aisladas, de carácter doloroso", esto muy aunado al desarrollo gradual de la capacidad de "juicio de realidad", que hace posible la falsificación global de la realidad, por lo tanto mientras la mujer tenga mayor juicio de realidad tendrá más posibilidades (en cuanto a disminución de sus resistencias) de practicarse el examen, que las mujeres que tengan menor juicio; por lo tanto si la mujer tiene un yo débil es más probable que no realice su prueba, siendo como intermediaria la negación que proyecte ante dicho evento.

Fenichel (1988) comenta: "...a veces la lucha entre la negación y el recuerdo puede ser observada directamente, un hecho displicente puede ser reconocido y negado alternativamente. Si en esta situación puede ser ofrecido a la percepción o a la memoria una especie de objeto sustitutivo, el sustituto será aceptado, y la lucha se decidirá a favor de la represión". Realizarse el examen puede ser reconocido como importante, vital para salvar su vida, y es reemplazado con un sustituto (cualquiera), no tengo tiempo, dinero, ganas, no me deja mi marido, etc. teniendo como triunfal ganador a la represión. Y por tanto a la no realización del examen.

Analicemos ahora la resistencia. Para Kolb y Noyes (1977) la resistencia es un mecanismo de defensa que: "...produce una oposición profundamente asentada, a que los datos reprimidos (inconscientes) se vuelvan conscientes. Por medio de la resistencia el individuo trata de evitar los recuerdos... que provocarían angustia y serían dolorosos si se encararan de manera consciente", por lo tanto la resistencia a mostrar el cuerpo y dejar ser tocadas por una persona ajena puede significar en las mujeres la reacción de angustia por tabúes relacionados con el mismo y la capacidad o incapacidad para manejar situaciones de despojo de sus ropas y lo que esto implica.

Hay *resistencia* a practicarse un examen que la paciente no sabe si es doloroso, molesto, pero tiene la necesidad de presentarse con un médico ante el cual tiene que: desnudarse primero, (y que es más fuerte aún) mostrarse completamente despojada de todo ante una persona que no conoce, y así dejar que esa persona que está del otro lado toque su cuerpo y practique el examen. Así como lo menciona Figueroa Perea (1998), "el modelo de tratamiento, derivado del modelo médico...y el modelo de atención se basa en la relación entre un profesionista que sabe y un paciente ignorante, en una relación vertical y autoritaria. A esta relación hay que añadirle la relación genérica que comúnmente se da entre un médico varón y una paciente mujer" y no está excluido el problema cuando se trata de que el médico sea mujer, ya que como también lo señala Figueroa Perea (1998), "...a las mujeres en el campo de la medicina se les exige más y tienen que ser más ortodoxas en el ejercicio de la profesión que los hombres, para que se les permita ejercer y mantenerse en sus puestos... la mayoría de las mujeres crecen inmersas en la ideología hegemónica, y tienen pocas posibilidades de reflexionar desde una posición feminista, de género o femenina; y derivado de la anterior, las mujeres se han visto limitadas a ejercer su profesión al estilo masculino, dejando al margen su creatividad y sus propias necesidades" por lo anterior se denota una gran necesidad de implementar una política donde a los médicos se les exija tomar un curso donde se les sensibilice en el trato de sus pacientes y en caso específico de las mujeres.

Lo que a los trabajadores de la salud nos queda por hacer ante dicha situación, es dar información a través de diversos medios para que las mujeres se enteren que el cáncer es curable, que no significa muerte, cuando es tratado a tiempo.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
8	-3.469	444	.001
	-3.015	133.356	.003

En la variable número 8 nos dice que: “el examen del Papanicolaou es muy caro y no puedo pagarlo”, obtuvo un porcentaje de .001, lo que indica que estadísticamente significativa.

En esta variable lo que nos muestra es el grado de desinformación que se presenta en este grupo de mujeres, ya que como se menciona anteriormente en el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino y Mamario que se ha implementado ha partir del 1° de Enero de 1998 (La Jornada 7-10-98), las mujeres tienen el derecho de realizarse el examen del Papanicolaou de una forma gratuita en cualquier clínica, hospital o centro de salud. Para tal motivo las mujeres que respondieron positivamente a este reactivo lo que muestran es el desconocimiento total de que es gratuito.

Asimismo puede deberse al hecho de que algunas mujeres prefieren realizarse el examen de forma particular.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
9	-3.194	444	.002
	-3.124	153.406	.002

La variable número nueve nos dice que: “ el centro de salud más cercano a mi casa es demasiado retirado, como para ir a realizarme el examen del Papanicolaou”, esta variable obtuvo un puntaje de .002 lo que nos indica que también es estadísticamente significativa.

Esta variable también es válida porque nos muestra, como se comenta en el Anexo # 7, que el presupuesto que el gobierno otorga a la salud es mínimo comparado con la cantidad que gasta durante las elecciones en el país. Y esto no nos puede quedar más claro cuando tenemos en México 9,832 centros de salud, la mayoría en condiciones deplorables para la atención de las mujeres. Pero esto no es excusa alguna para que las mujeres no se practiquen el examen, puesto que en los hospitales de tercer nivel las instalaciones son un poco más adecuadas para el manejo de las pacientes y por supuesto el examen es gratuito.

Estos datos tienen una implicación muy fuerte puesto que mientras hubieron 4,863,352 mujeres al año de 1995 en México en edades promedio de 20 a 59 años con alto riesgo de padecer un CaCu, solo hubo a la disposición de ellas 9,832 (entre centros de salud, clínicas y hospitales), lo que significa que para cada centro de atención médica le correspondieron 494 mujeres por cada centro lo que corresponde a un número elevado para la atención de las mujeres.

Es pues así como se ven los resultados en cuanto a la necesidad de tratamiento que se tiene y como es que se da la consulta de manera masiva a las mujeres lo que implica que la atención para cada una de ellas no es la más adecuada, sino al contrario por el volumen de la población las consultas se dan de manera rápida y en la mayoría de las ocasiones es muy ineficaz.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
13	-2.573	444	.010
	-2.358	141.333	.020

La variable número 13 menciona que: “ mi esposo o pareja conoce cual es la importancia de realizarme el examen del Papanicolaou” esta variable obtuvo un puntaje de .01 lo cual muestra que también es estadísticamente significativa.

Los resultados de ésta variable se relacionan mucho con la pareja ya que puede deberse al hecho de que tienen el conocimiento de que es de vital importancia que se lo realicen; sin embargo, no están de acuerdo por situaciones de género, como lo comenta Figueroa Perea (1998), “...una mirada desde el género nos muestra que el modelo de familia “armoniosa” que se tiene internalizado es aquél en el cual el padre funciona como jefe de familia y sostén económico en tanto que la madre es la reina del mundo doméstico, compañera de su esposo y encargada de velar por su bienestar y el de sus hijos”, y aquí añadiríamos que ella es siempre la que se somete a las decisiones de aquél. Es así entonces cuando las mujeres acuden a consulta sólo con la autorización de sus parejas.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
14	-2.665	444	.008
	-2.529	147.504	.012

La variable número 14 dice: “El examen del Papanicolaou puede prevenirme de una enfermedad como el cáncer”, esta variable obtuvo un puntaje de 0.008, lo que muestra que es estadísticamente significativa.

Como se comenta más ampliamente en el Anexo # 7, la prevención del cáncer cervicouterino se da a través de la citología vaginal o examen del Papanicolaou. Restrepo lo comenta en el Módulo de Control de Cáncer de la OMS (1990), “ una de las herramientas principales para la prevención del CaCu, es la detección temprana cuya finalidad es encontrar los cánceres o sus precursores cuando aún son pequeños, están localizados y resultan relativamente fáciles de curar....se ha observado una marcada disminución de las defunciones causadas por el CaCu en varios países en que se han realizado exploraciones citológicas en una escala importante”. Esto muestra muy claramente que la realización del examen es de gran importancia para la detección y prevención del cáncer cervicouterino.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
20	3.738	444	.000
	3.799	162.039	.000

La variable número 20 comenta: “los enfermos de cáncer son rechazados por la sociedad”, esta variable obtuvo un puntaje del .000, lo que demuestra ser estadísticamente significativa.

En esta variable se muestra la impotencia que existe al corroborar que un enfermo de cáncer es rechazado. Así como se mencionaba anteriormente, que la palabra cáncer es sinónimo de muerte, del mismo modo, no solo los enfermos de cáncer son excluidos por la sociedad, sino la mayoría de los enfermos terminales, los enfermos de SIDA, etc. ya que nos representa la realidad física de nuestras negaciones y nuestros más recónditos temores al vernos en la posibilidad de contraer una enfermedad así. Por lo tanto esta variable es válida, por el hecho de estar evidenciando que la mayoría de los enfermos de cáncer padecen rechazo social.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
26	-2.597	444	.010
	-2.235	131.989	.027

La variable número 26 “ No es necesario practicarme el examen del Papanicolaou, ya que Dios decide mi vida”, esta variable obtuvo un puntaje de .010, lo que muestra que también es significativa.

Para tal variable se tiene el conocimiento de que en la Ciudad de México existe la creencia de que el todo poderoso, en este caso Dios, tiene la capacidad para regir la vida de estas mujeres.

La muestra de la presente investigación fue totalmente aleatoria, por lo que es aún más significativa, ya que sin hacer distinción alguna sobre la muestra, las mujeres dieron una respuesta que permite validar dicha variable, por lo que las mujeres realmente tienen la convicción de que Dios puede regir su vida e incluso, como se manifiesta en la variable número 25: “Dios decidirá cuando me voy a morir”, tienen la convicción de que el ser supremo puede quitar o no su existencia.

Así esta estipulado en la Biblia Romanos 12, 13 capítulo 13 pp. 295 versículo 2, “De modo que quien se opone a la autoridad, a lo establecido por Dios resiste; y los que resisten, acarrearán condenación para sí mismos”, esto es mandato de Dios, según la Biblia y así siendo una cultura cristiana, la mayoría de las mujeres mexicanas tienen arraigadas esas creencias desde que son engendradas. Un ejemplo más claro se da en la oración conocida por muchos: el padre nuestro, donde en una parte de la oración dice: “...hágase tu voluntad en la tierra como en el cielo” y así siendo la voluntad de Dios que las mujeres puedan o no adquirir alguna enfermedad, y en este caso el cáncer, ante esta premisa ya no sienten la necesidad de cuidar su cuerpo y por lo tanto no se ven en la necesidad de realizarse dicho examen.

Variable	t	gl	Sig. (2 colas)
31	1.962	444	.050
	2.019	165.071	.045

La última variable que resultó significativa es la número 31 que dice: "si tuviera cáncer mi familia se vería en apuros económicos", esta obtuvo un puntaje de .050 lo cual demuestra su validez.

Esta variable se relaciona con la variable número 7 que nos habla de la desidia, ya que se comenta anteriormente que la desidia obedece a otras causas, en la variable 31 se muestra que las mujeres tienen la capacidad de ser proveedoras de salud e incluso amas de casa y mujeres que contribuyen al gasto familiar al mismo tiempo, pero que no tienen la capacidad de cuidarse a sí mismas. Pueden cuidar a su familia entera, pero a su cuerpo no. ¿Por qué?, pues porque es un mecanismo de defensa, una salida muy fácil ante una práctica difícil como lo es el examen del Papanicolaou.

Ya lo comentaba Figueroa Perea (1998), cuando menciona que se les da a las mujeres la asignación genérica de proveedoras (apoyadoras) emocionales del grupo familiar y las deja sin capacidad para priorizar sus propias necesidades y deseos, afectando su salud física y emocional. Esto sin mencionar que ellas son las proveedoras de salud en los hogares. En esta variable, entonces es donde se ve claramente la disociación que existe entre la capacidad de ellas para ser proveedoras y la incapacidad para que ellas se autocuiden implicando esto a la variable, ya que están conscientes de que en dado caso de enfermar ya no podrían dar el cuidado a la familia y por lo tanto si no tienen salud ellas mismas, no podrán ser portadoras de ella.

Con el análisis anterior se ratifica la suposición de que la práctica de dicho examen es tan angustiante, avergonzante, inquietante y penoso que prefieren negarse a practicarlo con tal de no pasar por ese mal trago, aun a sabiendas que perderán la capacidad de proveer salud a su familia.

Esto nos demuestra que existe cierta proyección ante situaciones inquietantes, angustiantes, que generan temor en las mujeres y a través de metáforas tales como los pretextos expuestos en estas variables, es como se expresan. Un ejemplo claro de esto es cuando la mujer sólo se da permisividad a ella misma por medio de un móvil, en este caso que la persona que realizó el examen es su amiga. Así como este caso se presentan la mayoría de los casos en el Distrito Federal, según las cifras tan altas de muertes por CaCu, encontradas en la presente investigación. Como se comenta en el Capítulo II, 20,119 en 1995 mujeres murieron en México por cáncer del cuello uterino, y actualmente cada dos horas muere una mujer a causa de este padecimiento.

El resto de las variables no resultaron significativas a $\alpha \geq .05$.

Finalmente se sumaron los 36 reactivos actitudinales con el objeto de conocer si la actitud general hacia la práctica del examen del Papanicolaou era favorable o desfavorable. los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Frecuencies

Statistics

total target level

N	Valid	446
	Missing	0

total target level

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	97.00	1	.2	.2	.2
	98.00	1	.2	.2	.4
	101.00	2	.4	.4	.9
	102.00	2	.4	.4	1.3
	103.00	2	.4	.4	1.8
	104.00	3	.7	.7	2.5
	105.00	1	.2	.2	2.7
	106.00	1	.2	.2	2.9
	107.00	2	.4	.4	3.4
	108.00	1	.2	.2	3.6
	109.00	4	.9	.9	4.5
	110.00	2	.4	.4	4.9
	111.00	2	.4	.4	5.4
	112.00	3	.7	.7	6.1
	113.00	2	.4	.4	6.5
	114.00	5	1.1	1.1	7.6
	115.00	2	.4	.4	8.1
	116.00	7	1.6	1.6	9.6
	117.00	3	.7	.7	10.3
	118.00	3	.7	.7	11.0
	119.00	8	1.8	1.8	12.8
	120.00	10	2.2	2.2	15.0
	121.00	4	.9	.9	15.9
	122.00	3	.7	.7	16.6
	123.00	29	6.5	6.5	23.1
	124.00	8	1.8	1.8	24.9
	125.00	13	2.9	2.9	27.8
	126.00	15	3.4	3.4	31.2
	127.00	11	2.5	2.5	33.6
	128.00	5	1.1	1.1	34.8
	129.00	8	1.8	1.8	36.5
	130.00	6	1.3	1.3	37.9
	131.00	8	1.8	1.8	39.7
	132.00	15	3.4	3.4	43.0
	133.00	12	2.7	2.7	45.7
	134.00	9	2.0	2.0	47.8
	135.00	10	2.2	2.2	50.0
	136.00	14	3.1	3.1	53.1
	137.00	16	3.6	3.6	56.7
	138.00	14	3.1	3.1	59.9
	139.00	11	2.5	2.5	62.3
	140.00	11	2.5	2.5	64.8
	141.00	14	3.1	3.1	67.9

	142.00	11	2.5	2.5	70.4
	143.00	9	2.0	2.0	72.4
	144.00	20	4.5	4.5	76.9
	145.00	8	1.8	1.8	78.7
	146.00	9	2.0	2.0	80.7
	147.00	5	1.1	1.1	81.8
	148.00	6	1.3	1.3	83.2
	149.00	7	1.6	1.6	84.8
	150.00	6	1.3	1.3	86.1
	151.00	10	2.2	2.2	88.3
	152.00	10	2.2	2.2	90.6
	153.00	4	.9	.9	91.5
	154.00	6	1.3	1.3	92.8
	155.00	2	.4	.4	93.3
	156.00	7	1.6	1.6	94.8
	157.00	3	.7	.7	95.5
	158.00	2	.4	.4	96.0
	159.00	3	.7	.7	96.6
	160.00	5	1.1	1.1	97.8
	161.00	2	.4	.4	98.2
	163.00	3	.7	.7	98.9
	164.00	1	.2	.2	99.1
	165.00	2	.4	.4	99.6
	169.00	2	.4	.4	100.0
	Total	446	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
total target level	446	97.00	169.00	134.5942	13.8405
Valid N (listwise)	446				

La curva de estos datos se presenta en el anexo # 8 denominado: Actitud general hacia el examen del Papanicolaou.

Como se observa, la media obtenida fue de 134.6, lo que nos indica que la mayoría de las mujeres respondieron desfavorablemente a las actitudes estudiadas en la presente investigación.

Por lo cual podemos concluir que las 446 mujeres a las que se les aplicó el cuestionario, presentan una actitud desfavorable a la realización del examen del Papanicolaou, lo que corrobora la información dada a conocer en fecha reciente en el periódico La Jornada el día 18 de Marzo de 2001, en donde se informa que de cada 10 mujeres, 7 nunca se han realizado el examen del Papanicolaou y/o no se lo realizan con la frecuencia debida.

Es entonces, que el mismo conocimiento de la enfermedad, las actitudes hacia la pareja, hacia la religión, la familia y las mismas resistencias que las mujeres tienen ante la

práctica del Papanicolaou, son tendencias desfavorables que las mujeres presentan ante las actitudes investigadas.

Con ésta información se puede partir para realizar un programa para manejar las actitudes de las mujeres y modificar esa tendencia que presentan y que es muy dañina.

CONCLUSIÓN

La Secretaría de Salud a través del Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino y Mamario, que se ha implementado desde 1974, ha realizado imperiosos esfuerzos por reducir el número de mortandad a causa de dichos padecimientos. En México el cáncer constituye un problema de salud pública, en 1995 se presentaron para el CaCu 20,119 decesos representando un 17.4 %. Según la misma Secretaría de Salud, en los últimos 10 años no ha disminuido la cifra, por el contrario se ha ido incrementando.

Una de las causas más importantes para que se de esta situación es la poca asistencia de las mujeres a los centros de salud, aunque dicho programa tiene una infra estructura importante de recursos y ha implantado centros específicos para la realización de dicho examen, las mujeres no asisten a la práctica. Las hipótesis de la presente investigación se centran principalmente en las causas posibles por las cuales las mujeres no asisten a estos centros de salud. Para tal efecto se realizó un cuestionario de 39 reactivos donde fueron investigadas 6 dimensiones de diferentes actitudes por las cuales las mujeres se resisten a la práctica.

Estas actitudes son las que se estudiaron a través del cuestionario, específicamente para la detección de las actitudes que impiden, o que hacen en consecuencia que la mujer no asista a su práctica de primera vez y posteriormente anual del examen del Papanicolaou.

Son principalmente las actitudes que poseen cogniciones o creencias y sentimientos vinculados con evaluaciones y tendencias a comportarse de cierta manera (cita Cap. III). Para Feldman (1995), las actitudes son predisposiciones aprendidas para responder de modo favorable o adverso ante una persona u objeto determinado, es entonces que las mujeres, según toda esa serie de sucesos, adoptarán cierta actitud ante la opción de realizarse el examen por primera vez y según la vivencia de esa primera experiencia, repetirlo cada año.

Pero en esta serie de sucesos van implicadas cuestiones de género, de creencias religiosas, de educación, de mitos, de prejuicios, de valores, de conocimiento, de aprendizajes que se van dando desde el nacimiento que van conformando la conciencia de la mujer, de tal manera que cuando llega a la edad en que tiene que someterse a la práctica del el examen este conjunto de acontecimientos son los que se pondrán en juego para la toma de la decisión.

La presente investigación tuvo como propósito medir la actitud de las mujeres ante la realización del examen del Papanicolaou que incluyen las siguientes dimensiones: dolor, ante el temor, ante el costo del examen, ante la distancia para la realización del mismo, ante la pareja, ante la prevención, ante la enfermedad, la religión y la familia, así como la diferencia que existe entre las mujeres que se han practicado por lo menos una vez en su vida el examen y las que nunca se lo han hecho.

Las conclusiones a las que llegó la presente investigación son que efectivamente las mujeres sienten un temor real ante la práctica del examen del Papanicolaou.

Las hipótesis alternativas fueron comprobadas en su totalidad, ya que cada una, en cada caso, se reiteró como válida en las actitudes presentadas. Estos datos corroboran los índices de mortandad presentados en el Capítulo I, según la revista de Salud Pública (1995), dichas cifras manifiestan que a través de estas actitudes por las razones anteriormente expuestas, las mujeres no asisten a realizarse el examen y por lo tanto se da el elevado número de muertes por dicha enfermedad.

Es entonces que las mujeres experimentan rechazo a mostrarse desnudas ante un médico y la sensación de ser tocadas por éste, así como el pudor que éstas sienten cuando se les realiza el examen, aunado a la poca táctica que los médicos tienen para la realización del mismo, como ese dolor inexistente que en la mayoría de los casos llegan a sentir (excepto que la práctica se realice de modo inadecuado), pero gracias a estas implicaciones las mujeres lo sienten como real.

Es así a través de esa parte impalpable, subjetiva que se da en todas las relaciones y más aun en ésta tan importante por ser el propio cuerpo humano. Más aún tratándose en una relación unilateral, donde la mujer está expuesta a la situación que el médico indique, y ella solo aceptando su posición. Según Blumer (Citado por Ritzer 1993), los seres humanos no actúan en función exclusiva de los estímulos externos y las normas sociales establecidas, opina que existen procesos cruciales en los que las personas le dan significado a ciertas fuerzas que influyen sobre ellos. Es entonces donde se da una situación en la que a través de toda la gama de interacciones internas que la mujer de su cuerpo y se ser tocada por otro, es como dará pie a la realización del examen y del mismo modo, de la primera impresión que tenga la mujer al realizarse por primera vez el examen es como ella experimentará dicha vivencia y la introyectarán de esa forma, así permitiéndose asistir cada año o no a la práctica.

Es también a través del miedo que experimentan ante un resultado de cáncer lo que las paraliza para realizárselo, más aun en la sociedad mexicana donde la palabra cáncer adquiere el sinónimo de muerte. Y no es exclusivo para nadie, ni para las mujeres en este caso. Todo lo desconocido es temido, por tal motivo la muerte, por lo menos en nuestra sociedad, es vivida como un tabú, como algo que no se puede mencionar, por que no es algo conocido, por tal motivo el terror de la incertidumbre ante un resultado de cáncer es doblemente válido. Para Papalia (1992), "La muerte se ha convertido en un fenómeno de la edad adulta tardía. La gente rara vez tiene que enfrentar la inminencia de la muerte en la edad temprana...a medida que la muerte se ha convertido en algo que sólo les ocurre a los viejos o enfermos, ha asumido un lugar periférico en la conciencia de las personas de edad intermedia", por tal motivo es que a las mujeres ese resultado les produce terror.

Es a través de los mecanismos de defensa que ellas imponen inconscientemente, junto con las resistencias, lo que impide la realización. También debido a la poca, escasa o nula información que las mujeres adquieren a través de su crecimiento, en donde abundan situaciones en las que les enseñan a ser autocuidadoras y protectoras de la familia, lo que les impide realizárselo. Como se comentó anteriormente, según Isselbacher (1994), cuando en una mujer se presenta un cáncer el objetivo principal es la pronta detección, ya que los tratamientos del cáncer son mucho mejores en esta situación, así pues si la cultura

mexicana estuviera encaminada a la prevención de la salud, las mujeres mexicanas podrían tener el conocimiento de esto y por lo tanto cuidarían su salud.

También las creencias religiosas que si bien en México son bastantes y muy arraigadas, influyen a que éstas mujeres decidan no realizarse el examen, ya que consideran que es la voluntad de Dios por castigo de algún pecado lo que hace que se presente la enfermedad, por lo que no se da así la conducta de la realización del examen.

Por otra parte, encontramos en el análisis de frecuencias (Anexo # 5) realizado en el cuestionario de sondeo "A", ante la pregunta: ¿Por qué no se ha realizado el examen del Papanicolaou?, la respuesta fue: "Por la desidia de ir a practicar el Papanicolaou", la cual obtuvo una frecuencia del 70%, que es muy significativo, la respuesta a dicha pregunta nos retoma al análisis realizado anteriormente por el que las mujeres no asisten por cuestiones de compromisos con la familia, con los hijos, con el trabajo, por que le dan prioridad a todas y cada una de las actividades y entonces relegan su salud a último término en el mejor de los casos, por tal motivo se considera esta variable un foco de atención, por el porcentaje obtenido y por la implicación psicológica que tiene en la mujer.

Las conclusiones anteriores hacen mención al análisis cuantitativo de la presente investigación, más sin embargo falta concluir los hechos presentados según la entrevista realizada, y la interacción que se da con el mundo según la parte subjetiva, la no cuantificable, la parte cualitativa.

En la entrevista realizada en el capítulo III, se denota la importancia que las mujeres adquieren a través de sus vivencias y lo que ha ido adoptando desde que nacen. Las implicaciones que se expresan en los anexos 1 y 2 tienen gran peso para responder esta situación. Las implicaciones sociales que influyen en las mujeres, así como las herramientas que ellas tengan, son las que darán fortaleza a la acción de la práctica misma. Esto se da a través de los conocimientos, de sus experiencias previas vividas, de sus creencias, así ellas adoptarán un papel activo o pasivo en cuanto el momento llegue para realizarse el examen.

Por tal motivo se concluye que el problema de la realización o no del examen, no es un problema aislado y no solo tiene que ver con las actitudes que ellas tengan. Obviamente la actitud que la mujer tenga para la realización de la práctica es el acto último que concreta la acción, pero antes de eso, la mujer tuvo una vida previa en donde adquirió a través de años, percepciones diferentes de la salud, de su cuerpo, de los médicos, de los hospitales, de la atención brindada a las mujeres, etcétera, y así entonces se da en ella la posibilidad de realizarse el examen o no.

El párrafo anterior es realmente importante por la magnitud de implicaciones que conlleva, ya que muestra que la tarea es más complicada que el simple hecho de visualizar el problema como algo aislado, sino que se presenta como el resultado de una gama de situaciones a las cuales no se les ha dado el peso suficiente en ésta problemática.

La presente investigación se realizó con y para las mujeres mexicanas, la implicación y los resultados que tiene la investigación arrojan datos reales de cómo las mujeres viven, sienten, perciben la práctica, en otros países será diferente, así como sus cifras de mortandad por dicha enfermedad, pero en México estas implicaciones no han sido tomadas en cuenta por lo cual tenemos tales resultados.

Por lo tanto se concluye que la realización del examen del Papanicolaou debe ser atacado, tomando en cuenta todas las implicaciones antes citadas, visualizar el problema desde una perspectiva diferente implicando directamente esta parte subjetiva y no solo tomando en cuenta la parte cuantitativa de los datos, sino más a profundidad. Así mismo se propone tratar de manera multidisciplinaria el problema, para que entonces se vean disminuidas las cifras de muertes a causa de este padecimiento.

Se concluye por lo tanto, que las hipótesis expuestas anteriormente son validas y por consecuencia la realización de la presente investigación puede ser de gran provecho para futuras investigaciones, incluso la implementación del programa que se propone posteriormente conlleva una buena fundamentación según los resultados presentados.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Para el aprovechamiento del presente estudio es fundamental mencionar las propuestas a posibles soluciones con respecto de los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que proporcionan una base para futuros estudios.

1. La propuesta fundamental que se deriva del análisis anteriormente expuesto es que las autoridades ejerzan presión en cuanto a recursos se refiere. Esto es, que el gobierno quintuple sus esfuerzos y dé a la salud la atención que se merece, ya que si no se cuenta con el apoyo, investigaciones como la presente y programas que pueden ser implementados, se quedarán en buenos propósitos, pero la realidad es cruel y esa está manifestada en las cifras del Capítulo II.
2. El camino esta por andar no está andado, pero tampoco es imposible.
3. Otra manera de atacar el problema es a través del apoyo interdisciplinario en las instituciones.
4. A través de cursos que se implementen a los médicos que realizan dicho examen.
5. A través de un bombardeo de información fuerte en donde se incluyan todos los medios de comunicación a nivel nacional y que llegue a todos los niveles socioeconómicos.
6. A través de cursos implementados en las escuelas con información real y clara, para fomentar una cultura de prevención.
7. Programas en las regiones más recónditas y marginadas de la población, donde se realicen pláticas a través de grupos para transmitir la importancia de la práctica de dicho examen.

El camino es arduo y magno, pero la clave principal, que es el tema que se desprendió de la presente investigación, es que mientras no lleguemos al fondo de la práctica en sí no tendremos mejoría en números reales en la disminución de las estadísticas.

Esto es, que los médicos cambien el modo de realizar el examen, que sean más éticos y profesionales cuando se trata del manejo del cuerpo de otra persona, y no que se trate como un objeto, o como el fin de ciertas patologías y/o deseos inconsciente reprimidos de los mismos.

Solo a través del manejo delicado, muy cuidado de este aspecto, en donde a las mujeres se les explique en el momento de la realización del examen, paso a paso lo que están haciendo con su cuerpo, podrá disminuir la angustia y tal vez pueda "ceder" esa desidia que aparece tan alta en el análisis de frecuencia encontrado en los resultados anteriormente expuestos.

Una propuesta fundamental en este estudio es la implementación de un programa dirigido específicamente a médicos y enfermeras, donde se manejarán aspectos de sensibilización, motivación y respeto hacia sus pacientes, primero como seres humanos, segundo, como personas y, tercero, como mujeres que merecen respeto. Que el objetivo principal de dicho programa sea crear en los médicos una conciencia tal que consideren, cuando están dando la consulta, que están tratando con seres humanos, no con objetos. Que obtengan la sensibilidad para lograr tener un poco más de táctica al trato con las mujeres

cuando las están atendiendo en situaciones tan delicadas como es la práctica del examen del Papanicolaou.

Otra propuesta que se desprende de dicha investigación sería examinar el comportamiento de los médicos hacia sus pacientes. ¿Por qué es que tratan así a sus pacientes?, hablando por supuesto de la relación médico-paciente (mujer). Anteriormente se comentó que dicho trato se debe según Figueroa Perea (1998), por la relación de género que existe y las implicaciones de machismo y desigualdad, pero es realmente necesario realizar una investigación en la cual se determinen cuáles son los sentimientos inconscientes, fantasías, deseos, etc. que encubre al médico detrás de la bata blanca y lo empujan a relacionarse así con sus pacientes.

Una propuesta fundamental que desprende esta investigación, es que resulta de vital importancia la implementación de un curso bien fundamentado, bien fundado en las escuelas primarias. Este problema se debe cortar de raíz y los datos arrojados en el análisis de frecuencias realizado fue que hay una ignorancia catastrófica en cuanto al conocimiento de lo que es, cuándo se debe de practicar, si es para mujeres solteras o casadas. Todo este tipo de información es el que se debe estructurar, fundamentar y crear de una manera digerible para las niñas en las escuelas. Se plantea la posibilidad de que sea a este nivel para poder así crear una conciencia desde muy temprana edad. No solo informativa o de conocimiento, sino una urgencia real que nazca en ellas para cuando llegue el momento en que tengan que realizárselo.

En el anexo # 6 se presenta una propuesta de un programa informativo y de sensibilización para la realización del examen del Papanicolaou. Es en realidad un bosquejo para una futura investigación, se presenta como una propuesta para poner en marcha en centros de salud de la Ciudad de México dicho programa y así conseguir decrementar el índice de mujeres que mueren a causa de este mal. Tal bosquejo debe ser ampliado para los fines que se requieran, y de hecho mi objetivo personal es presentarlo en un futuro como resultado de una investigación a nivel de maestría.

Así mismo se presenta información general del cáncer en el anexo # 7, para dar una visión más amplia del cáncer en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Beauvoir, S. De Una muerte muy dulce. México, Ed. Hermes, 4ta., ed., 1988.
- Berek J., Hillard P., Adashi P. Ginecología de Novak. México, Ed. McGraw-Hill/ Interamericana, 1996. pp. 15-18, 385-396.
- Breckler, S. J. Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. 1984.
- Bolund, C. "Suicide and Cancer", Tomo I y II Journal of Psychosocial Oncology. 1985.
- Caballo E., V. Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta. México, Ed. Trillas, 1987.
- Campbell, S. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en ciencias sociales. Buenos Aires, Ed. Amorrutu, 1991.
- Campbell, S., Stanley C., Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires, Ed. Amorrutu, 1996.
- Cuevas Renaud, C. "Políticas públicas, derechos humanos y suicidio médicamente asistido (SMA): un asunto de agenda gubernamental". Tesis de Maestría en Políticas Públicas. México, UAM/X, 1998.
- Dawnie R. W., H. Estadística para las ciencias sociales. Métodos estadísticos aplicados. México, Ed. McGraw-Hill, 1973.
- Diario Oficial de la Federación. Órgano Oficial del Gobierno de México, 15 de enero de 1995.
- Diario Oficial de la Federación. Órgano Oficial del Gobierno de México, 06 de octubre de 1997.
- Diccionario enciclopédico. México, Ed. Grijalbo, 1986.
- Diccionario médico familiar. México, Ed. Interamericana, 1981.
- El Nuevo Testamento. México, Ed. América, 1960. p. 298.
- Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana. T. 7. Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 1973. p. 733.

Feldman R., S. Psicología aplicada para Ibero América. México, Ed. McGraw-Hill, 1995. pp.503-523.

Fenichel, R. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Barcelona, Ed. Piados, 1988. pp. 166-189.

Figueroa Perea, J. G. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, Ed. Interamericana, 1998.

Hernández-Peña, P. y Lazcano-Ponce, E. C. "Análisis Costo beneficio del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino". Salud Pública de México. (IV) Vol. XXXVII, n° 4, pp. 375-380, julio-agosto 1997; 39: 379-387.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Cuaderno de Salud. n° 13, México, 1997.

Isselbacher, K.; Braunwald, E.; Wilson, J.; Martín, J.; Fauci, A. y Kasper, D. Principios de medicina interna. Vol. II. México, Ed. McGraw-Hill, 13a. ed., 1994. pp. 2093-2095.

Kolb L., C. y Noyes, A. Psiquiatría clínica moderna. México, Ed. La Prensa Médica, 1977. p.124.

La Jornada. 07 de octubre de 1997. pp. 32 y 45.

La Jornada. 18 de Marzo 2001. p.36.

Langer, A. y Tolbert, K. Mujer sexualidad v salud reproductiva en México. México, Edamex, 1996. pp. 317-341.

Langmaid de Delgado, V. A. El cáncer cervicouterino en la república de Panamá. Panamá, Ed. Ministerio de Salud, 1988. p. 355.

Lazcano Ponce, E. C. y coautores. "Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México". Revista de Investigación Clínica 47(V), septiembre-octubre 1995. pp. 377-385.

Lizano, M. y García Carrancá, A. " Aspectos moleculares de los virus de papiloma humano y su participación en el desarrollo del cáncer cervicouterino". Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1998. pp. 233-244.

Méndez Ramírez, I. y colaboradores. Diseño de protocolos de investigación. México, Ed. Trillas, 1992.

Meneses-García, A. y coautores. "Neoplasias malignas del cérvix uterino" Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1998. pp. 245-256.

Meneses-García, A.; Mohar, A.; Gómez-González, E. y coautores. "Radioterapia en carcinoma cervicouterino. Experiencia y resultados en el Instituto Nacional de Cancerología". Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1988. pp. 261-266.

Meneses-García, A. y coautores. "Epidemiología del cáncer cervicouterino en México". Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1988. pp. 222-227.

Meneses-García, A.; Solorzano Luna, D. y coautores. Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1998. pp. 257-260.

Meneses-García, A.; De la Garza Salazar, J. y coautores. "Cáncer cervicouterino". Annals of Oncology. México, Vol. VII, Suplemento 4, 1988. p. 221.

Miller, A. B. Programas de detección del cáncer cervicouterino, directrices de gestión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993. pp. 1-49.

Mohar, A.; Lazcano Ponce, E. C. y Hernández Avila, M. "Cáncer: frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención". Salud Pública de México. Vol. 39 (3): mayo-junio 1997. pp. 187-194.

Mohar, A.; Lazcano Ponce, E. C. y Hernández Avila, M. "Cáncer: frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención". Salud Pública de México. Vol. 39 (4): julio-agosto 1997. pp. 251-252 y pp. 274-282.

Obstétrica Ginecológica. Revista Chilena, no. 53(VI), 1988. pp. 321-324.

Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión. México, 1995. pp. 1-89.

- Papalia E., Diane, Desarrollo humano. México. Ed. McGraw-Hill, 4ta. ed., 1992. pp. 592-597.
- Padua, J. Técnicas de investigación en ciencias sociales. México, Ed. El Colegio de México, 1985.
- Pimentel Aguilar, S. "Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cáncer mamario a través de un grupo de apoyo". Tesis de Licenciatura. México, UNAM/Facultad de Psicología, 1995.
- Restrepo Trujillo, M. Módulo control de cáncer. México, Ed. CPEHyS/PSA/OPS/OMS, 1990. pp. 1-13.
- Rincón B., Cassandra E. La imagen corporal. México, Ed. Pax-Mex, 1971. pp. 15-102.
- Ritzer, G. Teoría sociológica contemporánea. México, Ed. McGraw-Hill, 3a. ed., 1993.
- Roa Carrillo, G. "Cambios de actitudes en el sistema de transporte colectivo". Tesis de Licenciatura. México, UNAM/Facultad de Psicología, 1995.
- Rodrigues, A. Psicología social. México, Ed. Trillas, 1976. pp. 334-385.
- Salmerón Castro, J. y coautores. "Programa epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud Pública de México. Vol. 39 (4): julio-agosto, 1997. pp. 251-252.
- Santoyo Hernández, C. Técnicas de modificación conductual, una alternativa para el mejoramiento del ambiente familiar. México, Ed. Trillas, 1993.
- Secretaría de Salud. Cáncer mamario y cérvicouterino. México, Ed. Dirección General de Salud Materno Infantil, s/f. pp.37-50.
- Sosa Martínez, J. Método científico. México, Ed. SITESA, 1990. pp.228-235.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Ed. Paidós, 1987.
- Torres Díaz, A. y coautores. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. México, 40(II). abril-junio 1994. pp.76-80.
- Wilson Schaefer, A. La mujer en un mundo masculino. México, Ed. Pax-Mex, 1981. pp. 31-47.

REFERENCIAS DE PÁGINAS EN INTERNET

Atlas Médico, 25 de Marzo de 1999: <http://www2.uca.es/hospital/atlas/introdu.html>

Abstracts Clinic, 23 de Marzo de 1999:

http://www.who-pcc.iarc.fr/Publications/Abstracts/Abs9810/abs9810_09.html

Abstracts Clinic, 19 de Junio de 1999:

http://www.who-pcc.iarc.fr/publications/Abstracts/Abs9810/abs9810_09.html

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 19 de Marzo de 1999:

<http://www.inegi.gob.mx/>

Ongology Magazzine, 12 de Febrero de 1999

<http://www.emision.uson.mx/webpers/platt/cancer.html>

Pharma Magazinne, 22 de Junio de 1999:

<http://wingate.merc.de/Pharma/Cancerrules.ES.html>

Secretaría de Salud, 15 Marzo de 1999: <http://www.ssa.gob.mx/dgei/sns/ssa/2a.html>

Secretaría de Salud, 20 de Abril de 1999: http://www.semanasalud.ua.es/menu_ss3.html

Secretaría de Salud 12 de Mayo de 1999:

http://www.semanasalud.ua.es/semana_3/can_tl.htm

Secretaría de Gobernación, 04 de Junio de 1999: <http://www.cancertrials.nci.nih.gov>

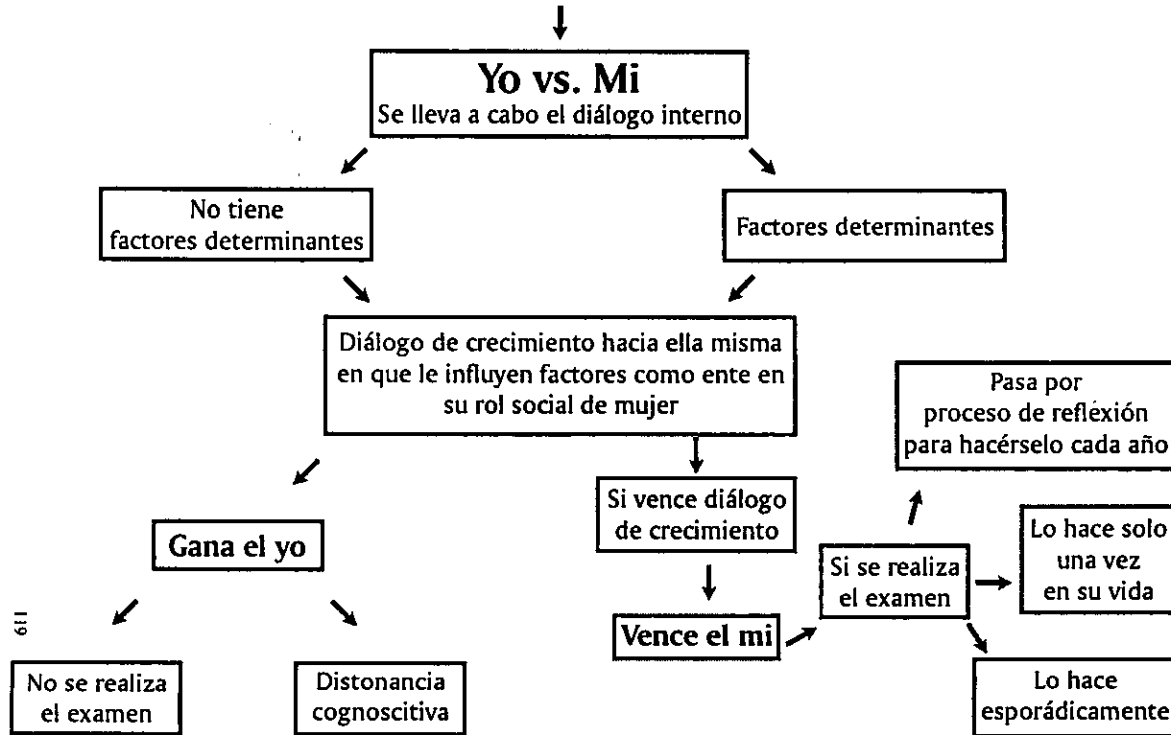
Secretaría de Salud, 23 de Junio de 1999:

<http://www.mir./pnd/doc/area/prevenci/escolar/elaborac/aspectos.htm>

Secretaría de Gobernación, 15 de Julio de 1999:

http://cancernet.nci.nih.gov/clinpdq/facts_span_2/600417.html

MUJER, CUERPO Y PERSONA



ANEXO # 3

CUESTIONARIO A: MUJERES QUE NUNCA SE HAN PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

¿SABIA UD QUE DESDE 1999, CADA 2 HRS. SE MUERE EN MÉXICO UNA MUJER A CAUSA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y/O MAMARIO?

ACTITUD DE LAS MUJERES MEXICANAS ANTE LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

DATOS REFERENCIALES

EDAD _____ EDO. CIVIL _____ No DE HIJOS (vivos y muertos) _____ PROFESIÓN _____
DELEGACIÓN _____ AREA CONURBADA _____
¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER?: SI _____ NO _____
¿POR QUÉ NO SE HA PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿SABE UD. LO QUE ES EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

SI _____, NO _____, NO SE _____

SI CONTESTÓ SI PODRÍA DESCRIBIRLO BREVEMENTE _____

2. ¿QUÉ TAN FRECUENTE SE DEBE REALIZAR EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

3. TEMO AL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU POR EL DOLOR QUE ME CAUSARA.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

4. ME ATEMORIZAN LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU, POR ESO NO ME LO HE REALIZADO.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

5. NO SOPORTARIA QUE ME DIAGNOSTICARAN CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

6. ANTE LA POSIBILIDAD DE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, ME ATEMORIZA DE TAL FORMA QUE NO DESEO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

7. NO ME HE PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU POR TEMOR DE SER INFECTADA CON LOS APARATOS CON LOS QUE SE REALIZA.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

8. NO TENGO TIEMPO DE IR A LA CLÍNICA MÁS CERCANA A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

9. POR DESIDIA NO ME HE PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

10. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES MUY CARO Y NO PUEDO PAGARLO.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

11. EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A MI CASA, ESTA DEMASIADO RETIRADO, COMO PARA IR A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

12. EL CAMINO PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DONDE REALIZAN EL PAPANICOLAOU, ES DE DIFÍCIL ACCESO.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

ACTITUDES HACIA LA PAREJA.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO EN EL CASO DE QUE TENGA O HAYA TENIDO PAREJA O ESPOSO.

13. ME MOLESTARÍA MUCHO UN HOMBRE, QUE NO FUERA MI MARIDO O MI PAREJA (AUNQUE FUERA MEDICO), ME TOCARA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

14 MI ESPOSO O PAREJA NO ESTA DE ACUERDO EN QUE YO ME REALICE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

15 MI ESPOSO O PAREJA CONOCE CUAL ES LA IMPORTANCIA DE REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

16. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU PUEDE PREVENIRME DE UNA ENFERMEDAD COMO EL CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

17. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU DETECTA CÁNCER, ENTRE OTRAS ENFERMEDADES.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

18 SI ME REALIZO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, Y SE ME DETECTA CÁNCER EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD, Y ME ATIENDO PUEDO SALVAR MI VIDA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

19. EL CÁNCER DA POR LA CONTAMINACIÓN.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

20. EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

21. EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD MORTAL.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

22. LOS ENFERMOS DE CÁNCER SON RECHAZADOS POR LA SOCIEDAD.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

23. EL CÁNCER ES HEREDITARIO.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

24. ES CORRECTO QUE UN MÉDICO LE DIGA A SU PACIENTE, QUE TIENE CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

25. LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN LA MUJER MEXICANA ES EL CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

ACTITUD HACIA LA RELIGIÓN

26 DIOS DETERMINA LOS HIJOS QUE TENGO O DEBO TENER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

27. DIOS DECIDIRÁ CUANDO ME VOY A MORIR.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

28. NO ES NECESARIO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, YA QUE DIOS DECIDE MI VIDA

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

29. REALIZARCE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES PECADO.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

30. PIENSO QUE SI TUVIERA CÁNCER SERÍA UN CASTIGO DE DIOS.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

31. A LA MUJER QUE SE PORTA MAL LE DA CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

ACTITUD ANTE LA FAMILIA.

32. NO IMPORTA QUE YO ME ENFERME, CON TAI, DE QUE MI FAMILIA GOCE DE BUENA SALUD.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____
33. SI TUVIERA CÁNCER MI FAMILIA SE VERÍA EN APUROS ECONÓMICOS.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____

MECANISMOS DE DEFENSA.

34. YO NUNCA ENFERMARÉ DE CÁNCER.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____
35. LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER ES AJENA A MÍ.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____
36. SI YO TUVIERA CÁNCER, SERÍA CULPA MÍA, POR NO HABERME CUIDADO.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____
37. SI YO TUVIERA CÁNCER NO LO SOPORTARÍA.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____
38. SI ME DIAGNOSTICARAN CÁNCER, ME DEPRIMIRÍA.
TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN
DESACUERDO ____

ANEXO # 4

CUESTIONARIO B: MUJERES QUE POR LO MENOS UNA VEZ SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU Y NO SE LO HAN PRACTICADO EN EL ÚLTIMO AÑO

¿SABIA UD QUE DESDE 1999, CADA 2 HRS. SE MUERE EN MÉXICO UNA MUJER A CAUSA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y/O MAMARIO?

ACTITUD DE LAS MUJERES MEXICANAS ANTE LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

DATOS REFERENCIALES

EDAD _____ EDO. CIVIL _____ No DE HIJOS (vivos y muertos) _____ PROFESIÓN _____

DELEGACIÓN _____ AREA CONURBADA _____

¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER?: SI _____ NO _____

1. DESCRIBA BREVEMENTE EN QUE CONSISTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

2. ¿CUÁNTAS VECES SE HA REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU?

3. ¿SE HA REALIZADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU EN EL ÚLTIMO AÑO?

SI _____, NO _____ SI CONTESTÓ NO, POR

QUE _____

4. TEMO AL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU POR EL DOLOR QUE ME CAUSARA.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

5. ME ATEMORIZAN LOS RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

6. NO SOPORTARIA QUE ME DIAGNOSTICARAN CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

7. ANTE LA POSIBILIDAD DE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, ME ATEMORIZA DE TAL FORMA QUE NO DESEO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

8. NO ME HE PRACTICADO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU POR TEMOR DE SER INFECTADA CON LOS APARATOS CON LOS QUE SE REALIZA.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

9. NO TENGO TIEMPO DE IR A LA CLÍNICA MÁS CERCANA A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

10. POR DESIDIA NO ME HE PRACTICADO REGULARMENTE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

11. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES MUY CARO Y NO PUEDO PAGARLO.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

12. EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO A MI CASA, ESTA DEMASIADO RETIRADO, COMO PARA IR A REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

13. EL CAMINO PARA LLEGAR A LA CLÍNICA DONDE REALIZAN EL PAPANICOLAOU, ES DE DIFÍCIL ACCESO.

TOTALMENTE DE ACUERDO _____, DE ACUERDO _____, INDIFERENTE _____, EN DESACUERDO _____, TOTALMENTE EN DESACUERDO _____

ACTITUDES HACIA LA PAREJA.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO EN EL CASO DE QUE TENGA O HAYA TENIDO PAREJA O ESPOSO.

14. ME MOLESTA MUCHO UN HOMBRE, QUE NO SEA MI MARIDO O MI PAREJA (AUNQUE FUERA MEDICO), ME TOQUE.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

15 MI ESPOSO O PAREJA NO ESTA DE ACUERDO EN QUE YO ME REALICE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

16 MI ESPOSO O PAREJA CONOCE CUAL ES LA IMPORTANCIA DE REALIZARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

17. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU PUEDE PREVENIRME DE UNA ENFERMEDAD COMO EL CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

18. EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU DETECTA CÁNCER, ENTRE OTRAS ENFERMEDADES.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

19 SI ME REALIZO EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, Y SE ME DETECTA CÁNCER EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD, Y ME ATIENDO PUEDO SALVAR MI VIDA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

20. EL CÁNCER DA POR LA CONTAMINACIÓN.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

21. EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

22. EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD MORTAL.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

23. LOS ENFERMOS DE CÁNCER SON RECHAZADOS POR LA SOCIEDAD.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

24. EL CÁNCER ES HEREDITARIO.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

25. ES CORRECTO QUE UN MÉDICO LE DIGA A SU PACIENTE, QUE TIENE CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

26. LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN LA MUJER MEXICANA ES EL CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

ACTITUD HACIA LA RELIGIÓN

27 DIOS DETERMINA LOS HIJOS QUE TENGO O DEBO TENER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

28. DIOS DECIDIRÁ CUANDO ME VOY A MORIR.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

29. NO ES NECESARIO PRACTICARME EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU, YA QUE DIOS DECIDE MI VIDA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

30. REALIZARCE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU ES PECADO.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

31. PIENSO QUE SI TUVIERA CÁNCER SERÍA UN CASTIGO DE DIOS.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

32. A LA MUJER QUE SE PORTA MAL LE DA CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ___ DE ACUERDO ___ INDIFERENTE ___ EN DESACUERDO ___ TOTALMENTE EN DESACUERDO ___

ACTITUD ANTE LA FAMILIA.

33. NO IMPORTA QUE YO ME ENFERME, CON TAL DE QUE MI FAMILIA GOCE DE BUENA SALUD.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

34. SI TUVIERA CÁNCER MI FAMILIA SE VERÍA EN APUROS ECONÓMICOS.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

MECANISMOS DE DEFENSA.

35. YO NUNCA ENFERMARÉ DE CÁNCER.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

36. LA ENFERMEDAD DEL CÁNCER ES AJENA A MÍ.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

37. SI YO TUVIERA CÁNCER, SERÍA CULPA MÍA, POR NO HABERME CUIDADO.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

38. SI YO TUVIERA CÁNCER NO LO SOPORTARÍA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

39. SI ME DIAGNOSTICARAN CÁNCER, ME DEPRIMIRÍA.

TOTALMENTE DE ACUERDO ____, DE ACUERDO ____, INDIFERENTE ____, EN DESACUERDO ____, TOTALMENTE EN DESACUERDO ____

ANEXO # 5

ANEXO DE PROGRESOS DEL DESARROLLO DE LA ECONOMIA NACIONAL		1977	
CAP	DESCRIPCION	1977	1978
10	Por los servicios de transporte		
11	Por los servicios de comunicaciones		
12	Por los servicios de energía eléctrica		
13	Por los servicios de agua potable		
14	Por los servicios de saneamiento básico		
15	Por los servicios de vivienda		
16	Por los servicios de salud		
17	Por los servicios de educación		
18	Por los servicios de cultura, recreación y deporte		
19	Por los servicios de turismo		
20	Por los servicios de otros sectores		
21	Por los servicios de otros sectores		
22	Por los servicios de otros sectores		
23	Por los servicios de otros sectores		
24	Por los servicios de otros sectores		
25	Por los servicios de otros sectores		
26	Por los servicios de otros sectores		
27	Por los servicios de otros sectores		
28	Por los servicios de otros sectores		
29	Por los servicios de otros sectores		
30	Por los servicios de otros sectores		
31	Por los servicios de otros sectores		
32	Por los servicios de otros sectores		
33	Por los servicios de otros sectores		
34	Por los servicios de otros sectores		
35	Por los servicios de otros sectores		
36	Por los servicios de otros sectores		
37	Por los servicios de otros sectores		
38	Por los servicios de otros sectores		
39	Por los servicios de otros sectores		
40	Por los servicios de otros sectores		
41	Por los servicios de otros sectores		
42	Por los servicios de otros sectores		
43	Por los servicios de otros sectores		
44	Por los servicios de otros sectores		
45	Por los servicios de otros sectores		
46	Por los servicios de otros sectores		
47	Por los servicios de otros sectores		
48	Por los servicios de otros sectores		
49	Por los servicios de otros sectores		
50	Por los servicios de otros sectores		
51	Por los servicios de otros sectores		
52	Por los servicios de otros sectores		
53	Por los servicios de otros sectores		
54	Por los servicios de otros sectores		
55	Por los servicios de otros sectores		
56	Por los servicios de otros sectores		
57	Por los servicios de otros sectores		
58	Por los servicios de otros sectores		
59	Por los servicios de otros sectores		
60	Por los servicios de otros sectores		
61	Por los servicios de otros sectores		
62	Por los servicios de otros sectores		
63	Por los servicios de otros sectores		
64	Por los servicios de otros sectores		
65	Por los servicios de otros sectores		
66	Por los servicios de otros sectores		
67	Por los servicios de otros sectores		
68	Por los servicios de otros sectores		
69	Por los servicios de otros sectores		
70	Por los servicios de otros sectores		
71	Por los servicios de otros sectores		
72	Por los servicios de otros sectores		
73	Por los servicios de otros sectores		
74	Por los servicios de otros sectores		
75	Por los servicios de otros sectores		
76	Por los servicios de otros sectores		
77	Por los servicios de otros sectores		
78	Por los servicios de otros sectores		
79	Por los servicios de otros sectores		
80	Por los servicios de otros sectores		
81	Por los servicios de otros sectores		
82	Por los servicios de otros sectores		
83	Por los servicios de otros sectores		
84	Por los servicios de otros sectores		
85	Por los servicios de otros sectores		
86	Por los servicios de otros sectores		
87	Por los servicios de otros sectores		
88	Por los servicios de otros sectores		
89	Por los servicios de otros sectores		
90	Por los servicios de otros sectores		
91	Por los servicios de otros sectores		
92	Por los servicios de otros sectores		
93	Por los servicios de otros sectores		
94	Por los servicios de otros sectores		
95	Por los servicios de otros sectores		
96	Por los servicios de otros sectores		
97	Por los servicios de otros sectores		
98	Por los servicios de otros sectores		
99	Por los servicios de otros sectores		
100	Por los servicios de otros sectores		
TOTAL			

ANEXO # 6

PROPUESTA DE UN PROGRAMA INFORMATIVO Y DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

El cáncer cervicouterino y el tumor maligno de mama son los más frecuentes entre la población femenina de México. La trascendencia de ambos tipos de cáncer como problema de salud pública ha dado origen a programas nacionales y locales que se han abocado a su detección y tratamiento.

La frecuencia de ambos cánceres es una razón poderosa para que las mujeres posean conocimientos suficientes y objetivos sobre el particular y para que, ante la sospecha del padecimiento, puedan recurrir a los sitios donde se ofrece atención e información. Como para la mayoría de los cánceres existen tratamientos adecuados si el diagnóstico es oportuno y se evita la exposición a factores de riesgo que pueden favorecer su aparición incluyendo los genéticos, dietéticos, ambientales, ocupacionales, socioeconómicos y culturales, el problema de la incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer mexicana sólo podrá reducirse si convergen la responsabilidad de la población femenina, el conocimiento resultante de las investigaciones y la respuesta gubernamental para poner en vigor y supervisar los programas de prevención y control correspondientes. (Langer, 1996).

El Módulo de Control de Cáncer de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1990), explica tres formas o técnicas amplias para brindar la información:

- Medios masivos de comunicación. Mediante la utilización de éstos, el número de mujeres abordadas puede ser muy pequeño. Con base en su precio, esta estrategia es poco eficiente y se ha considerado como la más costosa para suscitar una conducta preventiva a nivel personal. Puede tener un valor indirecto en cuanto a que despierta la conciencia sobre el problema, que es una condición necesaria pero no suficiente para modificar o crear un nuevo comportamiento. La creación de conciencia es un paso que puede ser aprovechado para una intervención posterior.
- Técnicas de grupo. Son útiles para aumentar y precisar el conocimiento; sin embargo, luego de que con ellas se logra un cierto nivel de conciencia, la información adicional que se provea no afecta la frecuencia de la práctica de la intervención. Este tipo de técnicas parece ser más eficaz cuando se transmiten habilidades específicas, como el autoexamen de los senos.
- Técnicas mediante contactos individuales. Esta puede ser la manera más adecuada para lograr una conducta encaminada a practicar la medida de control y patrones de conducta ulteriores que aseguren la continuidad de dicha práctica.

Estos programas deben tener en consideración los siguientes puntos:

- Hacia quién se dirige el programa.
- Quién lo realiza.

- Qué es lo que se debe de hacer y por qué.
- En cuál orden deben realizarse los procedimientos.
- Qué esfuerzos son productivos y cuáles no.
- Sobre quiénes son productivos los esfuerzos y sobre quiénes no.

Este módulo menciona que la mayoría de las acciones en el control del cáncer deben ser realizadas en forma repetitiva. Los planificadores de programas tienen dos alternativas para lograr conductas reiterativas.

-Realizar esfuerzos permanentes, de naturaleza similar y en forma repetida, para motivar a la gente a que realice acciones repetitivas. Así, el esfuerzo que debe hacer el programa es similar al que se utilizó para motivar la primera acción de la gente.

-Llevar a las personas a que respondan ante una señal mínima para que tomen acciones repetidas; tales señas pueden provenir de los mismos usuarios del programa o del medio en el que ellos se desenvuelven.

La alternativa de realizar esfuerzos permanentes supone que la información trae consigo cambios en las actitudes y éstos a su vez, llevan cambios en la conducta. En la segunda alternativa, la gente llevará a cabo acciones cuando esté lista para hacerlo. El estar listo supone el resultado de una estimación subjetiva, que cada persona hace, acerca del beneficio que le puede representar realizar una acción determinada. Al hacer esta estimación, la persona resta al posible beneficio que va a obtener, las dificultades que le traerá realizar la acción. El estar listo es una condición que se vuelve realidad mediante la influencia de las señales que provienen del medio ambiente o que se originan en la persona misma (Restrepo, 1990).

- Aspectos generales de los programas de prevención

Entendemos por programas de prevención de cáncer cervicouterino, las acciones conjuntas y planificadas de los miembros de la comunidad de salud encaminadas a prevenir el cáncer cervicouterino por medio del examen del Papanicolaou.

Para lograr esto, las actuaciones preventivas deberán tratar que las mujeres de alto riesgo (35-60 años) acudan al centro de salud, así como de potenciar lo que podríamos denominar factores de protección, es decir, aquellos contrapuestos a los de riesgo, su "imagen en el espejo". Si decíamos, por ejemplo, en el capítulo anterior, que la falta de información y la ignorancia podían ser considerados de riesgo, podemos afirmar que sus opuestos (la información, una buena actitud hacia la prueba y el conocimiento) son una buena protección contra el cáncer cervicouterino.

La prevención será tanto más eficaz cuanto mejor planificada esté y cuantos más agentes preventivos se impliquen. El ámbito de la salud deberá tender a implicar a la totalidad de la comunidad (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) y, dentro de lo posible, a otros agentes preventivos de la comunidad (como trabajadoras sociales y responsables de la salud). Un buen proyecto de prevención tendrá que establecer tareas para cada uno de estos agentes. Sin embargo, esto no impide que en ciertos casos se puedan emprender

actuaciones preventivas contando solo con la participación de los médicos o, incluso, tan solo desde una área concreta, los hospitales o los centros de salud.

La manera idónea de planificar una intervención de carácter preventivo es la elaboración de un proyecto de prevención para el centro de salud. Este tipo de actuaciones supone realizar una reflexión conjunta acerca de la situación de nuestro centro de salud con respecto a los problemas derivados de la enfermedad del cáncer cervicouterino, para poder plantear así objetivos comunes y coordinarnos para trabajar en pos de éstos. Hay varias razones que hacen de la elaboración de proyectos conjuntos la mejor forma de abordar la prevención:

1. Llegan al grupo de mujeres de alto riesgo.

Suponen trabajar con todas las mujeres del centro de salud. Permite que nuestras actuaciones se adecuen a la diversidad de las mujeres.

2. Pueden participar todas las mujeres que asisten al Sector Salud.

De este modo el peso de la prevención no recae sobre unas cuantas personas. Cada una desde el lugar que ocupa (médico, enfermera, personal capacitado para realizar la ictiología, psicólogo), aportará su visión y podrá desempeñar su tarea.

3. Permiten actuar de forma planificada.

Actuar de un modo sistemático, ordenado y no improvisado producirá siempre mejores resultados.

4. Garantizan la continuidad.

Incorporar la prevención de cáncer cervicouterino en el proyecto conjunto posibilita que, independientemente de las personas que se incorporen, la prevención formará parte de las finalidades del centro.

5. Se trabaja desde la transversalidad.

Garantiza la implicación de todas las áreas y el tratamiento de la prevención de cáncer desde el currículum oculto, entendiéndose por éste las implicaciones que toma en la comunidad donde se desea implantar el programa.

6. Se evitan actuaciones contrapreventivas.

Si todos los miembros de la comunidad del sector salud no trabajan guiados por los mismos objetivos, puede suceder que se produzcan confusiones, repeticiones o contradicciones que tengan efectos contrarios a los deseados.

A continuación se ofrece una propuesta formal para la elaboración de un programa de prevención de cáncer cervicouterino, limitado a la captación de las mujeres de alto riesgo, mostrando los posibles objetivos a perseguir, las posibles tareas de cada uno de los miembros del centro de salud, así como los pasos a seguir para su diseño y las modificaciones que se deben realizar en los documentos organizativos del centro de salud. Se exponen algunas indicaciones sobre qué contenidos pueden desarrollarse en ellos y sobre cómo pueden ser evaluados. No obstante, cada proyecto real deberá adecuarse a las necesidades y posibilidades de cada centro, partiendo de un análisis previo del contexto en

que se encuentran y las características peculiares de los componentes de ese centro de salud. Solo esa adaptación permitirá fijarnos objetivos que respondan a las necesidades reales de las mujeres, así como estrategias de intervención eficaces que nos permitan adecuarnos con los medios a nuestro alcance.

En general, de los programas de prevención podemos señalar que:

- En su elaboración debe intervenir toda la comunidad del centro de salud con aportaciones y sugerencias de médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, etc. Sería muy conveniente el asesoramiento de un experto en prevención o la participación de algunos de los componentes del centro de salud en un curso de formación sobre el tema.

Es importante recalcar que en la presente investigación se señalen las bases fundamentales de las investigaciones que se han realizado en otros países y en México; que se ha fundamentado de manera exhaustiva la información acerca del cáncer, y del cáncer cervicouterino en particular; que se ha expuesto el tema de las actitudes y su modificación, y en particular en el Capítulo 2, se mencionan las estadísticas acerca de las incidencias de esta enfermedad. Por lo tanto, para la propuesta de un programa de prevención de cáncer, la información aquí presentada es el fundamento de tal propuesta.

Una vez que se vaya a implementar dicho programa es de vital importancia adecuar las necesidades de cada institución donde pueda ser implementado, ya que cada cual tiene diferentes modos de proceder.

Todas las propuestas deben ser presentadas y aprobadas por el Sector Salud.

A continuación ofrecemos una propuesta de estructuración del programa de prevención de cáncer cervicouterino, en la que se recogen, a modo de índice, los distintos apartados que deberían incluirse.

- **Programa informativo y de sensibilización para la realización del examen del Papanicolaou**
- **Análisis del contexto**

El programa se realizará en el sector salud de la Delegación Xochimilco, por ser la demarcación con mayor índice de casos de cáncer cervicouterino. El sector salud contará con la asistencia de un grupo de psicólogos, de médicos, enfermeras o personal capacitado para la toma del Papanicolaou, y contará con las instalaciones necesarias para la realización del mismo, así como aulas para la impartición de las sesiones por parte de los psicólogos. En el sector salud se captará a la población de alto riesgo, y se dará cita para su asistencia a las sesiones informativas y de sensibilización por parte del grupo de psicólogos.

- **Objetivos generales del proyecto**
- El fin último del programa de sensibilización es prevenir la incidencia del cáncer cervicouterino en la población mexicana.

- Retrasar o impedir, por medio del examen del Papanicolaou, la aparición del cáncer cervicouterino.
- Dotar a las mujeres de alto riesgo con la información adecuada para el conocimiento de la enfermedad, y recursos personales necesarios para realizarse la prueba, con cambio de actitudes por medio de sensibilización y conocimiento, así como de elementos adecuados para que cuando tengan que regresar a practicárselo al año siguiente, no falten a su cita.
- Formar personalidades que afronten el temor, incluso el pánico que les produce la realización del examen, a fin de que acudan con menor resistencia.
- Contrarrestar la influencia negativa de los factores de todo tipo, ya sea de comentarios escuchados en la calle o hechos por familiares y amigas, mal infundados, en cuanto a que el examen es muy doloroso y molesto, que pudieran motivar la renuencia a la práctica del Papanicolaou.
- Fomentar el desarrollo de actitudes y el cambio de conducta favorables a la salud y ante la prueba del Papanicolaou.
- Ofrecer una información útil, precisa y adaptada a las mujeres de alto riesgo sobre aspectos relacionados con el cáncer cervicouterino y la importancia de la prueba

El objetivo general del presente programa es la captación de la mayoría de la población de alto riesgo en la incidencia de cáncer del cervix, que acude al centro de salud de la Delegación Xochimilco.

Por medio de la captación de la población de mayor riesgo, se mejorarán los programas preventivos de cáncer cervicouterino, ya que estarán orientados a la población adecuada. Una vez que los programas preventivos funcionen de acuerdo a sus metas y objetivos, los índices de mortalidad a causa del cáncer cervicouterino bajarán a tasas menos dramáticas, como las presentadas actualmente.

- **Objetivos específicos del proyecto**

- Modificar alguno de los factores de riesgo o potenciar los factores de protección (individuales, sociales, etc.) que hayamos detectado en nuestro centro. Por ejemplo:
- Mejorar el clima en el centro de salud.

Individuales:

- Favorecer la autoestima, ya que se ha mencionado que las mujeres con autoestima más elevada procuran más su salud que las que tienen autoestima baja.
- Crear conciencia en las mujeres, aboliendo posibles resistencias y mecanismos de defensa, para llevar a cabo la acción sin tanta renuencia.
- Favorecer el sentido crítico en cuanto al riesgo de no practicarse el examen.

Grupales:

- Mejorar la resistencia a la presión de grupo.
- Modificar señas de identidad.

Socio-culturales:

-Trabajar sobre publicidad.

-Mostrar alternativas en educación, promoviendo el tema en escuelas a niveles tempranos y continuar con la importancia en los siguientes niveles.

- **Propuestas de intervención**

Para implantar un plan de prevención se debe comenzar con un diagnóstico inicial de las características de la zona y de las contradicciones que puedan darse entre la filosofía del centro de salud. Hay también que analizar las características de las mujeres de alto riesgo a las que va dirigido el programa, así como a sus familias ya que igualmente pueden tener posibles factores de riesgo. Este diagnóstico nos permitirá fijar los objetivos que se pretenden alcanzar con el desarrollo del programa.

En la elaboración y desarrollo del proyecto deben colaborar el mayor número posible de miembros del sector salud, de la siguiente forma:

- El gobierno aportará más recursos para la implementación de dichos programas en la mayoría de los centros de salud.
- El Sector Salud discute y aprueba la implementación del Programa de Sensibilización e Información para la realización del examen del Papanicolaou. También cuida la evaluación del programa.
- El equipo de psicólogos elabora y coordina el proyecto de sensibilización e información y desarrollo las tareas que en él se asignen.
 - Incorpora a la programación de sus respectivas áreas curriculares aquellos contenidos y actividades necesarios y útiles para llevar a cabo el programa.
 - Globaliza los temas de salud en distintas áreas curriculares. Diseña y pone en marcha actividades de salud complementarias.
- El departamento de Ginecología del Sector Salud, por medio de médicos y enfermeras, lleva a cabo la toma de frotis cervicales a las pacientes que hayan estado en el programa.
- El laboratorio del Sector Salud se encarga de analizar las tomas y entregar resultados a los médicos, éstos a su vez darán seguimiento de tales resultados y canalizarán a las pacientes según tratamiento adecuado.
- Las trabajadoras sociales en coordinación con el grupo de psicólogos, estarán al pendiente de las citas de las pacientes y del seguimiento de las tomas, por año o meses, según lo requiera la paciente.
- Aunado al apoyo otorgado por parte del gobierno, se ampliará la información de manera efectiva a través de los medios de comunicación.
- Las mujeres tendrán la obligación de asistir a todas sus citas puntualmente, ya sea para

las sesiones con los psicólogos, a sus tomas de Papanicolaou o al seguimiento pertinente.

Los centros de salud en coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Pueden proporcionar formación sobre temas relacionados con los proyectos para los médicos solicitantes.
- Pueden contactar con programas ya implantados en la zona.
- Aportan recursos materiales, como modelos de actividades o programas ya realizados.

Instituciones Públicas: Ayuntamiento, Comunidad Autónoma, Direcciones Provinciales de Salud.

- Aportan personal experto, equipos multiprofesionales, psicopedagógicos, de prevención, etc.
- Ponen en contacto al Centro con servicios de interés: centros de información sobre cáncer y su prevención, etc.
- Facilitan recursos para el desarrollo de las actividades que lo requieran.

Otras instituciones:

- Todas aquellas instituciones públicas o privadas, cuyas actividades estén relacionadas con el tema que se programa.

- Recursos

Los recursos que se necesitan son: instalaciones para la implementación de las sesiones , área ginecológica para la realización de los exámenes, un laboratorio de citología con los materiales necesarios para un buen análisis, computadoras para el registro de las pacientes y su seguimiento, materiales para algunas actividades.

Las actividades a realizar son: sesiones de 1 hora cada 8 días por un lapso de 3 meses. Cada sesión se agrupará por 8 pacientes y dos psicólogos. Las sesiones se dividirán en dos fases La primera será informativa, en la cual se presentarán de forma clara y de fácil entendimiento:

- ¿Qué es el examen del Papanicolaou?
- ¿Por qué es tan importante?
- ¿Por qué se debe realizar cada año?
- Aspectos emocionales de las pacientes del grupo con respecto a la prueba del Papanicolaou.
- ¿Duele?
- ¿Cómo se toma la prueba y cuánto es su duración?

-¿Qué significan los resultados del examen del Papanicolaou?

-¿Y después qué sigue?: Aquí se abordarán superficialmente los tipos de tratamientos de acuerdo con los diferentes diagnósticos de la prueba.

En la segunda fase se realizarán mecánicas de sensibilización por medio de lectura de cuento, juegos y pláticas. En la última sesión se invitará a una persona con el padecimiento para que exponga sus puntos de vista respecto de la prevención y la enfermedad, bajo la coordinación de los psicólogos.

ANEXO # 7

INFORMACIÓN ACERCA DEL CÁNCER

El término cáncer se aplica genéricamente a un centenar de enfermedades distintas entre las que figuran tumores malignos de diferentes localizaciones (mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon/recto, pulmón, boca, etcétera), la leucemia, el sarcoma óseo, la enfermedad de Hodgkin y los linfomas no hodkinianos. Un rasgo común a todas las formas de cáncer es la inoperancia del mecanismo que regula normalmente el crecimiento y la proliferación de células, con la consiguiente aparición de una anomalía, leve o grave, con invasión de los tejidos vecinos y, finalmente, propagación a otras zonas del cuerpo. (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1995).

La enfermedad surge principalmente como consecuencia de las condiciones de vida: exposición del individuo a agentes carcinogénicos presentes en la atmósfera, en la comida o en la bebida. Ciertos hábitos personales como el consumo de tabaco, que a menudo se desarrollan en respuesta a circunstancias sociales, así como la exposición profesional a los cancerígenos desempeñan un papel importante en la etiología del cáncer. (Ibid).

Durante los últimos años se han realizado progresos en el conocimiento de las bases biológicas y bioquímicas del cáncer. Los avances que se han efectuado en el tratamiento de los tumores irreseccables en adultos han sido graduales y se han centrado básicamente en aquellos tumores caracterizados por una sensibilidad especial frente a la radioterapia y quimioterapia.

- Definiciones

Para la mejor comprensión del tema, y con el fin de exponer más claramente la categorización de la enfermedad, se definirán algunos términos médicos acerca del cáncer:

Biopsia: Extracción de un fragmento de tejido para analizarlo al microscopio y establecer un diagnóstico, por ejemplo de células cancerígenas.

Cáncer: Grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento y extensión incontrolado de células anormales.

Carcinógeno: Sustancia capaz de producir cáncer.

Carcinoma: Forma de cáncer que aparece en tejidos que recubren órganos del cuerpo.

Cérvix: Cuello del útero.

Detección precoz: Detección de la enfermedad antes de que aparezcan síntomas y/o signos.

Epidemiología: Estudio de la incidencia, distribución, causas ambientales de una enfermedad en una población dada y medidas de control o prevención contra ellas.

Etiología: Estudio de las causas de una enfermedad.

Factor de riesgo: Signo biológico, hábito adquirido o circunstancia cuya presencia en un individuo aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, por ejemplo el tabaquismo.

Gen: Unidad hereditaria, factor hereditario.

Infiltración: Invasión por parte del tumor de los tejidos circundantes.

Leucemia: Degeneraciones malignas y alteración de la maduración de los glóbulos blancos (leucocitos).

Linfoma: Tumoración maligna del tejido linfoide.

Mamografía: Prueba diagnóstica mediante rayos X para la detección de formaciones tumorales en la mama.

Mastectomía: Extirpación de la mama.

Melanoma: Tumoración maligna de la piel.

Metástasis: Proceso por el cual el tumor envía células tumorales a zonas distantes del tumor original por vía linfática o sanguínea.

Mioma: Tumoración benigna de útero.

Neoplasia: Término que se utiliza para referirse al tumor maligno.

Oncogen: Gen que si se modifica provoca que la célula normal se transforme en maligna y pueda provocar un tumor.

Oncología: Ciencia que estudia el cáncer.

P.A.P.: TEST PAPANICOLAU. Prueba que se realiza para detectar células tumorales en secreciones de útero y vagina. Se extrae una prueba y se analiza en laboratorio.

Precáncer: Situación. Cambios que se producen en tejidos o células y que pueden preceder al desarrollo eventual de un cáncer.

Quimioterapia: Tratamiento de las enfermedades por compuestos químicos.

Radioterapia: Tratamiento del cáncer por medio de las radiaciones.

Recidiva: Reaparición de una enfermedad tiempo después de haberla considerado como curada. Aplicado en neoplasias que vuelven a aparecer después de un tratamiento.

Sarcoma: Forma de cáncer que se desarrolla en el tejido conjuntivo y muscular.

Screening: Estudios que se realizan a un grupo de población de riesgo asintomático, deben ser rápidos, sencillos y baratos.

Tos del fumador: Tos persistente e involuntaria que obedece a la continua exposición de los pulmones al humo del cigarrillo.

Tumor: Crecimiento o abultamiento de una masa anormal.

Tumor benigno: Crecimiento o nódulo anormal de células que no son cáncer y respetan los tejidos sanos vecinos. Generalmente inocuo.

Tumor maligno: Tumor formado por células cancerosas. Estos tumores continúan su desarrollo e invaden los tejidos de alrededor.

Útero: Órgano de la mujer que recibe el huevo fertilizado y nutre al embrión durante el embarazo.

Para Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., y Kasper, D., (1994), habitualmente se utilizan de forma indistinta los términos de cáncer, neoplasia y tumor, tanto en el ámbito profesional como en el lenguaje popular. La enfermedad que denominamos cáncer se define por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan de un modo distinto al de las células normales de las que proceden.

1. **Clonalidad.** El cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.
2. **Autonomía.** El crecimiento no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.
3. **Anaplasia.** Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada.
4. **Metástasis.** Las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Estas propiedades pueden ser expresadas por las células normales no malignas durante épocas adecuadas, por ejemplo, durante la embriogénesis y cicatrización de las heridas: no obstante, en las células cancerosas, estas características tienen un grado inapropiado o excesivo. Los tumores benignos son clonales y tienen un cierto grado de autonomía, pero permanecen diferenciados y no se metastatizan. El proceso mediante el cual una célula normal se convierte en una célula maligna, que presenta estas características, se llama transformación maligna.

Para la atención de cualquier enfermedad es importante el aspecto psicológico de la persona, por lo cual a continuación se mencionan algunos aspectos psicológicos en los enfermos de cáncer.

- Afectación psicológica en enfermos de cáncer

Al considerar los aspectos psicológicos del cáncer en un ser humano, se debe estar consciente tanto del estigma social que el individuo sufre, como de los efectos potenciales que dicho diagnóstico tiene sobre las relaciones, la vida laboral, y la sensibilidad misma del paciente.

Cuando al paciente se le diagnostica cáncer, entra inmediatamente en un mundo de incertidumbre e inseguridad debido a la historia que la enfermedad tiene por sí misma, por lo que el profesional que la maneja, así como el equipo terapéutico que colabora en los diferentes tratamientos de la misma, debe estar consciente de que no solo está tratando con una enfermedad: un riñón, una mama, una pierna, su matriz... un cáncer, sino que está tratando a un individuo con sentimientos y reacciones, a un individuo que tiene una historia personal, que siente, sufre y al cual hay que darle apoyo en todos los sentidos. Es importante que se considere a los pacientes como un todo, que no solo se atienda a la integridad física de la persona, sino que también se revise y se apoye su integridad psicológica y social.

La mayoría de las personas asocian al cáncer con la muerte y el dolor. Diversas investigaciones (Pimentel, 1994), han demostrado que la gente teme más a la muerte por cáncer que a la muerte por una enfermedad cardíaca, esto quizás se deba en buena parte a lo que Cuevas (1998), ha señalado respecto a que los pacientes con diagnóstico de cáncer manifiestan que lo que más les preocupa de su enfermedad es el dolor.

Las necesidades emocionales del paciente se centran en su capacidad de adaptarse a la pérdida, y de enfrentarse a sus temores y ansiedades. La enfermedad, tanto si es una gripe como una enfermedad mortal, trae consigo una serie de pérdidas. La persona enferma se vuelve dependiente de los demás para cosas tan sencillas como hacer las compras y es incapaz de realizar su papel social normal en el trabajo, en el hogar o dentro de la comunidad. La persona enferma tiene que aceptar su papel de dependencia de los demás y aceptar su ayuda. Además se espera de ella que obedezca las órdenes del médico, que mejore rápidamente y que reanude sus actividades lo antes posible.

La hospitalización trae consigo pérdidas de:

- Intimidad,
- Autodeterminación,

- rutinas de la vida,
- familia,
- hogar,
- posición,
- estilo de vida,
- imagen corporal,
- posición corporal.

Al ingresar al hospital, se invade la intimidad del paciente, de muy diversas formas: se divulga información con detalles íntimos, su cuerpo está expuesto durante la exploración médica, las habitaciones son compartidas, las relaciones sociales forzadas con el personal y el resto de los pacientes, y la exhibición de las propias relaciones personales del paciente.

Así, la enfermedad y la hospitalización conducen a la pérdida de la independencia, del derecho a controlar las situaciones y a la pérdida de los papeles desempeñados en la familia. Del significado que tenga para el individuo estas pérdidas, causará determinadas reacciones emocionales. También constituyen reacciones psicológicas que contribuyen a la pérdida de la imagen del individuo.

El dolor, la incontinencia, la pérdida de movilidad y la alteración de la imagen corporal, debido a la enfermedad, a fármacos y a otros tratamientos, representan pérdidas en la esfera física y comprenden todos los sentimientos de pérdida.

Al proporcionar un apoyo emocional a la persona enferma se tienen que valorar los sentimientos predominantes que el individuo está experimentando en relación con su edad.

Está comprobado que los pacientes que se muestran aprensivos respecto a su enfermedad casi siempre empeoran y mueren con rapidez, aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciban sea adecuado, mientras que, por el contrario, los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer, usualmente mejoran. Es lo que los profesionales de la medicina informan a los familiares del enfermo de cáncer y ello es la causa probable de que se decida ocultar la enfermedad al propio enfermo.

De esta forma, se niega al enfermo de uno de sus derechos como persona humana, como es el despedirse de sus seres queridos, de prepararse para su muerte y de lo más

importante que es poder decidir libremente sobre su tratamiento y de las consecuencias de ésta.

La importancia de proporcionar información a estos pacientes es la de darles tiempo para hablar de sus temores y miedos antes de adaptarse a su nueva vida y o situación.

Para tener un panorama un poco más amplio acerca de la enfermedad, a continuación se explicará brevemente la etiología del cáncer.

- Etiología del cáncer

Para introducirnos un poco en la etiología del cáncer daremos a continuación hallazgos encontrados, en cuanto a su desarrollo.

Es evidente la importancia que juega el conocimiento del cáncer en la historia de la medicina. Las primeras observaciones epidemiológicas del cáncer se registran al inicio del siglo XVIII. Un médico italiano llamado Bernardino Ramazzini observó que el cáncer de mama era mucho más frecuente entre las monjas y sugirió que el celibato influía en el desarrollo de este tumor. En 1775, el cirujano inglés Percivall Pott descubrió el primer cáncer con riesgo ocupacional; en los limpiadores de chimenea en la ciudad de Londres, el cáncer de escroto. El estudio de Rigoni-Stern, en la ciudad de Verona, se considera el primero en utilizar un grupo control para cuantificar el riesgo de cáncer del cérvix uterino invasor (CaCu) entre monjas y otro grupo de mujeres. (A. Mohar, M. Frías-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

La tasa de supervivencia relativa a los cinco años de los pacientes diagnosticados con cáncer (la probabilidad de escapar a la muerte por cáncer a los cinco años tras la realización del diagnóstico), se ha incrementado hasta casi el 50% debido a los avances efectuados en el diagnóstico precoz y el tratamiento de esta enfermedad.

Más de seis millones de norteamericanos vivos tienen una historia de cáncer, y alrededor de tres millones fueron diagnosticados hace cinco a más años. El cáncer permanece en segundo lugar (por detrás de los problemas cardiovasculares) como causa de muerte en Estados Unidos. Más del 20% de los norteamericanos mueren por cáncer, y esta cifra se ha incrementado en forma estable a medida que envejece la población y disminuyen las muertes por cardiopatía. En los Estados Unidos los procesos malignos fueron

responsables de 526,000 muertes en 1992. La mitad de estas muertes se debieron a los tres tipos más frecuentes de cáncer; pulmón, mama y colorrectal. El cáncer de pulmón es el más frecuente en los varones, mientras que el cáncer de mama constituye la forma más frecuente de neoplasia en las mujeres. El cáncer de colon y recto presenta una incidencia similar en varones y en mujeres. (Ibid).

Los patrones de incidencia del cáncer varían con el sexo, la raza y la localización geográfica. Además, los diferentes tipos de tumores varían también con la edad. Los rasgos hereditarios y las variaciones en los ambientes internos de las células explican algunas diferencias en la incidencia del cáncer. Basándonos en datos epidemiológicos, se sabe que las variaciones en la dieta y la exposición a ciertos agentes químicos y físicos en el ambiente externo contribuyen a la aparición de ciertos tumores. (A. Mohar, M. Frías-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

Los agentes ambientales que se han relacionado con el aumento en la incidencia de cáncer se pueden encuadrar en tres categorías amplias: radiación, productos químicos y virus, que a continuación se presentan.

- Factores predisponibles al cáncer

Para que pueda producirse un cáncer son necesarios varios eventos múltiples. Diversas evidencias sustentan esto como las observaciones histopatológicas en neoplasia que revelan múltiples estadios de progresión tumoral, tal como displasia, carcinoma in situ, y cáncer invasor; así también, en modelos experimentales se ha demostrado que diferentes carcinógenos químicos pueden afectar cualitativamente el proceso carcinogénico de acuerdo con el estadio de cáncer.

Otro evento importante es que existe predisposición genética hacia algunos tipos de cáncer, así como el requerimiento de 3 a 7 eventos independientes (de algún tipo de exposición) para iniciar el proceso de carcinogénesis. Al respecto, estudios con carcinógenos químicos en cultivo de células revelan que diferentes propiedades de las células tumorales son adquiridas por un mecanismo progresivo, y otros estudios con oncogenes en cultivos de células muestran que la conversión neoplásica de células normales generalmente requiere de cooperación oncogénica múltiple; en contraste, ciertas células inmortales (preneoplásicas) son transformadas por un simple oncogén y existe evidencia de que la activación de proto-oncogenes en ratones en su línea germinal produce tumores focales de origen monoclonal, lo que sugiere que hay eventos somáticos

adicionales que se requieren para alcanzar una plena progresión maligna. (Lazcano Ponce, Hernández Ávila, 1997).

La exposición ocupacional ocurre más frecuentemente por contacto directo con agentes carcinogénicos, con cualquiera de sus metabolitos activos durante su absorción (piel, tracto respiratorio), o durante su excreción (tracto urinario). Existen algunos tumores que son hormonodependientes (mama y próstata), y algunos suplementos y anticuerpos hormonales potencialmente carcinógenos, a ciertos patrones de consumo de alimentos. Diversos autores le atribuyen entre el 10 y 70% del incremento de riesgo en cánceres particularmente de origen epitelial; el consumo de bebidas alcohólicas se asocia causalmente a cánceres de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado; sin embargo no se conoce su mecanismo de acción carcinogénica. Recientemente se ha postulado que el riesgo de cáncer se incrementa con la exposición a campos magnéticos producidos por la electricidad. (Lazcano Ponce, Hernández Ávila, 1997).

Cierto tipo de exposiciones potencialmente carcinógenas pudieran ser eliminadas en su totalidad, tal como el caso del hábito tabáquico. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que existen 1 100 millones de fumadores en el mundo, exposición a la que se atribuyen por diversas causas 6 muertes por minuto, y se esperan 10 millones de muertes atribuibles a ésta en el año 2010. (Lazcano Ponce, Hernández Ávila, 1997).

Se ha estimado que cerca del 20% de entre 7 y 10 millones de muertes por cáncer en el ámbito mundial para el año 2010, podrían ser prevenidas si el consumo de tabaco hubiera sido eliminado. Las muertes por cáncer de cérvix, pueden ser sustancialmente reducidas al introducir un programa organizado de detección oportuna de cáncer. (Lazcano Ponce, Hernández Ávila, 1997).

A continuación se detallarán, los factores de predisposición al cáncer.

Factores genéticos. Las alteraciones genéticas desempeñan un papel esencial en la oncogénesis. Existen diversos datos que apoyan esta conclusión: 1) Se han observado muchos ejemplos de grupos familiares con tipos histológicos específicos de tumores. 2) Las anomalías cromosómicas incluidas en la línea de células germinales confieren un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer. 3) Con frecuencia, los tumores presentan reagrupamientos somáticos específicos que afectan a cromosomas o genes. 4) La disminución de la capacidad para reparar las lesiones del ADN secundarias a la acción de

mutágenos se acompaña de un aumento en el riesgo de neoplasia. 5) La capacidad de los distintos agentes para mutar el ADN y la capacidad para actuar como carcinógenos se relacionan estrechamente. 6) Las mutaciones o expresión no regulada de genes particulares pueden convertir células que se comportan en forma maligna.

Radiación. Se ha calculado que la proporción de tumores debidos a la exposición de radiación es menor del 3%. La radiación que puede eliminar electrones de los átomos se denomina: radiación ionizante. Comprende las ondas electromagnéticas como los rayos X y los rayos gamma, así como las partículas cargadas como los protones. La información sobre la capacidad de la radiación en dosis relativamente grandes para inducir la aparición de cáncer en seres humanos se ha obtenido a partir de los estudios efectuados en los sobrevivientes de las explosiones de bombas atómicas, de personas expuestas de forma accidental a radiación o a lluvia radiactiva, y de pacientes expuestos a radiación por motivos diagnósticos o terapéuticos. Se sabe que casi todos los tejidos son susceptibles de inducción tumoral por parte de la radiación, aunque con una sensibilidad variable. Los tejidos más sensibles son: la médula ósea, la mama y las glándulas tiroideas. El periodo de latencia es de dos a cinco años para la leucemia aguda, y de cinco a diez años para la mayor parte de los tumores sólidos. Existe una mayor incidencia de leucemia en los pacientes que han recibido radioterapia por procesos neoplásicos y de cáncer tiroideo en niños irradiados por aumento del tamaño del timo.

La radiación solar, resultante de la exposición frente a la radiación electromagnética procedente del sol, es el principal factor de riesgo para el cáncer de la piel. La comprobación de esta relación se ha obtenido en diferentes estudios epidemiológicos y experimentales. El cáncer de piel es infrecuente en personas de raza negra y en grupos raciales con pigmentación cutánea intensa, mientras que es más frecuente en las personas de piel clara.

Tabaco. En numerosos estudios epidemiológicos se ha mostrado que el principal agente carcinógeno en nuestro ambiente es la inhalación del humo del tabaco. La incidencia del cáncer del pulmón es más de 10 veces superior en los varones que consumen cigarrillos que en los que no fuman. Además, el consumo del tabaco se asocia con una mayor frecuencia de cáncer de cavidad bucal, esófago, riñón, vejiga y páncreas. En el humo del tabaco existe una sustancia en forma de partículas, denominada "alquitrán", que contiene una larga lista de productos químicos, principalmente hidrocarburos policíclicos, que han demostrado ser experimentalmente, carcinógenos de contacto. Además, la activación metabólica de los

componentes del tabaco, pueden producir carcinógenos con capacidad para actuar sobre las células de órganos internos. Los tumores relacionados con el tabaco causan la tercera parte de las muertes en el grupo de varones de Estados Unidos, y más del 10% de todos los fallecimientos por cáncer en mujeres. Por desgracia esta cifra está aumentando cada vez más en el sexo femenino. Se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas potencia la incidencia de neoplasias debidas al humo del tabaco. La ausencia del tabaco y del alcohol puede desempeñar un papel etiológico en el carcinoma hepatocelular.

Para Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., y Kasper, D. (1994), la intervención más eficaz que se puede realizar en el momento actual no es una aplicación de la investigación en genética molecular, sino la abstinencia en el consumo del tabaco. Dejar de fumar redundará en una disminución gradual del riesgo, de forma que al cabo de diez a quince años los exfumadores presentan un riesgo casi similar a los no fumadores en lo relativo al cáncer de pulmón.

Exposición profesional a cancerígenos. La primera observación de cáncer relacionado con exposición profesional fue realizada por Percival Pott en los limpiadores de chimeneas de Londres en 1775, en los que detectó una frecuencia inusualmente elevada de cáncer de escroto. En la actualidad se sabe que el cáncer de piel (incluyendo el escrotal) puede estar producido por exposición a productos alquitranados, como los materiales de desecho de las chimeneas de Londres. En estudios epidemiológicos se ha demostrado también que el cáncer de pulmón está relacionado con la exposición a los productos alquitranados. Los cancerígenos químicos, entre ellos los componentes del humo del tabaco, pueden desempeñar dos papeles en la carcinogénesis: como mediadores de las mutaciones genéticas y como promotores de la proliferación celular que llevan mutaciones genéticas.

Contaminación ambiental. Se sabe que la incidencia de cáncer de pulmón aumenta con la incidencia de cigarrillos y por la exposición a ciertos ambientes industriales y laborales (principalmente los relacionados con productos alquitranados y con productos intermedios de la combustión). Después de controlar los factores que provocan esta exposición, los datos epidemiológicos que relacionan la contaminación del aire ambiental con el cáncer de pulmón no son concluyentes. Resultan complicados los estudios de correlación entre la incidencia de cáncer de pulmón y el aumento en los niveles de hidrocarburos policíclicos y de benzopireno en el aire de las ciudades, por las dificultades para eliminar la contribución de la exposición a estos compuestos mediante el consumo de cigarrillos y mediante la exposición profesional.

Fármacos. Se ha demostrado que ciertos fármacos y hormonas tienen capacidad carcinógena. El estrógeno no esteroideo sintético dietilestilbestrol (DES), que se utilizó durante un tiempo para disminuir la incidencia de abortos en mujeres embarazadas, provocó un aumento en la incidencia de cáncer cervical y vaginal en las hijas de las mujeres que lo tomaron. Se ha demostrado que los estrógenos conjugados incrementan la incidencia de cáncer endometrial en pacientes tratadas con sintomatología menopáusica.

Dieta. El papel desempeñado por la dieta y la nutrición en la carcinogénesis ha sido objeto de numerosos estudios de investigación y ha producido controversia ya que existen diversas hipótesis sobre ésta, algunas de estas hipótesis han dado como resultado normas heterodoxas del tratamiento del cáncer, que no están basadas en datos científicos. Por otro lado, existen normas dietéticas que parecen permitir una buena nutrición y que es probable que disminuyan el riesgo de cáncer:

1. Disminuir la ingestión de grasa, saturada e insaturada, desde su actual nivel medio (40%) hasta un 30 % de la energía total de la dieta.
2. Incluir frutas (especialmente cítricos), hortalizas (sobre todo ricas en carotenos y crucíferas), así como cereales integrales (fibras en la dieta diaria); estos alimentos aportan cantidades adecuadas de vitaminas A y C, así como suficiente fibra como para que no sean necesarios los suplementos dietéticos.
3. Disminuir el consumo de alimentos ahumados.
4. Consumir con moderación bebidas alcohólicas debido a que incrementan el riesgo de ciertos tumores especialmente en combinación con el consumo de cigarrillos.

Con respecto a esto diversos estudios epidemiológicos han sugerido que una elevada ingestión de grasas se asocia con un aumento del riesgo de cáncer en varias localizaciones, entre las que se encuentran la mama y el colon, esto es debido al aumento de la adiposidad, lo que influye sobre la carcinogénesis en la mama; además se produce una estimulación de la excreción de las sales biliares, lo que podría alterar la flora intestinal y, por tanto, incrementar la producción de sustancias carcinógenas por parte de las bacterias del colon. (Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., y Kasper, D., 1994).

- Determinación del estadio de cáncer

La determinación del estadio de un paciente con cáncer implica la detección del grado de extensión anatómica del tumor, tanto en su localización primaria como en sus localizaciones metastásicas (Lazcano Ponce, Hernández Ávila, 1997). Este proceso tiene una importancia crucial en el tratamiento clínico debido a varias razones:

1. El plan terapéutico óptimo para cada paciente se selecciona según el estadio del proceso.
2. Al determinar la presencia de metástasis precoces, el tratamiento administrado puede incrementar la posibilidad de curación o bien retrasar la aparición de síntomas cuando la curación no es posible.
3. El estadio aporta información que le permite al médico valorar mejor el pronóstico del paciente.

Debido a que la mitad de los casos de cáncer no se pueden curar con las modalidades terapéuticas existentes, y a los rápidos avances que se están efectuando en el campo de la terapéutica antineoplásica, el tratamiento de un paciente concreto puede implicar la utilización de fármacos nuevos o de procedimientos experimentales que se estén valorando en relación con sus grados de toxicidad y eficacia.

La determinación del estadio para valorar la extensión del proceso es esencial a la hora de evaluar los factores que influyen sobre los resultados de estas nuevas formas de tratamiento.

La extensión anatómica de la enfermedad se debe describir y comunicar a otros profesionales de la salud mediante una nomenclatura estandarizada y que se conoce como sistema de TNM. Los tres elementos de que consta este sistema son el tumor primario, los ganglios linfáticos regionales y las metástasis. Los detalles de la clasificación fueron elaborados por la International Union Against Cancer (UICC) y por el American Joint Committee for Cancer Straging (AJCCS), que son mencionados por los siguientes autores: Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., y Kasper, D., (1994).

Sistema de TNM de estadios anatómicos.

T: tumor primario

T0 Signos de tumor primario.

T1-4 Aumento creciente del tamaño del tumor y de la afectación .

N: Ganglios linfáticos regionales

NO Sin signos de afectación de los ganglios linfáticos.

N1-4 Grados crecientes de afectación ganglionar.

M: Metástasis a distancia

MO Sin signos de metástasis.

M1-4 Grados crecientes de afectación metastásica.

Existe una escala de subcategorías que se clasifican del 0 al 4 para cada una de las tres características tumorales que aparecen en la tabla que predicen la evolución clínica. El tumor primario se clasifica por su tamaño y por la afectación local que produce. La afectación de los ganglios linfáticos se estratifica típicamente por la diseminación a localizaciones situadas a distancia variable de la lesión primaria, y por el número de ganglios linfáticos afectados. La información más importante en relación con las metástasis es su presencia o ausencia. Los detalles de estratificación dentro del sistema TNM son diferentes en cada tipo de tumor y deben ser individualizados. Estos detalles dependen de los patrones característicos de crecimiento y de los patrones de drenaje linfático de los tumores situados en los distintos órganos.

Típicamente, el estadio del tumor se divide en tres o cuatro categorías. Para cada tipo de tumor, se asignan las diferentes designaciones T, N y M en cada uno de los cuatro estadios con objeto de separar grupos que se correlacionen con los datos de pronóstico y de respuesta clínica frente al tratamiento.

Con respecto a la categorización de la enfermedad se han dado estas nomenclaturas, pero es sin lugar a dudas la prevención la mejor arma en la lucha contra el cáncer. Por lo que más adelante se expondrán algunas herramientas para su prevención. Pero ¿Qué es el cáncer cervicouterino?, a continuación se detalla brevemente.

- ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino, es una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El

cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina, o sea, el canal de nacimiento.

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un periodo de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales, a este proceso se le conoce como displasia. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

En general no hay síntomas asociados con el cáncer cervicouterino, por lo cual el médico debe hacer una serie de pruebas para buscar el cáncer. La primera prueba es la de Papanicolaou, que se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, pero generalmente no siente dolor.

Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido. Este procedimiento se conoce con el nombre de biopsia del cuello uterino. Dicha muestra es observada a través del microscopio para ver si hay células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono, o sea una conización, la paciente quizás tenga que ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

- Etapas del cáncer cervicouterino

Una vez detectado, el cáncer cervicouterino, se realizarán pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por etapas. El médico necesita saber la etapa de la enfermedad para planear el tratamiento adecuado. Las etapas del cáncer son clasificadas en diferentes formas, por lo que a continuación se mencionarán 2 clasificaciones diferentes para el cáncer cervicouterino.

- Clasificación por etapas del cáncer cervicouterino:

Etapas 0 o carcinoma in situ

El carcinoma in situ es un cáncer en su etapa inicial. Las células anormales se encuentran solo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Etapas I

El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

Etapas IA: Una cantidad muy pequeña de cáncer que solo es visible a través del microscopio se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.

Etapas IB: Una cantidad mayor de cáncer se encuentra en el tejido del cuello uterino.

Etapas II

El cáncer se ha diseminado a regiones cercanas, pero aun se encuentra en la región pélvica.

Etapas IIA: El cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

Etapas IIB: El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Etapas III

El cáncer se ha diseminado a toda la región pélvica. Las células cancerosas pueden haberse diseminado a la parte inferior de la vagina. Las células también pueden haberse diseminado para bloquear los tubos que conectan los riñones a la vejiga (los ureteres).

Etapas IV

El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Etapas IVA: El cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto (órganos cercanos al cuello uterino).

Etapas IVB: El cáncer se ha diseminado a órganos distales como los pulmones.

Recurrente

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (reaparecido) después de haber sido tratado. Puede volver al cuello uterino o a otro lugar.

- Clasificación por Neoplasias.

Richart, 1980, citado por la Organización Mundial de la Salud, GINEBRA, 1993, utiliza el término genérico de Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina (NIC), en lugar de los términos displasia y carcinoma in situ. A continuación se presenta un cuadro con la comparación de las dos definiciones.

Clasificación histopatológica de las lesiones preinvasoras del cuello uterino.	
Clasificación descriptiva	Clasificación de la neoplasia intraepitelial Cerviouterina (NIC)
Displasia ligera	NIC I
Displasia moderada	NIC II
Displasia intensa	NIC III
Carcinoma in situ (CIS)	NIC III
Carcinoma microinvasor	No hay equivalente NIC
Carcinoma invasor	No hay equivalente NIC

La clasificación NIC, se diferencia en las etapas de la I a la V, con el examen del papanicolaou. Recientemente se ha propuesto una nueva revisión de las categorías, en la que se combina la displasia ligera (NIC I) con lesiones citológicas correspondientes a la infección por el papilomavirus humano (PVH) en una categoría denominada de lesiones intraepiteliales escamosas de grado bajo, combinando la displasia moderada (NIC II) y la displasia intensa y el carcinoma in situ (NIC III) en otra categoría denominada de lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto, con el objeto de simplificar las recomendaciones relativas al manejo de los casos, esto según el National Cancer Institute Workshop, 1989, citado por la Organización Mundial de la Salud, GINEBRA, 1983. Este sistema recibe el nombre de Sistema de Notificación Citológicas de Bethesda.

Según Miller (1991), se ha podido evaluar la evolución de las lesiones diagnosticadas con distintos grados de displasia, comenta que la mayor parte de los casos de displasia citológica no avanza hacia lesiones más graves, por lo cual realizar detecciones

a mujeres muy jóvenes puede significar una pérdida de recursos valiosos en el tratamiento de una lesión que muy probablemente desaparecerá.

Como lo comenta el Dr. Miller (1993), parece poco creíble la idea de que el Carcinoma In Situ (CIS) pueda regresar, por que en general se considera que el término carcinoma se refiere a una lesión progresiva. Sin embargo, la adición del término *in situ* está destinada a implicar que la lesión no ha manifestado todavía uno de los signos característicos de la malignidad, o sea, la capacidad de invadir el tejido vecino y de difundirse, primero localmente y a través del sistema linfático, y en una fase ulterior por la corriente sanguínea. Cuando se produce la muerte, es habitualmente el resultado de complicaciones de la reaparición local. De hecho, el término carcinoma utilizado en éste contexto es erróneo y conviene tener en cuenta que el CIS es un precursor del cáncer invasor, que puede curarse si se trata correctamente y que incluso, en algunos casos, puede regresar si se deja sin tratamiento.

Existe un estudio cuidadoso de los datos procedentes de programas de detección en América del Norte, y en particular en Canadá, que avalan la posibilidad de que algunas de las lesiones no progresen y vuelvan a la normalidad. El laboratorio de la Colombia Británica, realizó un programa de detección con base en la población de los años cincuenta. El estudio de estos registros de las mujeres examinadas en ese programa muestra que el número de casos de CIS diagnosticados era muy superior al que podría corresponder a los casos de cáncer invasor que existían en la población. Aunque parte de ellos podían explicarse por el número de casos de CIS que permanecían sin modificar (medidos por la prevalencia del CIS en las mujeres sometidas a la detección por primera vez), existía una discrepancia alta (el intervalo en aumento), entre la incidencia acumulativa del CIS y la incidencia acumulativa del cáncer invasor unida a la prevalencia del CIS. Sólo hay tres explicaciones del intervalo en aumento: un error en la estimación de la incidencia o la prevalencia del CIS, un riesgo mucho mayor de cáncer cervicouterino en las mujeres jóvenes que en las mujeres de mayor edad (ya que la incidencia del CIS corresponde sobre todo a mujeres jóvenes y la del cáncer invasor a las de mayor edad) o la regresión del CIS. (Miller, 1993).

Para cualquiera de los casos la detección oportuna es la mejor opción. A continuación se presentan algunas formas de tratamiento para el cáncer cervicouterino.

- Tratamiento del cáncer cervicouterino. (CaCu)

Para realizar una mejor atención de la enfermedad, es necesario antes de instituir el tratamiento, que el diagnóstico histológico sea preciso, y es necesario que se cuente con la extensión exacta de la lesión. Se han empleado diversas técnicas para tratar la Neoplasia Cervical Intrauterina (NCI), entre ellas: extirpación quirúrgica, criocirugía y vaporización con láser. En su mayor parte estas técnicas se pueden efectuar con la paciente como externa, lo que es una de las principales finalidades del tratamiento de esta enfermedad. Es necesario efectuar vigilancia citológica a intervalos aproximados de tres meses durante un año. Es conveniente la resección en los siguientes casos:

1. Cuando no se tienen pruebas de cáncer microinvasor o invasivo en la citología, el legrado endocervical o en la biopsia.
2. Cuando la lesión está localizada en el endocérnix, y se puede ver completa.
3. Cuando no se tiene afectación del endocérnix, habiéndose realizado una colposcopia y el legrado endocervical.

El médico puede emplear uno de varios tipos de cirugía disponibles para el carcinoma in situ con el fin de destruir el tejido canceroso:

-La crioterapia, consiste en la destrucción del epitelio superficial del cuello uterino al cristalizar el agua intracelular, que es el fenómeno que destruye la célula. La temperatura utilizada es entre -20° y -30° C y el gas empleado para este procedimiento es el Oxido Nitroso.

-La Congelación, Descongelamiento y Congelación, consiste en lograr una esfera de hielo de 5mm más allá del borde de la sonda.

La crioterapia se considera recomendable en las siguientes condiciones:

- Cuando se presente NCI de los grados 1 a 2
- En lesión pequeña
- Con localización solo endocervical
- Con legrado endocervical negativo
- Cuando no se presente afección de las glándulas endocervicales en la biopsia

-La cirugía con rayo laser consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas. El tratamiento láser deberá emplearse durante la primera semana que sigue al periodo menstrual.

En las pacientes en las cuales se ha descartado cáncer invasivo, puede verse toda la lesión y son negativos los resultados del legrado endocervical, es recomendable la vaporización con láser, y es aplicable en las siguientes situaciones:

- Grandes lesiones que no puede cubrir de manera eficiente la criosonda.
- Cuello uterino irregular con respecto de "boca de pescado" y surcos profundos.
- Extensión de la enfermedad hasta la vagina.
- Lesiones con afectación glandular extensa en las cuales el tratamiento debe ir mas allá del surco glandular más profundo.

El médico puede extraer el cáncer empleando una de las siguientes operaciones:

-La conización: consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. La conización puede emplearse para extraer un pedazo de tejido para hacer una biopsia.

Está indicada la conización en las siguientes condiciones:

-Para Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Grado Elevado (LIEGE), según la prueba del Papanicolaou.

- Si no se pueden visualizar los límites de la lesión durante la colposcopia
- Si no se observa durante la colposcopia la unión escamocelular
- Si los datos histológicos del legrado endocervical son positivos para la NCI 2 a la del tipo 3.
- Si no hay correlación entre los resultados de citología, biopsia y colposcopia.
- Si se sospecha la microinvasión con base en los resultados de biopsia, colposcopia o citología.
- Si el colposcopista es incapaz de descartar la presencia de cáncer invasivo.

Otra opción es que el médico realice un procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés) para extraer el tejido anormal. El LEEP usa una corriente eléctrica pasada por un aro de alambre delgado que sirve como cuchilla. También puede usarse un rayo laser como cuchilla para extraer el tejido.

-La histerectomía es una operación en la cual se extrae el útero y el cuello uterino además del cáncer. Si el útero se extrae a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Si se extrae mediante un corte (incisión) en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. A veces los ovarios y las trompas de Falopio también se extraen; este procedimiento se llama salpingoforectomía bilateral.

-La histerectomía radical es una operación en la cual se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extrae los ganglios linfáticos de la región. Este procedimiento se denomina disección de los ganglios linfáticos. (Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).

La histerectomía se considera un procedimiento válido y apropiado para tratar las siguientes neoplasias:

- Microinvasión.
- NIC en los límites del ejemplar de conización.
- Poca obediencia de la paciente para la vigilancia.
- Otros problemas ginecológicos que requieren histerectomía como fibroides, prolapso, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Fobia al cáncer.

-Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, el médico puede extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina. Este procedimiento se llama excenteración y raramente se necesita. A veces es necesaria la cirugía plástica para formar una vagina artificial después de esta operación.

-La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una maquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o se puede derivar de materiales que producen radiación (radioisótopos) a través de tubos plásticos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radiación interna). La radioterapia puede emplearse sola o además de cirugía.

-La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Puede tomarse en forma de píldoras o se puede depositar en el cuerpo por medio de una

aguja introducida en la vena. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del cuello uterino.

A continuación se expondrá el tratamiento por etapas.

Los tratamientos para el cáncer cervicouterino dependen de la etapa en que se encuentra la enfermedad, del tamaño del tumor, y de la edad de la paciente, su estado de salud general y su deseo de tener hijos. El tratamiento del cáncer del cuello uterino puede ser postergado durante el embarazo dependiendo de la etapa en que se encuentre el cáncer y el progreso del embarazo.

Se pueden recibir tratamientos estándares, cuya eficacia ya ha sido probada en pacientes que participaron en pruebas anteriores o se puede optar por participar en un ensayo clínico. No todas las neoplasias se curan con la terapia estándar y algunos tratamientos estándar podrían tener más efectos secundarios de los deseados. Por estas razones, los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar al cáncer y se basan en la información más actualizada.

CÁNCER CERVICOUTERINO ETAPA 0

El cáncer cervicouterino en etapa 0 a veces también se conoce como carcinoma in situ.

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Conización.

Cirugía con rayo láser.

Procedimiento de excisión electroquirúrgica (LEEP).

Criocirugía.

Cirugía para eliminar el área cancerosa, el cuello uterino y el útero (histerectomía total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

CÁNCER CERVICOUTERINO ETAPA I

El tratamiento puede ser uno de los siguientes, dependiendo de la profundidad a la cual las células del tumor hayan invadido el tejido normal:

Para el cáncer en etapa IA:

1. Cirugía para extirpar el cáncer, el útero y el cuello uterino (histerectomía abdominal total). Los ovarios también pueden extraerse (salpingoforectomía bilateral), pero generalmente no se extraen en mujeres jóvenes.

2. Conización.

3. Para tumores con invasión mas profunda (3-5 milímetros): cirugía para extraer el cáncer, el útero, el cuello uterino y parte de la vagina (histerectomía radical), junto con los ganglios linfáticos en la región pélvica (disección de ganglios linfáticos).

4. Radioterapia interna.

Para el cáncer en etapa IB:

1. Combinación de radioterapia interna y externa.

2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos con radioterapia o sin ella.

CÁNCER CERVICOUTERINO ETAPA II

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IIA:

1. Combinación de radioterapia interna y externa.

2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos seguidas de radioterapia.

Para el cáncer en etapa IIB:

1. Combinación de radioterapia interna y externa.

2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia con quimioterapia o sin ella.

CÁNCER CERVICOUTERINO ETAPA III

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Combinación de radioterapia interna y externa.

2. Pruebas clínicas con nuevas formas de radioterapia con quimioterapia o sin ella.

CÁNCER CERVICOUTERINO ETAPA IV

El tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Para el cáncer en etapa IVA:

1. Combinación de radioterapia interna y externa.

2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia con quimioterapia o sin ella.

Para el cáncer en etapa IVB:

1. Radioterapia para aliviar síntomas como el dolor.

2. Quimioterapia.

CÁNCER CERVICOUTERINO RECURRENTE

Si el cáncer ha vuelto (reaparecido) a la pelvis, el tratamiento puede ser uno de los siguientes:

Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o la vejiga (dependiendo del lugar a donde se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, el útero y la vagina (excenteracion).

Radioterapia y quimioterapia.

Si el cáncer ha vuelto fuera de la pelvis, el paciente puede decidir ingresar a un ensayo clínico de quimioterapia sistémica.

En cuanto a los diferentes tratamientos se mencionaron los comúnmente más usados, pero realmente la forma para combatir esta enfermedad es la detección temprana a través del examen del Papanicolaou, que a continuación se explica.

- ¿Qué es el examen del Papanicolaou?

El método más ampliamente usado para el diagnóstico temprano y oportuno del cáncer fue desarrollado inicialmente hace más de 60 años, no es doloroso, es fácil de efectuar y tiene una alta efectividad a un costo relativamente bajo. Es la citología exfoliativa cervicovaginal (o frotis cervicovaginal o prueba de Papanicolaou (PAP)).

George N. Papanicolaou hizo en 1928 la observación incidental de que en extendidos de células tomadas de la vagina humana pueden encontrarse células derivadas del cuello uterino. En 1939 Papanicolaou fue capaz de identificar en los extendidos células cancerosas, en pacientes con cánceres del útero sin otras manifestaciones de la enfermedad. Posteriormente el método se perfeccionó al tomar las muestras directamente del cérvix y no sólo de la vagina.

Actualmente existen tres sistemas de clasificación citológica, los cuales se exponen a continuación en la siguiente tabla:

COMPARACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN CITOLÓGICA.

SISTEMA DE BETHESDA	SISTEMA DE DISPLASIA Y NIC	SISTEMA DE PAPANICOLAOU	
Dentro de límites normales	Normal	I	
Infección (Debe especificarse el microorganismo)	Atipia inflamatoria (microorganismo)	II	
Cambios reactivos y de reparación			
Anomalías de células escamosas			
Células escamosas atípicas de importancia no determinada	Atipia escamosa	IIR	
	Atipia por PVH		
Lesión intraepitelial escamosa de grado bajo (LIEGB)	Displasia leve	NIC 1	
Lesión intraepitelial escamosa de grado elevado (LIEGE)	Displasia moderada	NCI 2	III
	Displasia grave	NCI 3	IV
Carcinoma de células escamosas	Carcinoma in situ Carcinoma de células escamosas		V

* Tomado de "Ginecología de Novak" Berek J., Hillard P., Adashi P., (1996)

En 1989, un taller del National Cancer Institute (NCI), que se llevó a cabo en Bethesda, Maryland, dio por resultado el desarrollo del Sistema Bethesda para notificación citológica, con la finalidad de tener un método estándar. En el sistema Bethesda, las lesiones escamosas potencialmente premalignas corresponden a tres categorías: células escamosas atípicas de importancia no determinada (CEAIND), lesiones intraepiteliales escamosas de grado bajo (LIEGB) y lesiones intraepiteliales escamosas de grado elevado (LIEGE). La lesión intraepitelial escamosa de grado bajo incluye a la NCI I (displasia leve), y los cambios del PVH que se han denominado atipia coliocitótica. Las lesiones intraepiteliales escamosas de grado elevado abarcan a las NCI 2 y 3 (displasia moderada, displasia grave y carcinoma in situ). (Berek J., Adashi E., Hillard P., 1996).

El cáncer no se inicia de repente, sino que tiene toda una evolución previa a partir de lesiones precursoras o precancerosas (no son cáncer pero, si se dejan evolucionar hay altas probabilidades que se conviertan en cáncer destructivo y mortal). Estas lesiones

precursoras y los cánceres iniciales son las lesiones que deben de diagnosticarse con el Papanicolaou, ya que son 100% curables.

Numerosos estudios epidemiológicos han involucrado a través de los años una gran variedad de agentes como factores de riesgo para el desarrollo del Cáncer Cervicouterino (CaCu). Sin embargo, desde hace mucho tiempo se ha postulado que se trata de una enfermedad causada por un agente infeccioso transmitido por vía sexual. (Bernal 1974, citado por Lizano M. y García Carrancá, 1998).

Las evidencias sugieren que el número de parejas y la edad del primer contacto sexual son factores de riesgo independientes, tanto para la neoplasia intraepitelial como para el carcinoma invasor. Se piensa que probablemente el cérvix adolescente es más susceptible a generar una infección persistente, que muchos años después pueda terminar en una neoplasia. Debido a los cambios hormonales de la edad adolescente y a la metaplasia que ocurre en la Zona de Transformación (ZT), se especula que en una temprana edad del primer contacto sexual puede incrementar la sensibilidad de los efectos de un agente transmitido sexualmente. (Reeves y cols. 1985, citado por Lizano M. y García Carrancá, 1998).

Hay una relación importante entre el comportamiento sexual masculino y la aparición de cáncer cervicouterino en su pareja, e incluso sugieren los investigadores arriba citados que el riesgo para desarrollar el Cáncer Cervicouterino (CaCu), en mujeres monógamas tiene qué ver con el número de parejas sexuales que han tenido sus compañeros.

Existe una gran correlación entre el virus del papiloma humano o papilomavirus humano con relación al cáncer cervicouterino.

Los virus son organismos ultramicroscópicos que infectan células para poder subsistir, el Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus que está relacionado con el desarrollo de lesiones pre-cancerosas en el cuello de la matriz (NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL) y en otras partes del aparato reproductor femenino y masculino, el virus generalmente se transmite por contacto sexual, afecta el tracto reproductor tanto masculino (pene, uretra y hasta próstata) como femenino (cérvix, vagina y vulva) en el hombre es de difícil diagnóstico (se usan muestras del meato uretral); en la mujer es más fácil diagnosticarlo por un frotis cervicovaginal.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) tiene varios subtipos. Aunque el número de tipos de VPH genitales conocidos excede en la actualidad de 20, solo ciertos tipos constituyen cerca del 90% de las lesiones intraepiteliales de grado elevado y de cáncer (tipos del VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58). El 16 es el tipo de VPH más frecuente en el cáncer invasivo y en las NIC 2 y 3, y se encuentra en 47 % de las mujeres de ambas categorías. También es el tipo de VPH más frecuente en las mujeres con citología normal. Desafortunadamente el VPH 16 no es muy específico, porque se puede encontrar en 16 % de las mujeres con lesiones de grado bajo y hasta en 14% de las mujeres con citología normal. El VPH 18 se encuentra en 23% de las mujeres con cánceres invasivos, 5% de las mujeres con NIC 2 y 3, 5% de las mujeres con VPH y NIC 1, y en menos de 2 % de las pacientes con datos negativos (Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A., y Kasper, D., 1994). Por lo tanto, el VPH 18 es más específico de los tumores invasores que el VPH 16, y la probabilidad de desarrollar en un futuro neoplasia cervical depende en parte del subtipo de virus presente.

Desde que se aisló por primera vez el ácido nucleico (DNA) de un VPH de células derivadas de un CaCu, un gran número de investigadores han confirmado el papel que tienen estos virus en la carcinogénesis del cuello uterino. (Lizano M. y García Carrancá, 1998).

El VPH se asocia claramente tanto con las lesiones intraepiteliales del cérvix (lesiones precursoras), como con el carcinoma invasor. Se ha observado que el genoma de algunos tipos de VPH, denominados de "alto riesgo", se encuentra en más del 90% de las lesiones precursoras y de cáncer invasor. En contraste los VPH de "bajo riesgo" se encuentran predominantemente en los condilomas vulvovaginales frecuentes y también en los condilomas exofíticos del cérvix poco comunes. (Lizano M. y García Carrancá, 1998).

Recientemente, se detectó la presencia de algún tipo de VPH en más del 93% de los tumores invasores del cérvix. Algunos estudios demuestran que hasta el 28% de todas las mujeres pueden tener infecciones ocultas por VPH. Sin embargo, no son aún claros los mecanismos precisos mediante los cuales una infección oculta evoluciona hasta una lesión intraepitelial, que posteriormente avanza a cáncer invasor. (Lizano M. y García Carrancá, 1998).

Se han propuesto algunos factores que influyen en el desarrollo y la historia natural de las lesiones intraepiteliales asociadas a estos virus e incluyen: el tipo de VPH, la situación inmunológica de la mujer, el tabaquismo, el estado hormonal, el estado particular de la ZT y la edad. El desarrollo de una lesión precancerosa del cérvix involucra varios eventos, la exposición a algún tipo de VPH de "alto riesgo", que probablemente produce una lesión inicial del epitelio escamoso en la ZT, seguido por alteraciones morfológicas y biológicas de las células infectadas por el VPH. Aunque en este proceso no es clara la interacción entre VPH y los genes celulares, algunos estudios apoyan la participación de alteraciones de oncogenes celulares, para que se produzca un cáncer invasor.

En la década de los 70' se reconoció que los VPH podrían tener un papel en el desarrollo de las neoplasias cervicales. El DNA del primer VPH genital que se describió fue el del VPH-6, el cual se detectó en una verruga genital y posteriormente se clonó y caracterizó, esto permitió el aislamiento del DNA de un VPH muy relacionado en papilomas de laringe y de verugas genitales, y después el DNA de dos tipos virales relacionados VPH 16 Y 18, directamente de biopsias de cáncer de cérvix.

Los VPH son especie-específicos y tejido-específicos, pues inducen proliferaciones epiteliales benignas o malignas de la piel y las mucosas de los humanos. La infección productiva se divide en varias etapas, que dependen del estado de diferenciación de las células epiteliales en cuestión. Las células de la capa basal que proliferan, a pesar de que contienen DNA de VPH, parecen ser poco activas en la expresión de algunas proteínas virales. Aparentemente existen factores celulares que regulan negativamente la transcripción viral en estas células, el escenario cambia cuando las células infectadas migran hacia arriba del epitelio y empieza la transcripción activa de secuencias virales tempranas y tardías, se sintetizan proteínas virales y las partículas virales se ensamblan en algunas de las células superficiales.

Se sabe que la mayoría de las mujeres infectadas con VPH son capaces de controlar la infección viral y nunca desarrollarán cáncer del cuello uterino. Como se comentó anteriormente, solo algunas de ellas desarrollarán neoplasias intraepiteliales y en una gran proporción, aún en los casos de aquellas que están infectadas con algún tipo de VPH de alto riesgo, las lesiones se revertirán espontáneamente.

El conocimiento del comportamiento biológico de las variantes de VPH, tiene implicaciones importantes para el diseño de vacunas, pero sin duda la herramienta más

viable para combatir la enfermedad es la detección por medio del examen citológico del Papanicolaou.

El Papanicolaou sólo diagnostica la presencia del virus, para conocer el subtipo de virus hay que realizar estudios más complejos de biología molecular. Cuando se detecta este tipo de infección hay que erradicarla para evitar su progresión hacia lesiones precancerosas y cáncer, tanto en el hombre como en la mujer.

Ya que conocer las características de las mujeres propensas a presentar el CaCu, saber bajo que lineamientos y en que momento es necesario realizarse el examen del Papanicolaou, así como la forma en que se toma la muestra son vitales para que la mujeres se permitan practicarse el examen, a continuación se presenta la siguiente información.

1. Características que presentan las mujeres más propensas a tener cáncer cervicouterino:

- Si la paciente tuvo relaciones sexuales con varios hombres en el transcurso de su vida, o si comenzó a tener relaciones sexuales a una edad temprana.
- Si en el pasado alguna prueba del Papanicolaou ha revelado la presencia de células anormales.
- Si se encuentra entre los 40 y los 55 años de edad.
- Después de la menopausia con incidencia máxima entre los 50 y 60 años.
- Multiparidad.
- Si ha tenido infecciones vaginales frecuentes, transmitidas por relaciones sexuales (tales como Herpes simple, tipo II; y condiloma).
- Si ha tenido tumores de ovario.
- Si tiene alteraciones menstruales.
- Infertilidad.
- Falta de ovulación.
- Historia familiar de cáncer.
- Si la madre de la paciente tomó hormonas para prevenir el aborto mientras estaba embarazada.

2. El examen del Papanicolaou debe realizarse según los siguientes lineamientos:

- A los 18 años o antes si la paciente ha comenzado sus relaciones sexuales; o si es o ha sido sexualmente activa.

- Una vez al año de preferencia, si el estudio es normal.
- En otros países se ha sugerido dejar de realizar el estudio a partir de los 50 años. El alto número de mujeres mayores de esta edad con neoplasia cervical en nuestro país obliga a mantener una conducta activa de búsqueda de la lesión independientemente de la edad.
- Si la paciente sangra por la vagina de una manera anormal en los casos siguientes: (1) entre una menstruación y otra; (2) después de tener relaciones sexuales; (3) después de hacerse un lavado vaginal.
- Si la menstruación dura demasiado tiempo o si el sangrado es mayor de lo normal.
- Si la paciente está en la menopausia o se ha hecho una histerectomía, deberá continuar realizándose con regularidad.

3. El examen debe realizarse en los siguientes momentos:

-Debido a que la sangre de la menstruación puede modificar los resultados de la prueba del Papanicolaou, el momento ideal para hacer la prueba es entre los 10 y 20 días después de haber comenzado la menstruación, o sea hacia la mitad del ciclo, cuando las hormonas femeninas están en altos niveles y facilitan la lectura del extendido.

-Una mujer que ha presentado la menopausia, puede realizarse el estudio en cualquier momento; debe realizárselo con urgencia si ha vuelto a presentar un sangrado anormal.

-El embarazo no contraindica la toma del Papanicolaou.

4. Para la realización del Papanicolaou es necesario:

- No tener relaciones sexuales en las 24 horas anteriores a la toma.
- No administrarse ningún medicamento por vía vaginal en las últimas 24 horas.
- No realizarse lavados vaginales.
- No aplicarse jaleas ni espumas contraceptivas, ya que éstas pueden alterar los resultados de la prueba.

5. La toma se realiza de la siguiente forma:

Normalmente la prueba del Papanicolaou es parte del examen pélvico que realiza el médico, con la frecuencia recomendada por él o ella. La prueba del Papanicolaou es rápida y sencilla. Consiste en los siguientes procedimientos:

- En posición ginecológica, antes de cualquier otro procedimiento o exploración, se coloca un espejo vaginal sin lubricante ya que éste puede interferir con el estudio de las células, y se inspecciona el cuello del útero y se toma una muestra de las células para analizarlas.
- El procedimiento no duele.
- La toma se hace de 3 sitios diferentes:
 - Parte superior y lateral de la vagina.
 - Porción externa del cuello.
 - Porción interna del cuello.

Esta última toma es la más importante, ya que debe abarcar el sitio donde con mayor frecuencia se inician las lesiones previas al cáncer cervicouterino. Si no se recogen células de esta zona, el estudio es inútil para la detección del cáncer.

- Para recoger las células se utilizan instrumentos muy sencillos; desde espátulas de madera, hisopos, cepillos milimétricos o espirales plásticas que suavemente recogen las células.
- Ocasionalmente después de la toma puede presentarse un ligero sangrado, que cede en forma espontánea.
- Las células recogidas deben extenderse cuidadosamente para que se adhieran sobre un delgado vidrio, llamado laminilla o portaobjeto.
- De inmediato, antes que el extendido empiece a secarse, el portaobjeto se sumerge en alcohol al 70% o se rocía con algunos líquidos especiales, llamados en conjunto fijadores, ya que evitan la destrucción normal de las células cuando son separadas del organismo.
- La laminilla se introduce en un sobre o carterita para su manejo y envío. Es importante que la laminilla o el sobre estén identificados con el nombre de la paciente.
- Es esencial que la muestra se acompañe de la mayor cantidad de datos clínicos para una correcta y más completa evaluación. No importa el tiempo que transcurra antes de llegar la muestra al laboratorio, ya que las células fijadas duran indefinidamente.

A cada citología se le asigna un número progresivo de identificación y se registra cada caso en sistema computarizado para control y referencia futura.

El extendido se tiñe con los tres colorantes de Papanicolaou para diferenciar más fácilmente los componentes de las células (núcleo y citoplasma).

Las laminillas ya están listas para su observación microscópica. El citopatólogo deberá revisar todo el extendido (entre 50 mil y 300 mil células) a 100 y a veces hasta 1000 aumentos, para poder detectar anomalías celulares.

Las alteraciones observadas tienen que resumirse en un documento (reporte) útil para la paciente y el médico. El informe debe cubrir tres aspectos: hormonal, microbiológico y morfológico.

-Valoración hormonal

Según la cantidad de hormonas que la mujer tenga circulando en su sangre, el epitelio vaginal se modifica a lo largo del ciclo. Estas modificaciones pueden observarse en las células del frotis y es probable inferir los valores hormonales en el extendido. Puede expresarse esto en función de la presencia porcentual de tres tipos de células, a saber: parabasales, intermedias y superficiales. Esta valoración es aproximada y sólo indicativa. De ninguna manera sustituye a una titulación de hormonas en sangre. Es probable que no se haga la valoración hormonal, sobre todo cuando hay inflamación.

Microbiología

El informe de la porción microbiológica arroja datos sobre la presencia de algún microorganismo inespecífico (bacterias, cocos) o específico (virus del papiloma humano, candida, tricomonas, etcétera)

Informe morfológico

Las maneras de escribir un informe morfológico están encaminadas a describir las observaciones y emitir un diagnóstico de normalidad o anormalidad. La clasificación original de Papanicolaou menciona cinco clases, del I al V.

-Clases I y II son negativas a neoplasia (cáncer o pre-cáncer).

*Clase I "Negativo" o "Normal". En esta clase las células son absolutamente normales y no ha habido cambios en ellas., por lo cual la paciente regresará al año a su nuevo estudio.

*Clase II "Irregular" o "Anormal". Se presenta cuando las células son ligeramente anormales. Una prueba "anormal" se debe muchas veces a una ligera inflamación del cuello del útero. Por lo general, no se indica ningún tratamiento porque muchas de estas células anormales vuelven a ser "normales" (clase I) sin tratamiento médico. Con frecuencia, el médico recomienda que se haga una nueva prueba de Papanicolaou a los tres o seis meses para comprobar si ha habido cambios en las células. El médico podrá hacer una biopsia

para confirmar los resultados de la prueba del Papanicolaou, sobre todo si inicialmente se apreciaron alteraciones celulares severas.

*Clases III "Sospechoso" o Displasia. Cuando las células han cambiado de tal modo que es necesario continuar investigando para determinar el grado de cambio anormal. Es importante tener en cuenta lo siguiente:

-La displasia no es cáncer.

-La evolución de la displasia es imprevisible: a veces mejora sin tratamiento médico; otras veces continúa o empeora. Por eso es muy importante hacerse la prueba del Papanicolaou con regularidad. Las mujeres entre 25 y 35 años de edad corren un riesgo mayor de tener esta enfermedad.

Hay tres "etapas" en la displasia:

- Displasia leve: Presentan células anormales en la superficie del cuello del útero, lo que puede indicar que hay una inflamación. Por lo general se requiere que se repita la prueba del Papanicolaou cada tres o seis meses.
- Displasia moderada: Se encuentra una mayor concentración de células anormales en la superficie del cuello del útero. Suele indicarse el congelamiento para el tratamiento de las células anormales o la terapia con rayos láser. Deberá de hacerse nuevos exámenes de Papanicolaou después de estos tratamientos.
- Displasia grave: En esta displasia ocurren serios cambios en las células de la superficie del cuello del útero. El tratamiento indicado suele ser la conización o biopsia de cono u otros métodos de tratamiento.

-Clases IV y V - Probabilidad de "Carcinoma In Situ" o "Cáncer Invasor". Las clases IV y V corresponden a un resultado "positivo" de la prueba del Papanicolaou, lo que indica la probabilidad de un carcinoma in situ o un cáncer invasor. Sólo mediante una biopsia (muestra del tejido para analizarlo en el laboratorio), se puede determinar qué tipo de células son. Tanto el carcinoma in situ como el cáncer invasor requerirán tratamiento. El carcinoma in situ es un cáncer que por lo general está limitado a la capa superior de las células en la región cervical.

El cáncer invasor es un cáncer más profundo, o, que se ha extendido a tejidos u órganos cercanos. La prueba del Papanicolaou es útil para que el médico haga un

diagnostico del cancer del cuello del utero. pero para estar seguro que en efecto hay cancer, es indispensable hacer una biopsia.

Las reacciones pueden ser diversas cuando se entera que el resultado de la prueba del Papanicolaou es anormal. Algunas mujeres sienten miedo o pánico al principio. Otras se pueden sentir molestas o enojadas. Hay mujeres que ignoran o niegan sus reacciones. Es importante en este momento del tratamiento comentarle a la paciente que es razonable tener este tipo de reacción y también querer compartirla con la familia, amistades o profesionales de la salud, por lo que es de gran importancia diagnosticar y dar un tratamiento a cualquier síntoma en forma inmediata.

- **Prevención del cáncer**

Estudios de prevención del cáncer

Existen estudios clínicos que son investigaciones que se realizan con seres humanos. Los estudios de que previenen el cáncer analizan las maneras de reducir el riesgo, o probabilidad, de desarrollar ciertos tipos de ésta enfermedad. Los estudios de prevención de cáncer se llevan a cabo con personas saludables que nunca la han padecido. También se realizan estudios de prevención con personas que si la han padecido y están tratando de reducir la probabilidad de desarrollar un nuevo tipo de cáncer o de prevenir una reaparición del mismo.

Existen estudios clínicos de prevención del cáncer de dos tipos: los estudios de acción, que se refieren a averiguar si las acciones que toman las personas, tales como hacer más ejercicio o dejar de fumar, pueden prevenir el cáncer y los estudios de agentes (tomar algo) se enfocan en determinar si al ingerir ciertas medicinas, vitaminas, minerales, o alimentos suplementarios (o una combinación de ellos) se puede prevenir el cáncer.

Hay fases en los estudios clínicos. El primer paso es el de la fase I para probar un agente de prevención en personas. En esta fase se identifica cuál es la mejor manera de suministrar el agente del estudio, la dosis, y los efectos secundarios. En la fase II los estudios intentan conocer si el agente tiene un efecto en la prevención del cáncer. La fase III asigna personas al azar, ya sea a un grupo de intervención o a un grupo de control. El grupo de intervención recibe el agente preventivo que se quiere probar y el grupo de control

recibe un agente diferente o un placebo (uno que se parece pero no contiene un ingrediente activo).

A través de la investigación, los científicos esperan determinar qué pasos son efectivos para la prevención del cáncer o de su reaparición. Las personas que participan son hombres y mujeres de todas las edades, razas y antecedentes étnicos.

Para poder participar se necesitan ciertos requisitos y también se tienen diferentes pros y contras para participar. Los Pros de participar son:

- Los estudios clínicos son formulados para contestar preguntas científicas importantes y ayudar a los investigadores a conocer más acerca de la prevención del cáncer.
- Las personas en el estudio obtienen atención médica regular y de alta calidad, de manera que algunos problemas de salud pueden descubrirse tempranamente.
- Es probable que algunas personas en el estudio se beneficien, y el conocimiento acerca del agente del estudio pueda utilizarse para ayudar a otras personas, si es que el agente del estudio es efectivo previniendo el cáncer.

Para participar, también se tienen contras los cuales son:

- No se tienen definidos completamente los efectos secundarios y los riesgos.
- El método que se está probando puede que no prevenga el cáncer.
- Las personas no pueden escoger el método de prevención que reciben.

Las personas que participan en estos estudios necesitan entender lo que involucra, incluso los detalles sobre el método de prevención, las pruebas y los posibles riesgos y beneficios antes de comprometerse a participar en el estudio. Consentimiento informado significa que a las personas se les da la información acerca del estudio para ayudarlas a tomar la decisión de participar o no. Después que se discuten todos los aspectos del estudio, las personas reciben un formulario de consentimiento informado para que lean. Este formulario explica en detalle de qué se trata el estudio. Si están de acuerdo en participar, firman el formulario. Los participantes pueden abandonar el estudio si así lo desean. El investigador les informa a los participantes si durante el estudio se descubren nuevos beneficios, riesgos, o efectos secundarios.

- Los estudios clínicos se revisan cuidadosamente antes de que las personas participen, para cerciorarse de que son seguros y éticamente diseñados.
- Las personas que participan son supervisadas muy de cerca durante y después del estudio. Cada lugar de estudio tiene una Junta de Revisión Institucional que revisa el estudio para la seguridad de los pacientes.

Estas investigaciones son de gran importancia ya que descubren día a día métodos para combatir el cáncer. Y así como se trabaja para encontrar curas a este padecimiento, de igual modo existen reglas para todos los seres humanos, que debemos considerar para el cuidado de nosotros mismos, como es el Código que en 1988, la Comisión de la Unión Europea publicó con diez normas para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer.

Entre los expertos en oncología existe la plena convicción de que el cumplimiento de estos diez mandamientos podrá reducir hasta el año 2010 en un 15 por ciento el número de fallecimientos por cáncer en los países de la Unión Europea.

1. No fumar. Ya que el 90 por ciento de los casos de cáncer de pulmón puede ser atribuido al humo del tabaco. El desarrollo de otras formas de cáncer, tales como el de laringe, lengua y vesícula, también puede ser estimulado por el tabaco. Cuanto menos fume una persona, menor será el riesgo de contraer un cáncer de pulmón. La mejor decisión para un fumador es abandonar por completo el hábito de fumar, y en diez años su riesgo de padecer cáncer sería el mismo que en los no fumadores. Pero en cualquier caso es importante para los fumadores abstenerse de fumar en presencia de niños, mujeres embarazadas, y no fumadores, ya que se sabe con seguridad que el fumar de forma pasiva también constituye un peligro para la salud.

2. Disminuir el consumo de alcohol. La cerveza, el vino, y sobre todo los licores de alto porcentaje favorecen el desarrollo de cáncer en la boca y la garganta. El riesgo de contraer cáncer es mayor para aquellas personas que beben y fuman.

3. Evitar la exposición excesiva a los rayos solares. El sol es una parte esencial de nuestra vida. Su calor y su luz tienen un indudable efecto beneficioso sobre la psique humana. Pero también es indudable que la exposición excesiva y prolongada a los rayos solares — naturales y artificiales— puede favorecer un cáncer de piel.

4. Cumplir con las normas de salud y seguridad. Sobre todo las personas que tengan un puesto de trabajo en el que se fabrique, maneje o se tengan que usar sustancias cancerígenas.

5. Comer fruta fresca y otros productos vegetales así como cereales con alto contenido en fibras. Por ejemplo, pan integral, fruta y hortalizas.

6. Evitar el sobrepeso. Limitar particularmente el consumo de alimentos ricos en grasas.

7. Acudir al médico si se observan inflamaciones anormales, cambios en un lunar o hemorragias anómalas. En la mayor parte de los casos estos síntomas son inocuos, pero también pueden ser un indicio de cáncer; Si se trata a tiempo, existen muchas posibilidades de curarlos.

8. Acudir al médico cuando haya molestias persistentes. Por ejemplo tos crónica, ronquera prolongada, o síntomas gastrointestinales persistentes y, también, en casos inexplicables de pérdida de peso. Tampoco estos síntomas son necesariamente un indicio de cáncer, pero igualmente podrían ser señal de alarma.

9. Asistir una vez al año a un chequeo médico. El cáncer generalmente se puede curar si se diagnostica en una etapa precoz de su desarrollo. Esta es la razón por la que se debe tomar el tiempo necesario para acudir una vez al año a un chequeo médico, que no es ni complicado ni doloroso.

En el caso de ser mujer:

10. Hacerse un frotis vaginal regularmente. Participar en los programas organizados de detección de cáncer de cuello de útero y examinar periódicamente los senos. Si se tiene entre 50 años de edad, participar en los programas organizados de detección precoz del cáncer de mama.

Estas reglas básicas para todos, deben ser el punto angular de nuestra salud, y deben ser tomados en cuenta por todos de un modo serio e inmediato, de igual modo se tienen tres niveles para la prevención del cáncer, los cuales se citan a continuación.

Se han elaborado en prevención del cáncer tres niveles básicos de intervención, que se definen como: "el remover las barreras para lograr la salud y aplicar acciones positivas para promoverla" (Restrepo M., 1990). Tales niveles de prevención son:

-Prevención primaria. Es la prevención del desarrollo inicial de una neoplasia o de su lesión precursora. Esto se logra si una o más causas de la neoplasia son conocidas y si puede reducirse o prevenirse la exposición del agente causal. Se considera como agente a una causa cuya reducción o remoción, dentro de una población, da como resultado una disminución en la incidencia de la enfermedad dentro de tal población.

Las estrategias o medidas que pueden lograr la prevención primaria son:

- Eliminación o neutralización del factor causal, que supone la identificación de agentes carcinogénicos.

- Intervención en la evolución del proceso de carcinogénesis mediante factores moduladores de carcinogenicidad, como: dieta, hormonas y moduladores metabólicos, o agentes antipromotores.

Estas dos estrategias conllevan las actividades de: investigación, legislación y educación.

-Prevención secundaria. En los casos en que se desconozca el o los factores causales y sea inevitable que el proceso de carcinogénesis se desarrolle, como ocurre en muchos tipos de cáncer, se persigue hacer un diagnóstico de la lesión preneoplásica o de la lesión neoplásica en un estadio que permita una intervención terapéutica. La estrategia en este nivel de intervención es el diagnóstico precoz que supone: examen en masa (tamizaje) de grupos de población, métodos diagnósticos que precisen los hallazgos del tamizaje, medidas terapéuticas para revertir o interrumpir el proceso de carcinogénesis y educación.

-Prevención terciaria. Para aquellos casos en que los dos tipos de prevención anteriormente explicados hayan fallado, se plantea un tercer nivel de intervención que tiene como objetivo a las personas que han desarrollado una neoplasia maligna clínicamente manifiesta. Se pretende aquí minimizar el daño y aminorar los efectos adversos. Las estrategias de este nivel de intervención son: diagnóstico oportuno, notificación y registro de casos.

Las actividades que conllevan estas estrategias son:

- Desarrollo de un sistema de búsqueda activa de casos.
- Investigación y disposición de métodos efectivos de terapéutica.
- Educación, asesoría y técnicas de higiene mental para enfermos.

- Desarrollo de métodos de rehabilitación.
- Instauración de registros de cáncer.

Como se mencionó anteriormente, la prevención del cáncer es de suma importancia, ya que la mayor parte de los procedimientos para evitar un cáncer es el cuidado de nosotros mismos, son acciones que cada uno de nosotros podemos hacer por cuidar nuestro organismo y preservar una buena calidad de vida.

Los pacientes con cáncer sufren por la pérdida de su autonomía, de su capacidad laboral, productiva, humana, social e incluso, en las fases terminales su capacidad de movimiento, de motricidad, de cognición, entre muchas otras cosas. Pero a lo que con mayor temor se enfrenta un enfermo de cáncer es al dolor, ya que en México los cuidados paliativos del enfermo con cáncer son todavía muy precarios, por lo tanto si cada uno de nosotros tuviéramos la capacidad para concientizar la importancia que tiene el cuidado de nosotros mismos tendríamos una escala menor en los padecimientos por este mal.

Para las mujeres, el cuidado del cuerpo es de mayor importancia aún, ya que los órganos genitales se encuentran interiormente, por lo que a continuación se darán a conocer algunas herramientas para la prevención del cáncer cervicouterino.

- **Prevención del cáncer cervical**

Para Restrepo (1990) una de las herramientas principales de la prevención del CaCu es la detección temprana, cuya finalidad es encontrar los cánceres o sus precursores cuando aún son pequeños, están localizados y resultan relativamente fáciles de curar. Es posible utilizar procedimientos especiales para examinar enfermos asintomáticos, para el caso del cérvix es el examen del Papanicolaou. Al igual que la prevención primaria, la detección temprana debe llevarse a cabo en gran escala; sin embargo, se puede aumentar la eficacia de los programas si se centra la atención en los grupos de alto riesgo.

Se ha observado una marcada disminución de las defunciones causadas por el cáncer del cuello uterino en varios países en que se han realizado exploraciones citológicas en una escala importante; desgraciadamente muchos de los programas de detección del cáncer cervicouterino abarcan únicamente a una pequeña parte de las mujeres expuestas a esa enfermedad. Es mucho más eficaz someter a reconocimiento a 100,000 mujeres una vez en 10 años que a 20,000 mujeres cada dos años durante el mismo plazo.

Para Restrepo (1990), y demás investigadores el cáncer de cuello uterino es la enfermedad más frecuente en las mujeres de nuestro país.

-De cada 100 mujeres, 1 estaría afectada por este mal.

-Su presentación más frecuente es en mujeres de 35 a 50 años de edad.

-Esta enfermedad tiene una evaluación larga y silenciosa.

-Desde que se inicia hasta que se presentan las primeras molestias pasan 5 a 8 años.

-Este tiempo es valioso, porque en él se pueden realizar fácilmente diagnósticos precoces, con la ayuda del examen de Papanicolaou, que garantiza curaciones en la totalidad de los casos.

Restrepo (1990), sugiere que para prevenir el cáncer cervicouterino es necesario:

1. Despistaje del cáncer de cuello uterino mediante el examen anual de Papanicolaou.
2. Mejorar la higiene personal, empleando agua y jabón.
3. Tratamiento adecuado y rápido de las infecciones vaginales (descensos) y del cuello uterino.
4. Tratamiento rápido de las lesiones sospechosas (inflamaciones, heridas, úlceras) encontradas en el examen de Papanicolaou.

En nuestra comunidad:

5. Difundir la importancia de la prevención del cáncer de cuello uterino mediante charlas motivadoras coordinadas con las organizaciones de la comunidad.
6. Empadronamiento de todas las interesadas en realizarse el examen de Papanicolaou.

Los promotores de la salud deben coordinar con el Centro de Salud de la jurisdicción u otras instituciones para la realización de una campaña de despistaje de cáncer de cuello uterino.

La prevención es la principal herramienta que se tiene para combatir la enfermedad, el camino es arduo, difícil y duro, pero teniendo una perspectivas más amplia en cuanto a nuestra salud se refiere, podremos afrontarla. Sólo con información, conciencia y responsabilidad hacia nosotras mismas.

A continuación se presentan algunas cifras relacionadas con la incidencia del cáncer en México y el mundo a fin de vislumbrar claramente la problemática de la enfermedad por la que cursan países desarrollados y países en vías de desarrollo. (Restrepo Trujillo, 1990).

- Epidemiología del cáncer cervicouterino en México

- En México cada dos horas muere una mujer por cáncer cervicouterino
- 4362 mujeres murieron en México en 1994 por cáncer del cuello uterino (cérvix)
- El registro histopatológico de neoplasias malignas (cánceres) de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud reportó para el año de 1993, 11,023 casos de neoplasias malignas del cuello del útero
- El cáncer de cervix representó el 23% de todas las neoplasias malignas en México
- 53.5% de las mujeres con cáncer de cervix tienen entre los 30 y los 54 años
- Sólo el 26.7% está en una etapa favorable para tener un tratamiento curativo en el momento del diagnóstico
- El cáncer cervicouterino es un cáncer 100% curable si se diagnostica a tiempo.

La base para identificar los diversos factores de riesgo asociados a cáncer ha sido la investigación epidemiológica; tal es el caso del tabaquismo y cáncer pulmonar; virus y cáncer (papiloma humano y cáncer cervical, virus de hepatitis B y carcinoma hepatocelular, virus de Epstein Barr y tumor de Burkitt, entre otros). (Mohar, Lazcano Ponce, y Hernández Ávila, 1997).

México es un claro ejemplo de un país en transición epidemiológica. En él coexisten causas de mortalidad propia de países plenamente desarrollados y países en vías de desarrollo. En este patrón de mortalidad mixto compiten enfermedades crónicas y degenerativas junto con enfermedades transmisibles y propias del periodo perinatal como las principales causas de fallecimiento. Son indicadores también del grado de acceso a servicios de salud y de la calidad de atención médica que se ofrece a la población abierta.

La mortalidad por cáncer en México se ha incrementado durante los últimos años; esto tiene un origen multifactorial donde participa el envejecimiento de nuestra población, con mejor acceso a servicios médicos y la oportunidad de exposición a agentes cancerígenos por largos periodos de tiempo.

La mortalidad de acuerdo a la edad se inició a partir de la segunda década, alcanzando una meseta en la quinta y sexta décadas de la vida para tener su mayor tasa en la séptima década. Al analizar los cambios en el tiempo de la mortalidad por CaCu (Cáncer Cervicouterino), de acuerdo a quinquenio a partir de los 35 años, se apreció que dichas tasas no han variado o inclusive se han incrementado en mujeres menores de 45 años.

Con el envejecimiento de la población, se ha incrementado el número de pacientes que acuden al INCan (Instituto Nacional de Cancerología), en busca de servicios médicos, su capacidad está cerca de la saturación, por lo que es indispensable considerar la descentralización de la atención al paciente oncológico ya que el 40% de estos enfermos residen en sitios fuera del distrito federal y zona conurbada.

El cáncer es una enfermedad crónico degenerativa, que es fuente, en primer lugar de miedo, ya que la palabra cáncer, la mayoría de las personas la asocian a "Muerte", es fuente de ansiedad y de preocupación, más aún si se consideran las cifras que a continuación se muestran:

El cáncer cervicouterino es actualmente en México un importante problema de Salud Pública. Según las estadísticas, en 1983 este tipo de cáncer ocupó el primer lugar de todos los cánceres, siendo la mortalidad – en el grupo de mujeres mayores de 25 años- de 21.8 por 100 mil mujeres (Soberón, Kumate y Laguna, 1988). Según esta misma fuente el Registro Nacional de Cáncer realizó en 1983 estudios de morbilidad en los que se encontró que el cáncer cervicouterino constituyó el 29% de todos los cánceres del Hospital General de México y el 31% de los del Instituto Nacional de Cancerología. Sin embargo, en hospitales especializados en la mujer (Hospital de la Mujer, de Ginecoobstetricia del IMSS) el porcentaje subió al 60 o 70 %.

Actualmente, el cáncer ocupa la segunda causa de muerte en México y el carcinoma del cérvix uterino (CaCu), ocupa el tercero. En 1995 fallecieron en México 48.222 personas de cáncer. El cáncer de pulmón ocupó el primer lugar con 5.970 (12.4%) casos, el estómago el segundo con 4.685 (9.7%) pacientes y el CaCu el tercero con 4.392 mujeres (9.1%) Entre 1993 - 1995 se notificaron en México 26.565 casos de CaCu y 14.647 casos de carcinoma in situ, de un total de 118.991 casos de cáncer en mujeres. (A. Mohar, M. Frias-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

En la mujer mexicana el cáncer es la primera causa de muerte, y a nivel mundial anualmente se reportan 500.000 nuevos casos. Es tan impactante el porcentaje de casos registrados que, autoridades de la Salud en nuestro país han propiciado la creación de una norma oficial mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. (J. de la Garza, 1998).

Existe diferencia de frecuencia de los tumores malignos de acuerdo a la región que se estudie. Los cánceres más frecuentes en los países denominados del primer mundo son: mama, colon y recto, pulmón y próstata. En contraste, en países pobres o del tercer mundo, CaCu, estómago, esófago, faringe y hepático presentan las más altas tasas de incidencia. Estas diferencias están asociadas al acceso y calidad de los servicios de salud, educación de la población para la detección temprana y cambio de hábitos para disminuir la exposición a agentes potencialmente de carcinógenos. (A. Mohar, M. Frías-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

Se calcula que en 1985 hubo en 24 regiones del mundo 7,6 millones de nuevos casos de cáncer, en donde el CaCu ocupó el quinto lugar global y segundo en mujeres, con un total de 437.300 nuevos casos. En mujeres, es el tumor más frecuente en la mayoría de países en vías de desarrollo.

En México, desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población en general; en mujeres por arriba de los 25 años, la primera. En el periodo de 1980-1995 la tasa de mortalidad para cáncer se incrementó en un 33%. En mujeres el CaCu representó la primera causa de muerte con el 17.4% del total de 20.119 mujeres fallecidas por algún tumor maligno

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a partir de los registros oficiales de defunción y de la información sobre la población para los años 1991-1995, se estimaron las tasas anuales de mortalidad global y específica para las 10 principales neoplasias malignas por sexo en mayores de 20 años, se encontró que la mortalidad global por cáncer en los hombres se incrementó de 72.6 en 1991 a 94.8 por 100 000 en población adulta derechohabiente (DH), representando un incremento de 24.4 y de 24% en hombres y mujeres, respectivamente, durante el periodo de estudio. (Salmerón Castro, Franco Marina, Salazar Martínez, Lazcano Ponce, 1997).

Entre los hombres las neoplasias de riñón, leucemia, páncreas, próstata y pulmón y entre las mujeres las de colon, mama, páncreas, leucemias e hígado, mostraron los incrementos más significativos.

El Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan) fue fundado el 25 de Noviembre de 1946, con el objetivo de proveer de atención médica a la población mayor de 15 años de edad y con diagnóstico de cáncer. El INCan, es un centro nacional de referencia

para el paciente oncológico de escasos recursos económicos, quienes no tienen al sistema de seguridad social ni a la medicina privada. También recibe pacientes oncológicos de otros institutos nacionales de salud, dentro de un programa de colaboración interdisciplinaria. (A. Mohar, M. Frías-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

En dicho centro hospitalario ingresan al año más de 3.000 nuevos pacientes con cáncer. En 1995 se dieron 116.566 consultas de primera vez y subsecuentes, hubo 5.934 cirugías, se administraron 7.766 sesiones de quimioterapia en 3.800 pacientes, 33.160 sesiones de radioterapia en 4.750 enfermos, y se practicaron 300.215 exámenes de laboratorio. De este grupo de pacientes, el 60% provienen de la Ciudad de México y zona conurbada y el 40% restante de toda la república. Los tumores más frecuentes en mujeres son CaCu, mama, ovario, pulmón y tiroides, en hombres testículo, pulmón, próstata y cavidad bucal. (A. Mohar, M. Frías-Mendivil, L. Suchil, C. Macías-Martínez y R. Tapia-Conyer, 1998).

El cáncer constituye un problema de salud pública. En nuestro país constituyó la segunda cusa de muerte en el año de 1995, con 48,222 decesos, el 11.2 % del total de muertes.

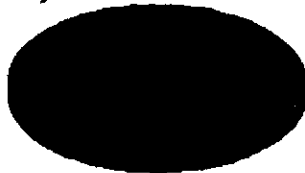
La detección, diagnóstico y manejo terapéutico de las neoplasias malignas requieren de una estructura organizada de médicos, paramédicos, técnicos, instituciones y tecnología de elevado costo.

La evaluación de la incidencia de Cáncer es una herramienta importante en las decisiones de prevención y tratamiento del mismo. Los datos que aquí se exponen provienen del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (RHNNM).

En 1995 se reportaron 73,299 casos nuevos de cáncer en México con predominio del sexo femenino (64.7%).

La distribución por edad de acuerdo al sexo muestra en el sexo masculino el primer lugar en el grupo de 75 años y más con el 20%, seguido por el de 60 a 64 con el 11.8%. En las mujeres también fue el grupo de 75 años y mayores el más elevado con el 11.5% seguido por el grupo de 45 a 49 años con el 11.2% y después el grupo de 40 a 44 años

Mujeres 64.7 %



(10.0%)

Los primeros cinco lugares según su topografía fueron: El cuello del útero 21.5%, Glándula Mamaria (fem) 10.6% , Glándula Prostática 5%, Estómago 3.9%, Ganglio Linfático 3.7 %.

Distribución de casos de neoplasias malignas por topografía en hombres:

Lugar	Localización	No.	%
1	Glándula Prostática	3,674	14.2
2	Estómago	1,620	6.3
3	Ganglio Linfático	1,566	6.1
4	Tejidos Blandos	1,332	5.2
5	Testículo	1,233	4.8
6	Tráquea, Bronquios y Pulmón	1,139	4.4
7	Vejiga Urinaria	1,136	4.4
8	Laringe	842	3.3
9	Encéfalo	702	2.7
10	Riñón y otros órganos urinarios	660	2.6

Distribución de neoplasias malignas por topografía en mujeres:

Lugar	Localización	No.	%
1	Cuello del Útero	15,749	33.2
2	Mama	7,791	16.4
3	Ovario	1,684	3.5
4	Cuerpo del Útero	1,432	3.0
5	Estómago	1,258	2.7
6	Glándula Tiroides	1,211	2.6
7	Ganglios Linfáticos	1,179	2.5
8	Tejidos Blandos	1,080	2.3
9	Vesícula Biliar y Vías Intrahepáticas	763	1.6
10	Colón	728	1.5

De acuerdo con el RHNM el cáncer cervicouterino ocupó el primer lugar respecto a localización con 41,326 casos, lo que corresponde al 22.5% del total registrado.

Las cifras señalan que también ocupó la primera posición en la población femenina en el trienio 1993-1995 (34.7%). Los grupos de edad más afectados son los de 35 a 59 años (33.6%).

La variante histológica más frecuente fue el carcinoma de células escamosas (91.5%); siguen en orden de importancia el adenocarcinoma y el carcinoma SAI con 3.7% y 2.8% respectivamente.

De acuerdo con la notificación por institución, el sector público reportó más del 70% de los casos y el sector privado el 15.9% .

Con respecto al Distrito Federal y a los estados de Jalisco y Veracruz, reportan los más altos porcentajes, y los estados de Quintana Roo, Baja California Sur los menores. Sonora, con 680 casos representó el 1.6%.