



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD**

**LA INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA PRÁCTICA
DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LA DELEGACIÓN GUSTAVO A.
MADERO. HACIA UNA CULTURA DE LA PREVENCIÓN INTEGRAL DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO.**

**T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA:
LAURA PATRICIA MORALES PÉREZ**

**TUTOR: MTRO. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
ENTIDAD(ES) DE ADSCRIPCIÓN: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE, 2016.



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.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	4
I. CÁNCER: MÁS QUE UN PROBLEMA SANITARIO	7
1.1 CACU: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.	8
1.2 CACU: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO.	9
1.3 ¿QUÉ ES EL CÁNCER?	10
1.4 FACTORES GENERALES DE RIESGO.	11
1.4.1 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.	14
1.5 LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER	16
1.5.1 DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN	17
1.6 LOS NIVELES DE PREVENCIÓN EN EL CACU.	18
1.6.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.	18
1.6.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS VACUNAS PROFILÁCTICAS.	18
1.6.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA.	21
1.6.4 LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU.	21
II. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	23
2.1 SUS BASES TEÓRICAS: EL FEMINISMO.	23
2.2 HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.	25
2.3 SEXO, GÉNERO E IDENTIDAD GENÉRICA: SUS CONCEPTOS CLAVE.	26
2.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES: UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.	28
2.5 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	28
2.6 LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO Y CÁNCER CERVICOUTERINO.	30
2.7 <i>CUÍDATE</i> DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO.	31
III. METODOLOGÍA	34
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
3.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	36
3.3 OBJETIVOS	39
3.4 TIPO DE ESTUDIO	40

3.5 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	41
3.5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	
3.5.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.	
3.6 VARIABLES	41
3.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	
3.6.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.	
3.7 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.	47
3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	47
3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.	48
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
4.1 FASE CUALITATIVA: FOCUS GROUP.	50
4.1.1 INFORME DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.	50
4.1.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.	93
4.2 FASE CUANTITATIVA: CUESTIONARIO.	119
4.2.1 INFORME DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.	119
V. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD	147
5.1 LA INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL.	147
5.2 LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD	149
5.2.1 TRABAJO SOCIAL EN SALUD.	150
VI. CONCLUSIONES Y	153
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	157

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública, cuyas cifras de incidencia y mortalidad van en aumento alrededor del mundo, siendo el cáncer cervicouterino un ejemplo claro de por qué es necesario abordarlo desde un enfoque social, como sería un plan de intervención en Trabajo Social para evitar que la mortalidad por este tipo de neoplasia aumente en las Américas en un 45% para el 2030. Sobre todo cuando por su historia natural, el CaCu es una enfermedad ciento por ciento prevenible.

Sin embargo, la realidad indica que las mujeres no tienen una cultura de la prevención integral en torno a su salud sexual, pues de acuerdo con los resultados de diferentes investigaciones, es claro cómo a pesar de conocer la finalidad de la prueba de Papanicolaou, deciden no practicársela influidas por factores culturales como el pudor de exponerse ante un médico varón y el miedo a recibir un diagnóstico positivo de una enfermedad que se cree incurable.

O bien, por barreras sociales que guardan una relación estrecha con factores institucionales referentes a las deficiencias en la calidad de la atención, que incluyen los tiempos de espera para programar una cita o recoger los resultados de su PAP, así como la falta de respeto de médicos y enfermeras que toman la muestra de la citología ante el pudor de la paciente.

Precisamente hacia esa dirección va encaminada la siguiente tesis, cuya finalidad es determinar los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la práctica o no del Papanicolaou en mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal. La segunda demarcación más poblada de la ahora Ciudad de México, con un millón 185 mil 772 habitantes, de los que 614, 539 (51.8%) son mujeres.

Además, porque desde el 2012 implementó una campaña permanente para la detección de los cánceres femeninos (de mama y cervicouterino) llamada *Cuídate*, dirigida a las mujeres de escasos recursos que no cuentan con seguro social o no tienen el dinero para costear un Papanicolaou en un laboratorio particular. Ambas, situaciones que incrementan su vulnerabilidad al no recibir un diagnóstico oportuno y su consecuente tratamiento por su nivel socioeconómico.

La investigación consta de los siguientes apartados:

- I. Cáncer: más que un problema sanitario, donde se proyectan las cifras actuales de mortalidad e incidencia del cáncer cervicouterino en el mundo, América Latina y México. Se habla de los factores generales de riesgo que intervienen para su desarrollo, como la infección por virus del papiloma humano (VPH) y los tres niveles de prevención sobre los cuales es imperante trabajar.

- II. La Perspectiva de Género. Tras señalar brevemente sus bases teóricas y definir conceptos clave como sexo, género e identidad genérica, el capítulo gira en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desde una mirada de género para comprender la relevancia de las condiciones inequitativas que influyen en las mujeres para no cuidarse ellas mismas ni ejercer sus derechos, constituyéndose así en una forma de violencia hacia sí, restarle interés a su bienestar físico por darle prioridad a roles y responsabilidades propias de su género.
- III. Metodología. Se explica con detalle el proceso de elaboración de la investigación: planteamiento del problema; justificación del tema; objetivos; tipo de estudio; población, lugar y tiempo de estudio; variables y técnicas de investigación (grupos focales y cuestionarios).
- IV. Análisis de resultados. Apartado en el cual se analiza cada uno de los factores sociales, culturales y económicos obtenidos en la categorización efectuada, luego de los tres grupos focales hechos con mujeres de la delegación Gustavo A. Madero. Así como las estadísticas de cada uno de los 25 reactivos que conformaron el cuestionario, sumadas al análisis discursivo de cada variable.
- V. La intervención del Trabajo Social en salud. Finalmente, con base en las voces obtenidas en las técnicas de investigación utilizadas, se profundiza en el papel del Trabajador Social en la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino.

CAPÍTULO I. CÁNCER: MÁS QUE UN PROBLEMA SANITARIO

El cáncer es un problema de salud pública, al constituirse en “la séptima neoplasia más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo” [SSA, 2015], pues más de una cuarta parte de las muertes son atribuibles a este padecimiento; cuya incidencia, de acuerdo con el Informe Mundial sobre el Cáncer, “podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. [SSA, 2011]

Las cifras anuales proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que dicho panorama es cada vez más certero. “En el año 2000, los tumores malignos fueron la causa del 12% de los casi 56 millones de muertes *ocurridas* en el mundo” [SSA, 2011]; mientras en el 2008, provocaron 7.6 millones de defunciones (aproximadamente, un 13% del total). Así, “la tendencia de la mortalidad es ascendente debido a una mayor incidencia de la enfermedad, el envejecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países subdesarrollados.” [SSA, 2015]

El problema radica en que al tratarse de “un conjunto de muchísimos trastornos (alrededor de un millar) de la función de las células y los tejidos” [Greaves, 2002], “una de cada tres personas recibirá en algún momento de su vida, la noticia de *un diagnóstico* de cáncer”. [Greaves, 2002]

La OMS identifica que a nivel mundial en 2015, los tumores malignos de pulmón, próstata, colorrectal, estómago e hígado son los más comunes entre los hombres; mientras que en las mujeres son los de mama, colorrectal, pulmón, estómago y cuello uterino”. De este último tipo de neoplasia, “hasta 78% de los casos nuevos registrados en el planeta corresponden a países de ingresos bajos y medianos, donde se estiman incidencias de hasta 44 por 100 000 mujeres.” [Torres y cols., 2004]

La lucha contra este padecimiento continúa, y cada día son más las acciones implementadas por las autoridades sanitarias y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC's) para modificar o evitar factores de riesgo relacionados con estilos de vida dañinos: el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, el exceso de peso o la obesidad, el consumo insuficiente de frutas y hortalizas, y la inactividad física, entre otros.

Sin embargo, dado que el término *cáncer* no alude a un único padecimiento, es esencial saber de qué tipo de neoplasia se habla para fomentar una prevención integral, que incluya una difusión informativa adecuada sobre la misma, para que la población vulnerable tenga una clara percepción del problema. Además de generar el hábito saludable de practicarse los estudios de diagnóstico correspondientes a las partes del cuerpo que pudiera afectar.

En esa medida, la presente investigación se centró en el cáncer cervicouterino (CACU), que “ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer en todo el mundo, con una cifra aproximada de 450 000 casos diagnosticados cada año” [Torres y cols., 2004], y cuya prevención primaria y secundaria marcan la diferencia entre transitar por la línea de la vida o de la muerte.

Es una realidad que la llamada *prevención secundaria* del CACU (es decir, la realización del examen del Papanicolaou) obedece a factores socioculturales que han hecho de este padecimiento, un producto de la subordinación femenina, situación que se plasmará con detalle en los capítulos subsecuentes. Por ahora, es necesario conocer su mortalidad e incidencia en América Latina y, desde luego, en el ámbito nacional mexicano.

1.1 CACU: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN EL MUNDO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Los países de América Latina y el Caribe son los más afectados por el cáncer cervicouterino, cuyas tasas de incidencia y mortalidad, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sólo son superadas por las de África y Melanesia (TABLA 1).

TABLA 1. REGIÓN TASA DE INCIDENCIA TASA DE MORTALIDAD		
REGIÓN	TASA DE INCIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD
África Oriental	44,32	24,24
Melanesia	43,81	23,78
Centro América	40,28	17,03
Caribe	35,78	16,84
América del Sur	30,92	11,97
América del Norte	7,88	3,23

Fuente: Ferlay et al: Globocan 2000, IARC en *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. 2004, 2.

Sin embargo, la magnitud del problema se percibe con mayor claridad si se toma en consideración que no sólo no presentó cambios descendentes significativos entre 1968 y 1993, pues el promedio anual de defunciones se mantuvo en 25 por cada 100, 000 habitantes, sino que “contrariamente a lo observado en los países desarrollados, entre 1975 y 1985 ésta se había incrementado.” [Restrepo, 1993 citado por Silvia Arrossi en Alonso y cols., 2005]

Aunque la OMS señala que en 2008 se reportaron 275,008 decesos por CACU, una cifra menor en comparación con las muertes ocurridas en el año 2000 (alrededor de 300,000 en toda la región), comenzando así a experimentar una disminución hasta alcanzar un promedio de 11,2 por cada 100,000 mujeres, es preciso resaltar que dicha cifra es tres veces más alta que la de los países desarrollados.

Según la Alliance Cervical Cancer Prevention [2004], el número de casos nuevos de CACU va al alza; de manera que mientras en el 2000 se estimaron cerca de 76,000 nuevos diagnósticos, para el 2008 esa cifra aumentó a 571, 204. Situación que refleja “el relativo fracaso de casi todos los países latinoamericanos para prevenir y controlar el cáncer cervicouterino, *en la medida que* los programas de tamizaje, cuando existen, se han implantado de manera fragmentada, carentes de organización y de control de calidad, y no han podido cumplir sus objetivos.” [Arrosi y cols. en Alonso y cols., 2005]

1.1 CACU: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO.

A raíz de que en los últimos 30 años del siglo XX y la primera década del siglo XXI, las causas de defunción predominantes han sido las “enfermedades no transmisibles (ENT) que generalmente son crónicas, es decir, son de larga duración y progresan lentamente” [INEGI, 2016], los tumores malignos “se han mantenido dentro de las tres primeras causas de muerte en México con 48 255 defunciones, además de las enfermedades del corazón (281 279) y la diabetes mellitus (36 157).” [INEGI, 2016]

Ante dicho escenario resulta preocupante que, “en 2013, del total de defunciones de la población de 20 años y más, 13.6% se debieron a algún tumor y de éstas, 93.6% a los tumores malignos. Por sexo, del total de defunciones por cáncer, 48.8% ocurren en varones y 51.2% en mujeres.” [INEGI, 2016] De modo que “en la mortalidad por tumores cancerosos, el sexo femenino aventaja al masculino por 1.8% de las defunciones” [SSA, 2011]; las cuales se presentan en ambos sexos en edades productivas.

Es preciso señalar que el 60.6% de las muertes por tumores malignos acontecen en las áreas urbanas y sólo el 38% en las zonas rurales, según un estudio de la Secretaría de Salud sobre el *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*. [2011]

Sobre el cáncer cervicouterino, según datos reportados por la asociación civil *Tómatelo ‘a pecho’*, en 1980, el riesgo de morir por esta causa era dos veces mayor que el de cáncer de mama. Lo anterior es ratificado por Palacio–Mejía y cols. [2009], al “explorar las diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama (CAMA) y cáncer cervicouterino (CACU) en México”, encontraron que “la evolución de la mortalidad por cáncer cervical tuvo una tendencia ascendente desde 1979 hasta 1989, año en que alcanzó la tasa estandarizada más alta durante el periodo de 1979 a 2006, con 16.2 mujeres fallecidas por cada 100,000 de ellas.”

Precisamente, entre los años de 1990 al 2000 “se reportaron un total de 48,761 defunciones por CACU en todo el país, iniciando en 1990 con 4,280 muertes en el año y terminando con 4,620 en el 2000; lo cual significó un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas. [191] De ahí que en 1998, este padecimiento “ocupó el lugar número 20 como causa de muerte a nivel general en el país; el tercer lugar entre las mujeres mexicanas y el primero en mujeres por neoplasias malignas.” [Torres y cols., 2004]

Si bien para el 2006 los papeles se invirtieron al convertirse el cáncer de mama en la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres, tras incrementarse anualmente en 1.7%, el cervicouterino aún tiene una importancia médica, social, económica y humana trascendente, sobre todo cuando este tipo de patología comienza a verse en edades tempranas de 25 a 34 años [TABLA No. 2].

TABLA NO. 2 DEFUNCIONES POR TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2008

GRUPOS DE EDAD	NÚM.	TASA ^{1/}	PORCENTAJE
Total	4,028	14.0	100.0
25 a 34	165	1.8	4.1
35 a 44	577	7.6	14.3
45 a 54	877	16.1	21.8
55 a 64	821	24.4	20.4
65 a 74	733	36.8	18.2
75 y más	850	65.6	21.1
N. E.	5		0.1

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979- 2008. Proyecciones de la población en México CONTEO2005 1990-2012. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 1/ Por 100,000 mujeres por grupos de edad de 25 años y más

Por consiguiente, “la incidencia de CACU en México se considera una de las más altas a nivel mundial y ocupa el séptimo lugar *entre* los 21 países latinoamericanos, con una tasa de 40.5 mujeres diagnosticadas por cada 100 000.” [Azuara y cols., 2010]

1.2 ¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Hablar de *cáncer* se ha vuelto cotidiano, ya no sólo es un tema exclusivo de la jerga médica, sino que con regularidad es un tema de conversación entre la población. Esta situación se debe a que, directa o indirectamente, ha cimbrado el núcleo familiar propio o de algún conocido; pero aunque se *tenga* una noción general de este padecimiento, lo que encierran esas cinco letras es verdaderamente complejo, no sólo en un nivel clínico sino también social.

Etimológicamente, la palabra *cáncer* se deriva del vocablo latino *cancrem* (cangrejo), el cual procede a su vez del griego *carcinós* (cangrejo de mar), por las observaciones realizadas por Hipócrates –creador de la acepción médica del término– en torno a los tumores de cara y mamarios de algunos enfermos, cuyo crecimiento excéntrico se asemeja a las patas de un cangrejo.

“Los pareceres de los etimólogos comienzan a diferir cuando intentan explicar por qué el nombre de este bicho se le impuso a uno de los males más destructivos y terribles del ser humano. Hay quien dice que, cuando se presentaba esta enfermedad en la piel, producía lesiones en forma de cangrejo; hay quien se refiere a las tenazas del cangrejo y habla de las indecibles torturas que esta patología le infiere al ser humano.” [Greaves, 2002]

Las anteriores palabras, expresadas por el periodista y escritor Germán Dehesa, reflejan la incertidumbre de la población alrededor del cáncer, pues si bien saben que ese *vivísimo* cangrejo prende sus tenazas en los espacios más íntimos y sagrados de su cuerpo, desconoce cómo se origina y por eso, cual *apretado haz de sombras y estremecimiento*, se le piensa como sinónimo de muerte.

El *cáncer*, tumor o neoplasia, no surge ‘de la noche a la mañana’. Es un proceso silencioso que se desarrolla en la estructura más pequeña que conforma a los seres vivos: la célula. Cuando alguna pierde el control de su multiplicación y comienza a dividirse de manera incontrolada y rápida, se produce una masa tumoral en el tejido en el cual se encuentre ubicada que, dependiendo de su malignidad, generaría un cáncer.

De acuerdo con Argilés y López [1998], este crecimiento anómalo se constituye por células, cuyas características físicas y funcionales difieren de las del tejido de procedencia. Asimismo tienden a desplazarse fuera de él, principalmente a través de las vías sanguíneas, sea por las arterias o las venas; o bien, tras invadir en un primer momento los vasos linfáticos, las células cancerosas se dirigen a los ganglios linfáticos regionales, los cuales tienden a aumentar de tamaño.

El *cáncer* se relaciona con un trastorno en el comportamiento de las células conocido como *carcinogénesis*; es decir, la transformación de una célula normal en anormal, misma que se desarrolla con autonomía y de manera irrefrenable hasta expandirse localmente.

“Con el tiempo, las células anormales se multiplican fuera de control y se acumulan dentro de una masa de tejido, llamada *neoplasia* o *tumor*, que puede invadir y destruir el tejido vecino normal. Las células cancerosas también *logran diseminarse* a través del cuerpo.” [Hartmann, 2005]

Tales células adquieren características nuevas y diferentes a las células normales. No forman copias exactas de sí mismas, sino que cambian cuando se dividen, ignorando las señales normales de comunicación que demanda el organismo para alcanzar un desarrollo armonioso del cuerpo humano, a través de la división ordenada de las células (replicación), sin mutaciones.

“El cáncer es resultado en gran parte de la desobediencia a los mecanismos que regulan la proliferación y diferenciación de las células de nuestro organismo.” [Cortinas, 1990] Si bien dicho proceso es trascendente desde el momento en que se produce, cobra mayor significado cuando la masa tumoral es maligna y tiene la “capacidad de invadir nuevos territorios, gracias a la capacidad de desplazamiento de sus células.” [Argilés y López, 1998]

En el caso del cáncer cervicouterino, el crecimiento celular anómalo se da en las células que revisten el cuello del útero (la parte inferior de la matriz), el cual conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). Pero la mayoría de estas neoplasias se dan en la llamada ‘zona de transformación’: “el punto en el cual las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix) se encuentran.” [American Cancer Society, 2004]

Esa progresión celular tampoco surge de manera instantánea, sino que es consecuencia de cambios precancerosos que experimentan las células normales del cuello uterino en un lapso de 7 a 10 años; mismos que son descritos por los doctores como “neoplasia intraepitelial cervical (*cervical intraepithelial neoplasia*, CIN), lesión intraepitelial escamosa (*squamos intraepithelial lesion*, SIL) y displasia.” [American Cancer Society, 2004]

Se ha establecido que aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son denominados ‘carcinomas de células escamosas’, que se originan en el exocérvix; en tanto, los que se surgen en las células glandulares reciben el nombre de ‘adenocarcinomas’. Lo relevante es que, más allá de su clasificación, ambos cánceres son de lento crecimiento y, por tanto, de identificarse en un estadio temprano aumentan las probabilidades de frenar el avance de la enfermedad.

Entre más temprano se detecte un cáncer cervicouterino, mayores serán las oportunidades de erradicarlo y ello requiere un trabajo conjunto entre las Ciencias Médicas –portadoras de la información especializada del mismo– y las Ciencias Sociales, que intentan traducir esos datos para generar conciencia en la población sobre la relevancia de prevenirlo con acciones específicas correspondientes a sus niveles primario y secundario.

1.3 FACTORES GENERALES DE RIESGO.

Conocer las causas del cáncer permite controlar su incidencia y disminuir el número de casos nuevos reportados, a través de la adopción de las medidas preventivas adecuadas.

La literatura señala que su etiología refiere tres bloques: la constitución genética, determinante en el 10 o 20% de los casos; el azar o la conjunción de diversos factores en un mismo momento para el surgimiento de una célula cancerosa, y las llamadas causas ambientales o exógenas, divididas en causas químicas y biológicas, así como sociales, culturales y económicas, por corresponder a las condiciones en las que se desenvuelve el individuo.

De la lista anterior, los dos primeros bloques son factores no modificables, dado que el individuo no tiene dominio respecto a ellos; sin embargo, en donde sí puede intervenir de manera consciente y evitar con un amplio porcentaje la aparición de un cáncer, es con la adopción de un modo de vida adecuado, mismo que opera como un sistema de defensa ante el ataque de ciertos agentes en su material genético, el ADN (ácido desoxirribonucleico). [Doll, 1989]

El camino hacia el cáncer inicia cuando un agente externo o varios producen mutaciones en el ADN celular, de forma que al actuar sobre las células normales hasta producir su transformación maligna, comienza el proceso de carcinogénesis con la aparición de un gen alterado llamada *oncogén*; “cuya acción se manifiesta liberando factores de crecimiento celular y consiguiendo la proliferación de un clon de células no diferenciadas.” [López, 1999]

Los factores de riesgo –“aquellos elementos que favorecen o estimulan la aparición de una célula cancerosa y su subsecuente proliferación” [Doll, 1989] – aluden a los cambios que hombres y mujeres debieran realizar, con la finalidad de reducir o minimizar los efectos dañinos para su salud.

Sin embargo, aunque se han identificado varios factores de riesgo, algunos se continúan ignorando. Un claro ejemplo es el consumo del tabaco, cuya influencia directa en el surgimiento y desarrollo de diferentes tipos de cáncer (el de pulmón, principalmente), está comprobado por las más de tres mil sustancias químicas que contiene.

“Durante la combustión del tabaco se liberan compuestos como el monóxido de carbono, el benceno, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, el amoníaco, las nitrosaminas y los metales pesados; *mismos que* afectan tanto al fumador como a las personas que están a su alrededor.” [Doll, 1989]

Según lo manejan Francisco López Lara [1999] y Cristina Cortinas [1990], el riesgo que representa el hábito de fumar está relacionado con la edad en que se empezó dicha práctica; el número de cigarrillos diarios; la forma como se consume el tabaco (cigarro, puro, pipa o masticado); la cantidad de humo inhalada y el tipo de tabaco. Elementos todos que “tienen un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio mucíparo del canal endocervical en donde es el reservorio del virus del papiloma humano.” [Mosqueda, 2010]

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por erradicar este nocivo hábito, la misma sociedad lo fomenta como una manera de integración a ella, y aunque se difunda el mensaje de mantenernos alejados del cigarro, su consumo se incentiva con la ingesta de alcohol, y viceversa.

“La relación que existe entre el alcohol y el tabaco se observa en el ámbito social y en el organismo. Es muy difícil separar estos dos estimulantes: las personas que beben en exceso también acostumbran fumar, mientras que los abstemios suelen fumar menos. Además, es muy común que una persona consuma ambos productos a la vez, debido a la carga social que conlleva su combinación.” [Doll, 1989]

En consecuencia, el alcohol igualmente puede desencadenar un crecimiento celular anormal, porque aun cuando sus sustancias no son cancerígenas, sí refuerzan la acción tóxica de otros productos. De manera que “su capacidad mutagénica productora de cáncer” [López, 1999] depende del tipo de bebida que se ingiera (cerveza, vino tinto, brandy, etcétera) y de la concentración de alcohol en su composición.

Otro de los factores de riesgo ligado a los estilos de vida es la alimentación, en particular, determinadas carencias nutricionales como “una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C que favorece la persistencia de una infección por virus del papiloma humano y la evolución de lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, y del cáncer cervicouterino inclusive.” [Santesteban y Waliszewski, 2009]

En tanto, una dieta rica en grasas incide en la aparición del cáncer mamario, pues los altos niveles de colesterol en la sangre, producto del consumo excesivo de grasas saturadas presentes en los alimentos de origen animal y sus derivados, traen consigo mayor producción de estrógenos.

Esta relación causal es más frecuente en los países occidentales, donde el acelerado ritmo de vida ‘obliga’ a la población a consumir dichas grasas en cantidades elevadas. Cuando en Japón, por ejemplo, como parte de ese mundo oriental acostumbrado a dietas vegetarianas y ricas en semillas, tienen una menor tasa de incidencia y mortalidad por cáncer.

Si “los factores *sociales* y *económicos* influyen en el tipo de dieta de los individuos y por ende en las formas de cáncer que los afectan” [Cortinas, 1990], la pobreza es también un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino, dado que “se constituye como una forma extrema de exclusión de los individuos y sus familias, desde el proceso productivo, la integración social, y el acceso a bienes, servicios diversos y oportunidades.” [Palacio–Mejía y cols., 2003]

Por eso al hablar de analfabetismo en zonas marginadas de los países pobres se entiende por qué “el cáncer cervical puede ser considerada una enfermedad de la pobreza, pues los bajos niveles de educación formal impiden el acceso de las mujeres a la información relacionada con la promoción de su salud y la prevención de enfermedades” [Palacio–Mejía y cols., 2003] como la infección por VPH.

Es claro que si “en una región o provincia se encuentran grupos poblacionales con marcadas diferencias en el nivel socioeconómico y una desigual distribución de los recursos de salud pública” [Gutiérrez y Alarcón, 2008], difícilmente las mujeres con bajos ingresos tendrán acceso “a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou...ni reciban tratamiento para precánceres y cánceres de cuello uterino.” [American Cancer Society, 2014]

Explicados los factores de riesgo generales que influyen en cierta manera en la aparición del cáncer cervicouterino, es necesario hablar del Papilomavirus (VPH) y su papel en el desarrollo de la historia natural de la enfermedad.

1.4 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

El CACu es uno de los pocos padecimientos oncológicos, cuya causa se conoce con certeza: una infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH), el cual afecta particularmente el cuello uterino del órgano sexual femenino, donde produce lesiones preinvasoras que podrían evolucionar a cáncer si no son tratadas a tiempo.

“La infección por VPH es la infección de transmisión sexual más común del mundo y se estima que afectará a entre el 50% y el 80% de las mujeres con vida sexual, por lo menos una vez en sus vidas.” [Alliance Cervical Cancer Prevention, 2004]

El VPH guarda una relación directa con el significado cultural que la sociedad tiene de los patrones de comportamiento e interrelación sexual de las mujeres; más aún cuando “se aloja en un cuerpo sexuado...y se localiza en la zona genital y reproductiva, fuertemente cargada de valor y altamente mitificados por ser el espacio de la sexualidad y de la maternidad”. [Elú, 1998]

Al transmitirse prioritariamente durante las relaciones sexuales, se estigmatiza como promiscuas a sus portadoras debido a una supuesta permisividad en sus conductas y actitudes sexuales; pues aunque se tiende a pensar que el problema no es el número de parejas sexuales, sino la irresponsabilidad respecto al uso del condón masculino o femenino en cada encuentro íntimo, lo cierto es que éstos “no protegen totalmente, porque el virus puede estar presente en toda el área genital y alrededor del ano.” [Alliance Cervical Cancer Prevention, 2004]

El VPH se clasifica en más de 150 tipos; de ellos, alrededor de veinte se asocian a trastornos celulares del cérvix y, a su vez, se diferencian por su grado de malignidad. Los tipos 6, 11, 42, 43 y 44 se consideran benignos; en tanto los del tipo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58 presentan mayor riesgo para las mujeres que los padecen por su frecuente detección en cánceres invasores.

Si bien las alteraciones citológicas por el VPH se revelan en el Papanicolaou, sólo las técnicas de reacción en cadenas de la polimerasa, detectan el tipo de virus en el organismo.

“Los estudios sugieren que esta prueba detecta más casos positivos verdaderos de células precancerosas entre las mujeres de treinta y tantos, y cuarenta y tantos años, que el Papanicolaou, por lo que podría llegar a considerarse como la prueba inicial de preferencia.” [Alliance Cervical Cancer Prevention, 2004]

La prueba de captura de híbridos “requiere equipo de laboratorio bastante sofisticado y caro, y una computadora especial, todo lo cual hace que sea demasiado costoso y difícil de aplicar en la mayoría de los contextos de bajos recursos.” [Alliance Cervical Cancer Prevention, 2004]

Esta situación podría ser un ejemplo más de la desigualdad de acceso a los servicios médicos, pues si bien es un hecho innegable que en las sociedades occidentales, “las secciones más pobres y menos educadas de la comunidad llevan las de perder” [Greaves, 2002]; también lo es que sólo los países desarrollados pueden cubrir esta modalidad de prevención sin problema alguno.

“A pesar de ser la infección por papilomavirus (PVH) la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor. La persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello.” [Telma y cols., 2001]

Las estadísticas indican que “la prevalencia del VPH alrededor del mundo va de 2% a 44%, pese a ello, la mayoría de las lesiones leves o moderadas revierten espontáneamente en individuos inmunocompetentes. La mayoría son transitorias y sólo cerca del 25% desarrollan una lesión intraepitelial de bajo grado, y del 20 al 40% progresarán a lesión intraepitelial de alto grado. [López y Lizano, 2005]

Lo anterior depende de mecanismos biológicos que pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección por VPH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, *tal como lo es la inmadurez cervical*.

En consecuencia, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, haber tenido múltiples parejas sexuales y la alta paridad (haber tenido más de cinco partos), son factores de riesgo que aumentan el riesgo de padecer CACU, pues conllevan al cuello uterino hacia una mayor vulnerabilidad a agentes externos, como el VPH.

En el siguiente apartado, se retomará el tema del VPH al abordar lo relacionado con la prevención primaria del cáncer cervicouterino y la implementación de vacunas profilácticas para combatir los tipos 16 y 18, como parte de las estrategias gubernamentales mexicanas en la lucha contra la incidencia y mortalidad de dicho padecimiento oncológico.

1.5 LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Al cáncer se le ha calificado como un padecimiento silencioso, debido al crecimiento celular anómalo que acontece en un tejido de manera gradual y sin la generación de signos y síntomas específicos, que hagan sospechar a una persona de la probable presencia de un tumor.

Esta situación, aunada a la cultura tan característica del ser humano de no visitar al médico, más que cuando siente un fuerte dolor o aparece alguna señal visible de enfermedad, ha desencadenado diagnósticos tardíos de cánceres en estadios avanzados sin opción a cura. De modo que la intervención médica se encamina sólo hacia un fin paliativo; es decir, hacer menos doloroso el camino y la espera hacia la muerte.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ante su larga historia natural, el CACU tiene múltiples oportunidades de intervención desde los niveles de prevención primaria y secundaria que, sin duda, implica la participación integral e interprogramática de actores sociales como los profesionales del Trabajo Social y la Comunicación.

Más aún cuando en los países en vías de desarrollo como México, la práctica del Papanicolaou no se ha visto acompañada de una reducción significativa de la incidencia y mortalidad por CACU. Una problemática que no sólo refleja sus limitaciones como prueba de tamizaje, sino también de la organización de los sistemas sanitarios, en donde se desenvuelve el trabajador social al sumergirse en aspectos culturales y comunitarios, en tanto labora para fomentar en las mujeres una toma de decisiones responsable en torno a su salud.

Dicha actividad se sustenta en la premisa de que “la decisión de un individuo de someterse a una prueba de prevención o detección depende de que crea en la factibilidad y utilidad de la prevención, de que tenga una clara percepción del problema y que exista un factor de vulnerabilidad” [Autor, Año], siendo así la promoción y la prevención, sus principales campos de intervención en la salud de la población.

1.5.1 DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN.

La prevención se concibe como un abordaje multidisciplinar entre los profesionales de las disciplinas científicas y sociales y los sectores *populares* de la sociedad, ya que la lucha contra toda enfermedad deber ser comunitaria, de modo que haya una buena coordinación entre ambos actores y se logre una prevención integral, individual y colectiva:

“La prevención debe verse como un hecho humano, es decir, fundamentar sus acciones en la persona y la sociedad...también implica revisar el rol de los procesos socializadores de la familia, la escuela y la comunidad donde se ha producido un vacío.” [Elú, 1998]

Este suceso hace imprescindible la labor conjunta de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, comunicólogos y demás especialistas, quienes convencidos de la trascendencia de su rol social en la generación de una cultura preventiva, transmitan esa consciencia de autocuidado en todos los miembros de la sociedad; quienes, a su vez, tienen la obligación de ofrecer ambientes prosociales y estimular comportamientos saludables desde el hogar.

Para hablar de una verdadera cultura de la prevención, no basta con vigilar y darles seguimiento, en cuestión de diagnóstico y tratamiento, a las mujeres cuyo resultado de Papanicolaou indique que podrían desarrollar cáncer, sino que adquiere relevancia el papel del Trabajador Social al pretender “que la persona sea consciente de su situación conflictiva y adopte una postura activa para solucionarla.” [Mondragón Lasagabaste, 1999]

Así, se refuerza la idea de que la prevención de la salud es una responsabilidad social compartida, donde el individuo se responsabiliza enteramente de su salud, mientras participa de forma activa en todos los hechos sociales que, impulsados por las autoridades sanitarias, promueven una mejora en la calidad de la salud basada en conocimientos, actitudes y comportamientos hacia el autocuidado.

1.6 NIVELES DE PREVENCIÓN EN SALUD

En el campo de la medicina preventiva, la intervención del trabajador social radica en reducir la exposición del individuo frente a determinadas causas de riesgo, con la transmisión de conocimientos alrededor de las enfermedades que pudiera desarrollar. Pero cuando ésta ya hizo acto de presencia, su objetivo consiste en estudiar las variables socioeconómicas y culturales de su origen; las actitudes y valores que benefician u obstaculizan el aprovechamiento de los servicios de salud por parte de los usuarios.

1.6.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Un primer objetivo de este nivel se dirige a la reducción del riesgo de la enfermedad. Guiofantes [2002, 134] la define como “aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales, que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud”.

Por ende, si “el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico–sanitarias, a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud” [Kisnerman, 1990], siempre pretenderá disminuir la incidencia de la enfermedad al intervenir con acciones encaminadas en reducir la exposición a los factores de riesgo.

En el caso del cáncer cervicouterino, la misma Estrategia Regional y Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud, desarrollada en 2008, concibe un abordaje integral mediante la intensificación de la información “para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el VPH.” [OPS, 2013], cuya infección persistente es el factor más determinante para la evolución de un CACU in situ o invasor.

1.6.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LAS VACUNAS PROFILÁCTICAS

La prevención primaria del cáncer cervicouterino abarca los programas existentes de salud en los adolescentes, salud sexual y reproductiva, y la inmunización con vacunas profilácticas contra cuatro sepas del Papilomavirus.

En la actualidad, Gardasil –de Sanofi Pasteur MSD– cuenta con dos tipos de vacunas: una monovalente, la cual reduce la incidencia de infección por el VPH 16, y una tetravalente que hace lo propio contra los VPH 6, 11, 16 y 18, y sus lesiones citológicas asociadas. En tanto, Cervarix –de Glaxo SmithKline– produjo una bivalente, cuya intención radica en prevenir las infecciones por los virus del papiloma humano 16 y 18.

“Desde su autorización en junio del 2006 y hasta mayo del 2009, se han distribuido 24 millones de dosis de Gardasil en los Estados Unidos y más de 40, alrededor del mundo. En tanto, para esa misma fecha, se distribuyeron siete millones de dosis de Cervarix en todo el mundo.”

[<http://www.portal.salud.com.mx>]

“Generada de partículas parecidas al virus y derivadas de la proteína L1 de la cápside de los VPH tipos 6, 11, 16 y 18” [Madrid y cols. en Azuara, 2010], sólo la vacuna tetravalente de Gardasil está registrada en 76 países: Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos, México, Brasil, Puerto Rico, Venezuela, Ecuador, Colombia, Perú, Chile, Argentina, Unión Europea, Suiza, Noruega, Rusia, Argelia, Egipto, Israel, Turquía, Japón, China, Filipinas y Tailandia.

“Como las vacunas anti VPH confieren la máxima protección en las mujeres sin contacto previo con los tipos de Papilomavirus usados en la vacuna, los programas de inmunización anti VPH deben dar prioridad inicialmente al logro de una alta cobertura en la población diana principal, que son las niñas de 9 a 13 años principalmente.” [<http://www.portal.salud.com.mx>]

No obstante, se contempla que las mujeres de hasta 26 años serían beneficiadas con esta estrategia preventiva, a pesar de haber iniciado su vida sexual activa: “sólo necesitan hacerse previamente un Papanicolaou y un estudio sanguíneo de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), con la finalidad de descartar la presencia de alguna sepa de VPH y asegurar así la protección que provee la vacuna tetravalente.” [Morín, Ana. *Protege vacuna del Virus del Papiloma Humano* en Sitio web: <http://anamorin.wordpress.com>]

Desde luego la aplicación de vacunas profilácticas reducirá la aparición de nuevos casos de VPH entre las mujeres, aunque para Campins y cols. [2007], su impacto sea notorio hasta transcurridos 15 o 20 años. Circunstancia que pudiera sumarse a una baja incidencia y mortalidad por CACU, si las beneficiadas con la inyección ejercieran una sexualidad responsable mediante el uso del condón en cada encuentro sexual, y se realizaran su habitual estudio de Papanicolaou.

“Aunque se espera que las nuevas vacunas contra el VPH reduzcan significativamente la incidencia de CACU, no reemplazarán el tamizaje (prueba de PAP). Más bien un enfoque integral que use la vacunación junto con el tamizaje permitirá maximizar la efectividad.” [<http://www.portal.salud.com.mx>]

Al tratarse de una infección de transmisión sexual, es fundamental que bajo una perspectiva de género (la cual se retomará en capítulos posteriores), la información a difundir en las estrategias de prevención primaria sean incluyentes. Se dirijan tanto a la población vulnerable (mujeres) como al sector masculino, en su papel de pareja y padres de familia, con la finalidad de responsabilizar a sus hijas e hijos sobre su salud sexual y reproductiva de manera igualitaria.

Así quedó estipulado en México, cuando el 31 de mayo de 2007, se indicó en el Diario Oficial de la Federación que “la prevención primaria establece, entre otras cosas, el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino (...) y que mediante la consejería, se asesorará a los padres o tutores de mujeres menores de edad sobre las vacunas profilácticas para la infección por el VPH.” [Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud. Jueves 31 de marzo de 2007]

A raíz de dicha publicación, iniciaron las campañas preventivas en distintos estados de la República Mexicana, siendo el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud capitalina, el primero en destinar 205 mil dosis en 109 Centros de Salud, las cuales beneficiarían a aquellas menores de edad sin ningún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEDENA).

“Durante el periodo 2008–2009, se aplicaron 279 mil dosis en 109 Centros de Salud, para alcanzar una meta de 100,263 niñas vacunadas, gracias a una inversión de 100 millones de pesos.” [<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf>] Luego vino la segunda generación de 30,351 preadolescentes, a quienes se les aplicó la primera dosis de la vacuna tetravalente contra los VPH 6, 11, 16 y 18 en junio de 2010.

Otros estados que implementaron campañas de inmunización contra el papilomavirus fueron Torreón, Coahuila, en abril de 2011, con sólo mil unidades, las cuales se agotaron en el tercer día de la semana programada para aplicarlas a niñas de nueve años. Estado de México, en octubre de ese mismo año, donde había en existencia 63 mil 567 dosis y, más recientemente, Baja California, entidad que empezó esta estrategia preventiva en julio de 2012. [Espinoza, 2013 en <http://www.chavezradiocast.com/altavoz/>]

En México ya se ha aplicado la vacuna tetravalente en las tres dosis recomendadas por prescripción médica a niñas menores de edad; sin embargo, “de no formularse adecuadamente los mensajes alrededor de los usos y beneficios de la vacuna en ese rango etario (de 9 a 13 años), pudiera producirse una inconformidad por parte de los padres de familia al considerar que si se les platica a sus hijas sobre estos temas ‘sexuales’, se les inducirá a *comenzar* de forma precoz su sexualidad.” [Bosch y Hurbe, 2006 en: www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/]

Por ende, uno de los retos que inmiscuye directamente al Trabajador Social en la prevención primaria del cáncer cervicouterino, es “elaborar, ejecutar y valorar programas de divulgación de factores que inciden sobre su salud, además de suministrar la información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud” [Kisnerman, 1990], para educar a las comunidades, los progenitores, los docentes y, por supuesto, a los adolescentes.

En su intervención profesional dentro de este nivel preventivo, el Trabajador Social debe considerar el sustrato sociocultural de cada mujer, pues desde su adolescencia es influida por su entorno social inmediato; donde ambos padres de familia podrían ayudar o estorbar en la adopción de hábitos saludables relacionados con una educación para la salud sexual, que reduciría las probabilidades de contraer una infección por VPH y su posible desarrollo en CACU.

De allí que dicha educación sexual se enfoque, por un lado, en disminuir el desconocimiento de las adolescentes alrededor de las medidas preventivas para evitar el contagio por papilomavirus y, por el otro, en disolver aquellos prejuicios sociales que ocasionan que sus mismas mamás no se practiquen su Papanicolaou, por no considerarse vulnerables, creyendo que el matrimonio las protege o sólo por la vergüenza de mostrarse ante otros (el médico varón). Todas ellas actitudes que han desembocado en una reproducción interminable de hábitos insanos que justificarían la actual situación de mortalidad e incidencia del cáncer cervicouterino.

1.6.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA

Cuando el cáncer cervicouterino ha aparecido, se procuran evitar mayores consecuencias y detener el proceso patológico lo antes posible; para lo cual debe realizarse un diagnóstico certero que dé sustento a un tratamiento oportuno.

Es en esta prevención secundaria o relativa, cuando el trabajador social no sólo estudia las actitudes y valores del usuario que benefician u obstaculizan el acceso a los servicios de salud, sino que también interviene en el estudio de calidad y cantidad de éstos, para analizar el nivel de aprovechamiento y la consecuente vigilancia de los grupos de alto riesgo.

Por tanto, si la prevención primaria no ha existido o ha fracasado, “y ya está presente el estímulo productor de la enfermedad (una infección persistente de los tipos oncológicos de VPH 16/18), la única posibilidad es la interrupción de su progresión, mediante la detección y el tratamiento precoz y oportuno en la etapa presintomática” [Carrada Bravo, 2000], mismo que dependerá de los resultados obtenidos en la citología vaginal.

1.6.4 LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

En los primeros apartados, cuando se habló de la situación epidemiológica del cáncer cervicouterino en México, se plasmó su importancia como problema sanitario por ocupar el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer; haberse registrado 4,031 defunciones en 2009, mientras que de “la incidencia de 24, 094 casos: 14,867 (62%) correspondieron a carcinoma in situ y 9,227 (38%) de carcinoma invasor.” [<http://www.portal.salud.com.mx>]

En nuestro país, las acciones gubernamentales encaminadas a atender el problema epidemiológico del CACu comenzaron “en enero de 1974, con la detección de cáncer de cérvix en el Hospital de la Mujer; además de que en el Instituto de Cancerología se empezó la formación de recursos humanos para la obtención y lectura de la citología cervical.” [Olvera, 2009]

De acuerdo con la American Cancer Society, la prueba de detección recomendada para descubrir la presencia de una masa tumoral en el cuello uterino es el Papanicolaou (PAP), también denominada citología vaginal, la cual “consiste en tomar dos muestras de células: una de la región interior del cuello de la matriz, conocida como ‘zona de transformación’, que es donde se alojan los virus con mayor frecuencia, y otra de la parte externa, exocérvix.” [<http://www.saludymedicinas.com.mx>]

Dicha descripción deja entrever que “quienes se encargan de aplicar e interpretar el PAP, deben esmerarse en contar con la preparación necesaria para brindar un servicio eficiente” [<http://www.saludymedicinas.com.mx>], debido a su meticuloso procedimiento:

“Consiste en una revisión vaginal mediante un instrumento llamado espéculo vaginal, el cual se introduce cuidadosamente en la vagina para observar el cuello de la matriz; luego de que el médico *lo* identifica, toma otra muestra con una espátula especial. A continuación toma una muestra del orificio cervical con un cepillo endocervical, y ambas se colocan en una laminilla (vidrio rectangular) por separado. Las muestras se fijan con alcohol y se envían con un patólogo para su estudio. [De la Garza, 2006]

Mas como bien lo señala el Dr. Paoli Di Castro, Director del Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva de la Ciudad de México, “no debe olvidarse la responsabilidad de las autoridades por efectuar campañas que mantengan bien informada a la población.” [<http://www.saludymedicinas.com.mx>]

Aunque el gobierno mexicano ha buscado “concretar acciones para sensibilizar a la población en riesgo y motivarla a acudir a los centros de salud a la realización de estudios de detección citológica” [Lobatón y cols., 2004], las estadísticas en torno al CACu representan un llamado para las instituciones de salud y, por ende a los trabajadores sociales, a “fortalecer los programas de detección y tratamiento de lesiones precancerosas; establecer o reforzar los sistemas de información y registro de los casos de cáncer, y mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer.” [OPS, 2013] Sobre todo cuando “las mujeres a las cuales se dirige la detección quizá se sientan perfectamente sanas y no vean ninguna razón para acudir a los establecimientos de salud.” [*Prevención y control integrales del CaCu: un futuro más saludable para niñas y mujeres*. En sitio web:]

CAPÍTULO II. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

En cuanto mirada desde la cual se reelaboran los conceptos de la mujer, del hombre y de las relaciones sociales establecidas entre ellos, la *Perspectiva de Género* tiene su base en un movimiento social, político, económico, ético y filosófico, cuyo pensamiento crítico va encaminado a una sociedad donde los principios de igualdad, equidad y justicia tengan un valor universal: el *Feminismo*.

Por tanto, en el siguiente apartado se definirá más detalladamente, así como sus rasgos principales en distintos momentos históricos. Luego explicaré palabras clave de la *Perspectiva de Género* como categoría de análisis: sexo, género, identidad y rol genérico, para abordar el término *salud reproductiva* y las acciones implementadas en la delegación Gustavo A. Madero dentro de dicha área, a favor de la prevención del cáncer cervicouterino.

2.1 SUS BASES TEÓRICAS: EL FEMINISMO.

La historia del *Feminismo* se remonta al siglo XVII con el tratado de Marie de Gournay, en 1622, titulado “De la igualdad entre los hombres y mujeres”, a partir del cual se propugna “un cambio en las relaciones sociales que conduzcan a la liberación de la mujer al eliminar las jerarquías y desigualdades entre los sexos.” [Gamba, 2015]

En ese momento se le denominó liberal, porque partía de la idea de que “hombres y mujeres deben tener libre acceso a cualquier ámbito social que les permita desarrollar todas sus capacidades.” [Jaime Guadalupe, 2014] Ya que la diferencia biológica natural entre ambos (su sexo) no era razón suficiente para asegurar que “las mujeres no poseían las mismas capacidades intelectuales que los hombres para desempeñar cualquier trabajo en el que se propusieran laborar.” [Jaime Guadalupe, 2014]

Sin embargo, la llamada ‘revolución que aún no ha visto su culminación’, se dio con mayor fuerza cuando explica la dominación masculina desde el concepto del ‘patriarcado’; definido por Marcela Lagarde [2014] como un sistema de control sexista centrado en los hombres, quienes “por su condición física de mayor fuerza, podían controlar la función reproductiva y sexual de la mujer para tener el control de la sociedad primitiva.”

Más tarde, el *feminismo socialista*, cuyas raíces filosóficas se concentran en el marxismo, sostiene que “la subordinación femenina y dominación masculina son producto directo del sistema económico–capitalista que gobierna la vida social y personal de la población.” [Jaime Guadalupe, 2014] Asimismo, establece una división sexual del trabajo, donde aquél que es hecho por las mujeres en el ámbito doméstico es considerado no visibilizado al no reflejarse en una remuneración económica.

Una primera definición del *Feminismo* consiste en “un movimiento social y político que se inicia formalmente a finales del siglo XVIII y supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, la dominación y explotación de que han sido objeto y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas del modelo de producción.” [Victoria Sau citado en Montero, 2006]

Su objetivo es visibilizar la situación de inferioridad de las mujeres frente a los privilegios del hombre, al analizar la condición de la mujer en áreas que han sido fundamentales en los orígenes de la opresión femenina: “el rol de la familia, la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico, la sexualidad, la reformulación de la separación de espacios público y privado, y el estudio de la vida cotidiana.” [Gamba, 2015]

De ahí que uno de sus primeros logros se diera al finalizar la Segunda Guerra Mundial, cuando las mujeres consiguieron el derecho al voto en casi todos los países europeos, situación con la cual se empezó a desmontar el patriarcado, eliminar los poderes de dominio de los hombres y construir la igualdad entre ambos sexos.

A lo largo del siglo XX y lo que va del XXI, los movimientos feministas han generado un cambio en las relaciones sociales mediante una transformación en el pensamiento, para cambiar arraigadas ideas culturales en torno comportamientos y actitudes sexistas, que privilegian lo masculino sobre lo femenino y las formas de dominación patriarcal. Todos ellos, “discursos y prácticas que tratan de legitimar la dominación sexual desde la ciencia, la religión, la filosofía o la política.” [Montero, 2006]

Según la RAE, el feminismo es una doctrina favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados antes a los hombres. Rechaza, por tanto, el determinismo biológico al considerar que genera discriminación y desigualdad en lo social, lo cultural y lo económico; pues de forma reiterada y con renovados discursos, el patriarcado o también denominado “androcentrismo”, sustenta que sólo los varones son sujetos universales portadores de derecho. Situación derivada de la ‘costumbre’ social de asociar lo masculino a la cultura, la vida pública y el poder, mientras lo femenino queda supeditado a la naturaleza, la vida privada y la obediencia.

Es así como el feminismo adquiere rasgos de movimiento social desde sus inicios, cuando empezó a plantear una transformación ideológica, con la finalidad de cambiar el sistema simbólico de interpretación sobre lo que significa ser hombre o mujer:

“...aporta al conjunto de la sociedad un prisma singular desde el que analizar y ver el mundo, porque las mujeres constituidas en sujetos activos, cuestionan e interrogan a la sociedad y a ellas mismas sobre lo que son, lo que hacen, sobre la organización social y el mundo que les rodea.” [Montero, 2006]

Al apoyarse en el materialismo histórico y dialéctico, el feminismo socialista no sólo retomó conceptos y categorías como “poder, opresión, explotación, trabajo y condición social para interpretar la dinámica de la realidad social” [INMUJERES, 2008 citado en Lagarde y Valcárcel, 2011], sino que favoreció la aparición de cuatro conceptos que empezaron a delinear el nacimiento de la *Perspectiva de Género* como una nueva visualización de cada hombre y cada mujer en su dimensión sociocultural: sexo, género, rol e identidad genérica.

2.2 HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

El *Feminismo*, antecedente de la *Perspectiva de Género*, cuestionó el discurso milenario del patriarcado en torno al sometimiento institucionalizado de los hombres hacia las mujeres, por su supuesta inferioridad natural; la cual no sólo derivada de su constitución física, sino también de los rasgos que al “definirlas” como emotivas, pasivas y sensibles, marcaban su capacidad para enfocarse en asuntos relacionados con el espacio privado y el cuidado de los hijos.

En consecuencia, el movimiento feminista hizo posible ver la subordinación femenina al conceptualizar y diferenciar el *sexo* del *género*, con el propósito de eliminar los poderes de dominio masculino y las desigualdades entre hombres y mujeres. Mientras que, la *Perspectiva de Género* se enfoca en analizar y trabajar la manera como se relacionan los hombres con las mujeres, los hombres con otros hombres y las mujeres con otras mujeres:

“La *Perspectiva de Género* analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y ciudadanos que deben enfrentar y las maneras como lo hacen.” [Lagarde, 1997]

Es momento de presentar diferentes conceptos de las palabras clave que le han dado vida a dicha categoría analítica, y comprender por qué se eligió para abordar la prevención del cáncer cervicouterino y los factores socioculturales y económicos que influyen en las mujeres sobre si practicarse o no su prueba de Papanicolaou.

2.3 SEXO, GÉNERO E IDENTIDAD GENÉRICA: SUS CONCEPTOS CLAVE.

“Hombres y mujeres, desde el momento de su nacimiento son reconocidos como tal, en un primer momento por cuestiones biológicas.” [Vergara y Pérez, 1993 citado en Paterna y cols., 2004] Éstas se entienden como “las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres y mujeres.” [Guzmán y Bolio, 2010] En otras palabras, el sexo es todo aquello con lo que se nace físicamente.

De acuerdo con el *Feminismo*, el sexo fue el punto de partida del patriarcado, ya que la configuración física de hombres y mujeres era un referente significativo para establecer los rasgos de la personalidad de cada uno. Así, “lo masculino estaba ligado a un ser fuerte, trabajador, responsable, violento, audaz, proveedor, sexualmente activo e independiente; en tanto, lo femenino, consistía en ser amorosa, débil, sentimental, abnegada, tierna, bella, dócil, sexualmente pasiva o receptora y dependiente.” [Guzmán y Bolio, 2010]

Sin embargo, a partir de los años 70's, “emerge el concepto de *género* con los trabajos de Money en 1966, Gayle Rubin en 1974 y Robert Stoller, quienes concluyeron que la identidad sexual de mujeres y hombres no era resultado directo del sexo biológico, sino de las pautas de socialización y representación cultural sobre lo que significa ser mujer u hombre en un determinado contexto social.” [Gómariz, 1992 citado en INMUJERES, 2008]

En su libro *La tecnología del género*, Teresa de Loretis lo define como una construcción imaginaria, colectiva y simbólica de los atributos asignados a las personas a partir de su naturaleza sexuada, al constituirse en un “conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, y éstas a su vez designan una posición del individuo frente a otros...el género representa a un individuo en tanto perteneciente a una clase.” [Ramos Escandón, Año] Pero, por qué es una construcción.

Marcela Lagarde [2005] argumenta que al ser un complejo de disposiciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas y psicológicas, se crea según una época, una sociedad y una cultura en específicos. De manera que los modelos de femineidad y masculinidad se establecen, refrendan o modifican con la acción social de la vida cotidiana:

“La asignación de género se produce desde que se nace, a través del contacto con la familia, la escuela y las relaciones con los pares, y se va reforzando a lo largo de la vida por el condicionamiento de reglas, normas institucionales, mensajes y discursos sociales.” [INMUJERES, 2008]

Entre dichos discursos sociales se encuentra una jerarquización en cuanto al acceso del poder, interiorizada por un proceso de socialización considerado natural, normal y socialmente aceptado, que justifica las relaciones de opresión entre hombres y mujeres, reflejadas en los espacios y funciones asignadas a ambos, porque “al hecho de nacer con un determinado cuerpo, la cultura le asigna cierto tipo de actividades, valores, roles y comportamientos que colocan a unas y otros en posiciones de exclusión y subordinación.” [Lagarde y Valcárcel, 2011]

De acuerdo con Daniel Cazés, al encontrarse asentado en el cuerpo físico, el género también está en el cuerpo histórico; esto es, en el cúmulo de experiencias que cada quien vive en su existencia en el mundo, según la percepción de sí mismo, de su corporalidad, de su sentido del yo, de su sentido de pertenencia. Por consiguiente, la *identidad genérica* adquiere relevancia:

“...la identidad hacia un género consiste en un juicio a través del cual el individuo trata de autoclasificarse como hombre o mujer basándose en los aspectos que la historia ha planteado como culturalmente propios de las dos categorías sexuales.” [Vergara y Pérez, 1993 citado en Paterna y cols., 2004]

Pero para que tal circunstancia se cumpla, la cultura, igualmente construida por el ser humano, especifica “las reglas, normas, creencias, ideas y valores, a transmitir de generación en generación en torno a los comportamientos, funciones, tareas y responsabilidades aprendidas en grupos, comunidades o sociedades” [Guzmán y Bolio, 2010], es decir, el *rol genérico*.

Éste se asigna en función del momento cultural e histórico en que están insertadas las personas y son ejercidos por los individuos, según se asuman como hombres o mujeres. Por tanto, se refuerza lo estipulado en el discurso de Marcela Lagarde [2005] respecto a que “lo que es obligatorio para unos está prohibido para otros, porque pertenecen a grupos como las clases sociales”, mismos que valorarán de manera diferente las actividades, potencialidades, limitaciones y actitudes identificadas para cada género.

La *Perspectiva de Género* pretende “reelaborar los conceptos de hombre y mujer, sus respectivas vocaciones en la familia, la sociedad y en la relación entre ambos.” [Guzmán y Bolio, 2010] Dicha tarea tiene por sustento las palabras clave explicadas con anterioridad, pues al centrarse en los factores psicológicos y socioculturales asignados a cada sexo a través del tiempo, quiere “desestructurar, reestructurar y transformar las ideas o pensamientos que se tengan acerca de cada género.” [González, 2014]

Como metodología de interpretación, la *Perspectiva de Género* resulta apropiada para analizar los factores sociales, culturales y económicos que influyen en las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, para la práctica o no de su prueba de Papanicolaou. Más aún cuando se considera “una visión alternativa y explicativa de lo que acontece en el orden de los géneros y, por lo tanto, una crítica de los discursos dominantes de la sexualidad, de la cultura y de la organización política de la sociedad.” [Guzmán y Bolio, 2010]

Por constituirse en “una manera integral, histórica y dialéctica de ver y explicar el mundo, tomando en cuenta las implicaciones económicas, políticas, psicológicas y sociales de los géneros en sociedad” [Guzmán y Bolio, 2010], este marco conceptual servirá de guía en el análisis de resultados de la fase cualitativa y las categorías conformadas a partir de los comentarios obtenidos por la muestra (32 mujeres).

Asimismo, porque al reconstruir conceptos añejos como sexualidad, matrimonio, vida y familia, permite la comprensión de las actitudes, creencias y emociones de dichas mujeres en torno a su PAP, las cuales son producto de sus experiencias vividas en distintos ámbitos y de sus relaciones sociales con el género masculino. Así, facilita la identificación de los sesgos y los condicionamientos de género que, posteriormente, pueden contribuir en la elaboración de una propuesta de intervención desde el Trabajo Social, cuyo objetivo resida en hacer partícipes a ambos (mujeres y hombres) en la prevención del cáncer cervicouterino.

2.4 DEFINICIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Al sostener que dentro del patriarcado, el sexo biológico con el cual se nace es un primer factor para articular los procesos que otorgan “poder” a los hombres sobre las mujeres, el *Feminismo* argumenta que dichas diferencias y características biológicas y anatómicas generan la opresión de las mujeres bajo términos como expropiación sexual, discriminación social y violencia.

Ello significa que “la dominación patriarcal expropia a las mujeres su libertad sexual, al prohibir y obligarlas a cumplir con deberes sexuales y al no reconocer y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos.” [Barrera, 2014] Por eso, el movimiento feminista y la *Perspectiva de Género* destacan la importancia de que las mujeres se apropien de su sexualidad, logrando así transformarse en seres para sí y no en sujetos para los demás.

Reconocido por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), el 13 de septiembre de 1994, el término *Salud Sexual y Reproductiva* es resultado de esa lucha por la igualdad entre hombres y mujeres, ya que “es fundamental para las personas, las parejas y la familia, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones” [<http://www.apps.who.int>], y se define como:

“Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Asimismo, implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”
[<http://www.apps.who.int>]

Entonces, cobra relevancia el derecho de mujeres y hombres a obtener información sobre métodos seguros, eficaces y aceptables de planificación familiar, tener acceso a ellos para regular su fecundidad de manera legal y recibir servicios adecuados de atención a la salud que permita embarazos y partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

La atención de la salud reproductiva incluye también la salud sexual que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se define como “la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus probabilidades de comunicación y de dar y recibir amor.”
[<http://www.apps.who.int>]

En consecuencia, la *Salud Sexual y Reproductiva* “establece garantías a la maternidad elegida, la atención sanitaria de las mujeres, el derecho a comprender y disfrutar su propia sexualidad y permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.” [Stern, 1998]

Con dicho término se determinó que “las políticas de población deber tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida, y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Dejando de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo de la mujer como madre y cuidadora.” [Mazarrasa y Gil: 2014 en <http://www.msssi.gob.es>]

En ese sentido, la prevención del cáncer cervicouterino con una *Perspectiva de Género* debe iniciarse desde el ámbito de la salud sexual, con la difusión informativa a ambos padres de familia en torno al virus del papiloma humano, definido ya como una infección del aparato reproductor. De modo que se puedan prestar los servicios sanitarios pertinentes a sus hijos adolescentes mediante la aplicación de la vacuna contra el VPH; sin embargo, uno de los mayores obstáculos para el trabajador social en su quehacer profesional dentro de la educación para la salud, son los tabúes y normas relacionados con la sexualidad.

Asimismo, al tratarse de un padecimiento propio de la anatomía femenina, implica tomar en cuenta que por el rol genérico que les es asignado como cuidadoras, existe aún una falta de poder de las mujeres sobre su salud. Es decir, que “no existe una participación real de su parte en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables para su salud” [Mazarrasa y Gil: 2014 en Sitio web: <http://www.msssi.gob.es>], como lo es su prueba de Papanicolaou.

2.5 LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO Y EL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Para hablar de los programas implementados sobre Salud Reproductiva y, particularmente, de la Detección del Cáncer Cervicouterino, primero se hará referencia a la reforma al artículo 4º constitucional “que establecía la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, la protección a la familia y el derecho a la decisión libre, responsable e informada de cada individuo sobre el número y espaciamiento de sus hijos.” [Tuñón Pablos, 1999]

A raíz de dicha modificación, diversos programas surgieron como resultado de la preocupación del gobierno hacia el crecimiento poblacional y sus tendencias; siendo su primer intento el *Programa Paternidad Responsable*, establecido en 1974, bajo la asesoría del Consejo Nacional de Población (CONAPO), cuya principal acción residió en la distribución gratuita de anticonceptivos a las usuarias.

Para 1977, como parte de esas políticas demográficas, se creó la coordinación del Plan Nacional de Planificación Familiar, como un organismo normativo y evaluador, integrado por las tres principales instituciones de salud pública: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy, Secretaría de Salud, SSA).

A tres años de su creación fue suprimida y sus funciones las retomó la Dirección General de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno–Infantil, dependientes de la SSA. Tras los acuerdos firmados en El Cairo y la existencia de otras líneas de acción que podían englobarse en el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, en México se creó el *Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva* (1995–2000).

En su diagnóstico, éste le dio prioridad a reducir el crecimiento poblacional mediante una etapa de ‘transición demográfica’, marcada por los objetivos de alcanzar bajas tasas de fecundidad. De modo que, en México, se rezagaron los principios rectores de la conferencia de El Cairo: el derecho a la información; el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a los servicios de salud.

También en 1974, se creó un Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (PNDOC), con el objetivo de reducir la incidencia de la neoplasia invasora y su mortalidad, mediante la realización de la prueba de Papanicolaou, la cual detecta cambios premalignos o un cáncer invasor temprano en el cérvix. Mas pese a su puesta en marcha, “el número de muertes oficiales ocasionadas por el CaCu entre 1980 y 1995 fue cercano a 62 mil.” [<http://www.facmed.unam.mx>]

Aunque la norma oficial de tamizaje del PNDOP imponía una prueba anual de PAP en toda mujer que había iniciado relaciones sexuales, “en 1996 sólo había infraestructura y recursos suficientes para llevar a cabo 3, 516,000 citologías en una población de 16, 507,011 mujeres entre los 25 y 65 años. Mientras que aquéllas con un diagnóstico colposcópico de VPH, e incluso con displasia leve, fueron tratadas en la clínica de colposcopia con criocirugía, electrocirugía o láser, lo que posiblemente significó mayores costos y menores beneficios.” [<http://www.facmed.unam.mx>]

En el año 2000, cuando el cáncer cervicouterino aún constituía la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre las mujeres de 25 años y más, al registrarse diariamente cerca de 12 muertes por esta causa, “muestra de una verdadera inequidad de género e injusticia social, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, con el propósito de brindar información y servicios de calidad técnica e interpersonal que contribuyan a prolongar la vida saludable de las mujeres mexicanas.” [<http://www.facmed.unam.mx>]

Entre las metas de dicho programa se encontraban:

- a) “Garantizar en el año 2006, el manejo y tratamiento adecuado del 90% de los casos detectados de displasias y cáncer in situ en las clínicas de displasias.
- b) Asegurar para ese mismo año, el manejo y tratamiento del 80% de los casos de cáncer invasor en los centros oncológicos.
- c) Certificar en el año 2003, que el 95% de citotecnólogos, citólogos y patólogos cuenten con la constancia de calidad en la lectura de las muestras.
- d) Asegurar en el año 2003 que el 95% de los colposcopistas cumplan con el perfil adecuado para su función de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana.
- e) Fortalecer el sistema uniforme y oportuno de información en las instituciones que conforman el sector salud.” [<http://www.salud.gob.mx>]

Así, convergen varios de los puntos analizados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo como “reconocer que no hay igualdad para mujeres y hombres en el acceso a los servicios de salud y que esto genera una demanda insatisfecha de niñas, adolescentes, mujeres adultas y de la tercera edad de diversos sectores sociales, pero especialmente de los más pobres y marginados. Asimismo asocia a la desigualdad de género y a la pobreza, los problemas femeninos de salud reproductiva y sexual y de salud en general.” [Espinosa, 2003]

2.6 *CUIDATE* DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO.

En la delegación Gustavo A. Madero, la segunda más poblada del Distrito Federal con 1, 185,772 habitantes, implementó una campaña permanente llamada *Cuidate*, “una acción enfocada en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama y cervicouterino entre mujeres de escasos recursos, que no cuentan con Seguridad Social y se encuentran en edad reproductiva.” [<http://www.gamadero.gob.mx>]

“De abril a junio de 2012, la GAM realizó 2 mil estudios de Papanicolaou y 375 mastografías en las colonias Palmatitla, San Felipe de Jesús, Martín Carrera, Santa Isabel Tola, Gertrudis Sánchez, Estanzuela, Casas Alemán, Campestre Aragón y San Bartolomé Atepehuacan, clasificadas como de alta marginación” [<http://www.gamadero.gob.mx>], dado que sus habitantes tienen los recursos económicos para practicarse su prueba de PAP o una mastografía en laboratorios particulares.

Desde febrero de ese mismo año, *Cuídate* comenzó a aplicar la prueba de captura de híbridos del virus del papiloma humano, cuyo costo supera los mil pesos en clínicas privadas, por lo que las participantes beneficiadas son habitantes de colonias populares de la demarcación.

También como parte de las acciones preventivas de la Gustavo A. Madero, donde se delimitó geográficamente la presente investigación, es destacable que, a partir de abril de 2014, se inauguró la primera Clínica Integral de la Mujer, ubicada en Ferrocarril Hidalgo y Congreso de la Unión, en la colonia Ampliación San Juan de Aragón. Su intención: detectar de manera oportuna el cáncer cervicouterino y mamario con “tecnología de punta para ofrecer los servicios gratuitos de ultrasonido de mama, mastografía, Papanicolaou y colposcopia.” [<http://www.gamadero.gob.mx>]

Con una infraestructura de mil 600 metros cuadrados de construcción, la Clínica Integral de la Mujer busca atender las necesidades de salud de las casi 350 mil mujeres maderenses y, “a sólo cinco días de abrir sus puertas al público, se habían registraron 867 solicitudes de igual número de mujeres para acceder a la consulta médica.” [<http://www.contactohoy.com.mx>]

Hasta agosto del 2015, en la clínica se “ha atendido a más de 33 mil mujeres y revelado a través de su atención médica, más de mil 500 casos de posible cáncer de mama y cervicouterino, de los cuales el 90 por ciento han sido detectados en una etapa temprana” [<http://www.excelsior.com.mx>], asimismo atiende a diario aproximadamente a cerca de 830 mujeres de 8 am a 8 pm.

A diferencia de lo que sucede en instituciones como el IMSS o el ISSSTE, en la Clínica Integral de la Mujer el mismo día en el cual la paciente acude para practicarse sus estudios, se los dan. “En caso de existir un resultado positivo o con indicios de cáncer, de inmediato se canaliza a la paciente al Centro Oncológico Integral (COI), donde es atendida de manera gratuita y, de necesitar cirugía, así como la colocación de alguna prótesis, la delegación Gustavo A. Madero cubre la totalidad de los gastos.” [<http://www.excelsior.com.mx>]

Dicha clínica “cuenta con dos áreas de asesoría jurídica y dos espacios de atención psicológica, donde especialistas en la materia orientan a quien acude por ayuda e información. Para mayor comodidad de las pacientes, en su interior se ubica una ludoteca y área de juegos, donde los hijos de las beneficiarias permanecen atendidos por educadoras autorizadas, mientras sus madres se realizan los análisis clínicos.” [<http://www.gamadero.gob.mx>]

“Creada con el propósito de atender a las habitantes de la delegación Gustavo A. Madero, ha extendido su atención al brindar servicio a mujeres provenientes de otras delegaciones, municipios e incluso estados del interior de la República como Tamaulipas, Chihuahua, Oaxaca y Aguascalientes, entre otros.”
[<http://www.excelsior.com.mx>]

Puesta en marcha durante la administración de Nora Arias Contreras, la Clínica es una muestra del compromiso que las autoridades de la GAM tienen para con la salud de sus mujeres. Así lo externó la delegada durante su inauguración el 1º de abril de 2014: “el cuidado y la protección de las madreceses son prioridad de este gobierno delegacional, porque ellas son el pilar fundamental del núcleo familiar.”

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, pues tan sólo en el 2008, provocó 7.6 millones de defunciones, aproximadamente, un 13% del total. Asimismo, se estima que su incidencia “podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos.” [SSA, 2011]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que, en el 2011, los principales tipos de cáncer fueron el pulmonar, con 1,4 millones de decesos; el gástrico, con 740,000; el hepático, con 700,000; el colorrectal, con 610,000; el mamario, con 460,000 y el cáncer cervicouterino (CACU) con alrededor de 300,000 muertes por año.

En el 2012, más de 83,000 mujeres de las Américas fueron diagnosticadas con este último tipo de neoplasia, y casi 36,000 millones fallecieron por su causa. De mantenerse esta tendencia, la mortalidad por CACU aumentaría en las Américas en un 45% para el 2030.

La presencia de tumores malignos en el cuello uterino es el tercer tipo de cáncer con mayor prevalencia en México, situación que lo ubica como el tercer país latinoamericano con mayor número de nuevos casos al año (12,516), y “en el lugar 15 de la Región, por la tasa de mortalidad (14.1 por cada 100 mil mujeres) y el 16, en casos registrados (29.5 por cada 100 mil mujeres).” [<http://journalmex.wordpress.com>]

El panorama anterior ha despertado el interés de diferentes disciplinas sociales por profundizar sobre la prevención de esta problemática sanitaria; particularmente en aquellos factores sociales, culturales y económicos que impiden su detección temprana, diagnóstico y tratamiento, mediante la citología cervicovaginal mejor conocida como Papanicolaou (PAP).

La escasa información alrededor de la enfermedad; el pudor de exponer ante un médico varón, una parte de su cuerpo que perciben como íntima; el temor al procedimiento, lo cual se relaciona asimismo con deficiencias en la calidad de la atención; el miedo a recibir el diagnóstico positivo de una enfermedad que se “cree” incurable; o la demora en la entrega de resultados, ha propiciado que las mujeres, aunque sepan que deben practicarse su PAP, no lo hagan.

La OMS ha declarado que “el cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fácil de detectar y prevenir, debido a que su desarrollo es gradual” [<http://www.paho.org>], al estar precedido, “durante meses o años, por una serie de lesiones celulares dentro del epitelio endocervical, denominadas neoplasias” [Bello, 2010], cuya evolución puede evitarse con la realización periódica del PAP.

Sin embargo, como lo declaró Jesús Quintero Ramírez, Coordinador Delegacional de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aunque se recomienda su práctica anual a partir del comienzo de la actividad sexual y una semestral cumplidos los 40 años, en la población femenina mexicana no existe una cultura de revisión médica ginecológica.

En el 2006, apenas el 30% de las mujeres adultas se practicaron su Papanicolaou. Pero quienes solicitaron dicha detección tenían de 50 a 54 años, un rango etario de menor vulnerabilidad para desarrollar CACu; mientras que el grupo de mujeres más jóvenes, de 20 a 24 años y de 25 a 29, hacia quienes está mayormente enfocada la prevención secundaria, sólo lo hicieron en un 18.2% y 34.8%, respectivamente.

Dichos porcentajes serían un reflejo de cómo para quienes no se realizaron su PAP, éste conlleva elementos de orden emocional y valorativo que implican el reconocimiento de una vida sexual activa. Además de que “las iniciativas de prevención y autocuidado se expresan en actitudes de sumisión y represión, *sentimientos de temor y vergüenza*, debido a un probable poder ejercido por el cónyuge.” [Wiesner–Ceballos, 2006]

Al estar comprobado científicamente que “el 99,8% de los casos de cáncer de cuello uterino se deben a tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual, denominado virus del papiloma humano (VPH)” [Saavedra, 2006], las formas de organización social de la sexualidad que cada sociedad y cultura elaboran, representan un eslabón importante en la prevención primaria y secundaria de este padecimiento.

Si bien la exposición de las mujeres al VPH puede prevenirse con la aplicación de “vacunas profilácticas antes del inicio de las relaciones sexuales y prioritariamente a las niñas–adolescentes” [Bosch, 2006], su costo es un factor clave para su disponibilidad en todos los países, principalmente de América Latina y el Caribe, “dados los problemas de financiación para gastos en salud que tienen en dicha región.” [<http://new.paho.org>]

Incluso, aún cuando las dos vacunas existentes con antígenos frente a los VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil y la bivalente Cervarix), estuvieran disponibles sin costo alguno en los países desarrollados y subdesarrollados, “los programas de inmunización tendrían que abordar la dificultad de ‘hacerlas atractivas’, para que los padres de las niñas adolescentes las aprobaran.” [Alliance Cervical Cancer Prevention: 2004]

De igual modo, en aquellas mujeres mayores de 18 años que no hayan contraído ninguno de los tipos de VPH oncogénicos (cancerígenos) mencionados, habría que trabajar en la medida que “la actitud de la mujer sobre la vacuna depende de su propia conducta sexual, su conocimiento sobre el VPH y lo que piensa sobre las vacunas en general, así como su impresión sobre la aprobación de otros.” [Alliance Cervical Cancer Prevention, 2004]

“Teniendo en cuenta las dificultades de introducir vacunas en los países en desarrollo, y el tiempo que se tarda entre su lanzamiento y la reducción de los índices de mortalidad, los programas en dichos países tendrán que continuar haciendo pruebas de detección como medida secundaria de prevención.” [Alliance Cervical Cancer Prevention: 2004]

Ante este panorama, el presente protocolo de investigación gira alrededor de la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores socioculturales de las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, en el Distrito Federal, que influyen en la prevención secundaria del cáncer cervicouterino, a través de la práctica del examen de Papanicolaou?

3.2 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA:

A quince años de haber iniciado el siglo XXI, hablar de salud es sinónimo de padecimientos crónicos–degenerativos, cuya proliferación se refleja en el diagnóstico que los médicos anuncian día con día a sus pacientes. Diabetes, hipertensión arterial, obesidad, VIH–SIDA y cáncer son términos constantes entre la jerga médica y en todos los miembros de la sociedad.

Cualquiera de esas enfermedades ha adquirido una cotidianeidad casi natural entre la población en general, por sus índices de mortalidad e incidencia alrededor del mundo, pero sobre todo por las secuelas sociales, culturales y económicas que producen desde el diagnóstico hasta la recuperación o muerte de quienes lo padecen. En consecuencia, son consideradas problemáticas sanitarias dignas de estudio dentro de las Ciencias Sociales.

Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud indican que “cada año 11 millones de personas son diagnosticadas con cáncer, y cerca de 7 millones de personas mueren por esta causa, es decir, provoca el 12.5% de las defunciones generales. [<http://www.inegi.org.mx>]

Dichas estadísticas han acrecentado el interés por la investigación destinada al hallazgo de una probable cura para el cáncer y, por otro lado, el fomento de programas que sensibilicen a la población hacia una cultura preventiva, edificada en la adquisición de hábitos saludables y en la erradicación de conductas dañinas como el consumo de alcohol y tabaco, la falta de ejercicio y la mala alimentación, sus principales factores de riesgo.

Hombres y mujeres debieran responsabilizarse de su salud, aún más cuando el cáncer los ataca por igual en determinados órganos y, específicamente, en algunos otros en función de su diferencia biológica. No obstante, pareciera que con la llegada del tercer milenio, ese llamado se ha profundizado más entre las mujeres, quienes ven reducida su esperanza de vida ante dos padecimientos oncológicos que atacan a su género alarmantemente: el cáncer de mama y el cervicouterino.

“La esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 77.1 años por 72.1 de los hombres; sin embargo ese tiempo se ve mermado con la incidencia de cáncer mamario que, a nivel nacional, alcanza el 18.3 por ciento por cada 100 mil habitantes con edad promedio de 48 años, y las 12 mil muertes anuales por cáncer cervicouterino en el grupo de 25 a 64 años de edad.” [<http://www.inegi.org.mx>]

En México, los decesos por cáncer efectivamente se presentan en ambos sexos en edades productivas, pues “entre las mujeres, por grupo de edad, la mayor ocurrencia se observa en las mayores de 35 años, mientras en los hombres esto sucede a los de 45 años y más.” [SSA, 2011]

Respecto al cáncer cervicouterino, en 1980, el riesgo de morir por esta causa era dos veces mayor que el de cáncer de mama. Situación que se mantuvo de 1990 al año 2000, cuando “se reportaron un total de 48,761 defunciones por CACU en todo el país, iniciando en 1990 con 4,280 muertes en el año y terminando con 4,620 en el 2000.” [Palacio-Mejía, 2009]

Aunque para el 2006 los papeles se invirtieron al convertirse el cáncer de mama en la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre la población femenina, es preocupante que el cervicouterino haya ocasionado la muerte de 4,031 mujeres en el 2009, cuando “su larga historia natural ofrece múltiples oportunidades de intervención, mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos.” [<http://www.paho.org>]

Si la mortalidad por CACU disminuye escasamente año con año, pero su incidencia aumenta cada vez más en mujeres jóvenes, significaría que las estrategias implementadas por las autoridades sanitarias “para que toda la población tenga las mismas oportunidades y calidad en la accesibilidad y servicios de atención preventiva y curativa” [Palacio-Mejía, 2009], no están funcionando de manera efectiva.

Desde la mirada de las disciplinas sociales, las investigaciones en torno al cáncer cervicouterino han tenido como parte de sus objetivos, identificar cuáles son esas barreras de índole social, cultural y económica, que llevan a las mujeres a no practicarse su prueba de Papanicolaou; circunstancia que, sin duda, guarda una relación estrecha con el éxito o fracaso de las acciones preventivas llevadas a cabo por los profesionales de la salud.

Entre los factores que pueden considerarse como claras barreras para la prevención secundaria de dicha neoplasia están la percepción y conocimientos sobre la enfermedad; las creencias y comportamientos frente a ella; los patrones culturales y emocionales; el costo de la atención médica; la falta de seguro médico; los largos tiempos de espera para la programación de citas; la negligencia del personal médico; la falta de infraestructura pública para la provisión de servicios básicos, y asignación de recursos al interior del sistema de salud.

Aunque todos son relevantes, para fines de la presente investigación, es necesario centrarse en los factores y/o barreras subjetivas, es decir, las relacionadas o determinadas por el conocimiento, los valores y las actitudes que dificultan o impiden la presencia de una conducta preventiva” [Giraudó, 2006], ya que suponen trabajar de forma directa con la población vulnerable al cáncer cervicouterino: las mujeres.

En ese sentido, la trascendencia de la presente investigación y desde el Trabajo Social, reside en obtener por su propia voz, aquellas necesidades educativas esenciales para elaborar una propuesta de intervención, capaz de generarles conciencia de la realización del Papanicolaou como disciplina de salud, hacia una cultura de la prevención integral del cáncer cervicouterino.

La delimitación espacial en la delegación Gustavo A. Madero (GAM) tiene por fundamento, en primera instancia, las cifras demográficas oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), correspondientes a su Censo de Población y Vivienda 2010, en donde se le ubicó como la segunda delegación más poblada del Distrito Federal “con un millón 185 mil 772 habitantes, de los cuales 571 mil 233 son hombres, es decir, 48,2%; mientras que el sexo femenino representa el 51.8% con 614,539 mujeres.” [<http://www.inegi.org.mx>]

Asimismo, porque desde marzo de ese mismo año, la demarcación puso en marcha una campaña permanente para la detección de cáncer de mama y cervicouterino, en coordinación con el INMUJERES DF y la Secretaría de Salud, llamada *Cuídate*. Un programa cuyo propósito es ofrecer “atención médica a más de 300 mil mujeres en edad reproductiva, de entre 20 y 39 años de edad, que habiten en zonas clasificadas como de alta marginación y que carecen de servicios de salud.” [<http://www.gamadero.df.gob.mx/>]

Más aún cuando “poco más del 30% de dicha población (cerca de 379 mil mujeres) no cuenta con ningún tipo de seguridad social o no tiene los recursos económicos para practicarse una mastografía o un Papanicolaou en clínicas particulares.” [<http://www.gamadero.blogspot.mx>] Situación que incrementa la vulnerabilidad de quienes son considerados el pilar fundamental del núcleo familiar.

En el segundo trimestre del 2012 (de abril a junio), la delegación Gustavo A. Madero practicó “2 mil estudios de Papanicolaou, con el apoyo de dos modernos y funcionales medibuses, que recorren todos los días las colonias populares del perímetro para dar servicio de salud de manera gratuita.” [<http://www.gamadero.blogspot.mx>] Por ejemplo: Palmatitla, San Felipe de Jesús, Martín Carrera, Santa Isabel Tola, Gertrudis Sánchez, Estanzuela, Casas Alemán, Campestre Aragón y San Bartolo Atepehuacan.

El interés en la GAM también reside en el fortalecimiento que implementó al programa *Cuídate* para prevenir y tratar el cáncer cervicouterino, particularmente, con la prueba de captura de híbridos del Virus del Papiloma Humano (VPH) y la apertura de la Clínica Integral de la Mujer, en la cual se brinda atención especializada a las mujeres, desde el mes de abril de 2014.

Dichas estrategias preventivas reflejan el interés de las autoridades por “invertir gran parte de su presupuesto para hacer valer los principios de igualdad y de equidad de género, mediante programas que dejan beneficios tangibles a la población maderense en general.” [<http://www.gamadero.blogspot.mx>]

Sin embargo, dado que la edad promedio de la población femenina es de 31 años y abarca un porcentaje considerable del total de mujeres que habitan en la delegación, las 5 mil pruebas de Papanicolaou practicadas hasta mediados del 2012 resultarían insuficientes, si el programa *Cuídate* pretende que las mujeres de 20 a 39 años de edad tomen conciencia de la realización del PAP como medida preventiva contra el cáncer cervicouterino.

3.3 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar cuáles son los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la práctica del Papanicolaou en mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Establecer el grado de conocimientos sobre el cáncer cervicouterino que tienen las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal.
- ❖ Mostrar la percepción de vulnerabilidad que dichas mujeres poseen sobre un probable riesgo de padecer CACU.
- ❖ Saber de qué forma las parejas de las mujeres de la GAM favorecen u obstaculizan la práctica del examen del Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cervicouterino.

- ❖ Identificar los motivos por los cuales las mujeres usan o no los servicios de prevención y diagnóstico ofrecidos por los institutos de salud pública (IMSS/ISSSTE) de dicha delegación, en torno al CACU.
- ❖ Conocer la impresión de las mujeres de la GAM, respecto al trato que reciben por parte del personal médico de las dependencias de salud, durante la práctica de la citología cervicovaginal.
- ❖ Mostrar la opinión de la población femenina alrededor sobre las estrategias preventivas en torno a dicha neoplasia, implementadas por la delegación.

3.4 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de tipo mixto con una primera fase de corte cualitativo, en la cual se utilizó la técnica del “focus group”, y una segunda cuantitativa, con la aplicación de un cuestionario, derivado de la primera fase.

El tipo de estudio a efectuar será observacional, descriptivo, correlacional, de campo y transversal:

- Observacional, porque sólo se les preguntará a las mujeres en torno a los factores sociales, culturales y económicos que influyen en su decisión para practicarse o no su examen de Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cervicouterino. Por tanto, no habrá ninguna imposición por parte de la investigadora.
- Por su nivel de profundidad, el estudio tendrá un carácter descriptivo y correlacional. Descriptivo, porque sólo medirá de manera independiente una serie de factores sociales, culturales y económicos presentes en la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal, en torno a la prevención del cáncer cervicouterino. Correlacional, porque posteriormente intentará mostrar cómo influyen dichos factores en la realización del examen de Papanicolaou.
- Al efectuarse en el medio natural que rodea al individuo, se llevará a cabo un estudio de campo, dado que la investigadora visitará el domicilio de las mujeres seleccionadas para la muestra.
- Finalmente, consistirá en un estudio transversal, al medirse en una sola ocasión las variables de interés.

3.4.1 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se trabajará con una muestra de mujeres residentes de la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal, con edades entre los 20 y 60 años.

La delimitación de dicho rango etario se fundamenta en las estadísticas oficiales que señalan a los tumores malignos como la principal causa de muerte en mujeres con un rango etario productivo de 30 a 59 años. Asimismo, porque la campaña permanente *Cuídate* para la prevención y detección del cáncer de mama y cervicouterino, implementada en dicha demarcación está enfocada en mujeres de 20 a 39 años.

El periodo comprendido para la realización del estudio en su fase cualitativa fue de abril de 2011 a octubre de ese mismo año; mientras la fase cuantitativa se llevó a cabo de agosto a octubre del 2015, es decir, la aplicación de los 384 cuestionarios en la GAM.

3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

En la fase cualitativa se hizo un muestreo por conveniencia de cinco grupos focales conformados por 10 mujeres cada uno. En tanto, para la aplicación de cuestionarios en la fase cuantitativa se estableció un tamaño de 200 mujeres, muestreo elegido por conveniencia.

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres residentes en la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal.
Edades entre los 20 y 60 años.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Población femenina fuera del rango etario señalado.
Residentes de otras delegaciones.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Cuestionarios incompletos.

3.7 VARIABLES.-

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Prueba de Papanicolaou.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Factores sociales.

Factores culturales.

Factores económicos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

GRUPOS DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIALES	1) Escolaridad	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha aprobado dentro del sistema educativo. (Sitio web: http://www.inee.edu.mx)	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Maestría Otro	Nominal
	2) Edad	Del latín <i>aeta</i> , es el término utilizado para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en Sitio web: http://www.rae.es)	Números enteros 1.....n	Discontinua
	3) Clase social	Expresa el fenómeno de la desigualdad social. Atiende a las condiciones de vida material y se determina por criterios económicos, de los cuales también dependerán las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones, las creencias éticas y religiosas. (Crompton, Rosemary. <i>Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales</i> . 1994)	* Clase alta * Clase media * Clase baja	Ordinal

GRUPOS DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIALES	4) Información	Conjunto de mecanismos que permite al individuo retomar los datos de su ambiente y estructurarlos de una manera determinada, de modo que le sirvan como guía de su acción. (Paoli, Antonio. <i>Información y comunicación. Perspectivas teóricas</i> . 1989)	* Buena * Regular * Mala	Nominal
	5) Seguridad social	Es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la atención médica y, asimismo, garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. (Sitio web: http://ilo.org)	* Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) * Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) * Otro	Nominal
	6) Calidad de la atención	Atributo o características de la atención en salud que satisface un conjunto de necesidades explícitas o implícitas que la población sana o enferma coloca para ser resueltas en la institución de salud, mediante actividades de prevención primaria, secundaria y/o terciaria. (Castro Vázquez, María del Carmen. <i>De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud</i> . El Colegio de Sonora, 2006)	* Buena * Regular * Mala	Nominal

GRUPOS DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES CULTURALES	1) Estado civil	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos o situaciones, tales como el matrimonio y el divorcio, entre otros, que, en suma, contribuyen a formar su identidad. (Sitio web: http://www.bibliojuridicas.unam.mx)	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre Separada	Nominal
	2) Creencias sobre la enfermedad	Un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas; determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. Dicha disposición a actuar son producto de la interacción del individuo con el mundo y con otros sujetos. (Sitio web: http://www.filosoficas.unam.mx)	* Cáncer como sinónimo de muerte. * Cáncer como castigo divino * Escasa noción de vulnerabilidad	Nominal
	3) Actitudes sobre la enfermedad	Es una predisposición aprendida, organizada a través de la experiencia, que ejerce influjo dinámico en la respuesta del individuo; la cual lo lleva a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable ante una persona o situación. (Allport: 1935 en Martín Baró, 1988)	* Vergüenza. * Pudor. * Temor. * Miedo.	Nominal

GRUPOS DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES CULTURALES	4) Machismo	Conjunto de creencias, actitudes y conductas que descansan sobre dos ideas básicas: por un lado, la polarización de los sexos; es decir, una contraposición de lo masculino y lo femenino, según la cual no sólo son diferentes sino mutuamente excluyentes; por otro, la superioridad de lo masculino en áreas consideradas importantes por los hombres. (Castañeda, Marina. <i>El machismo invisible regresa</i> . 2007)	* Presente. * Indiferente. Ausente.	Nominal
	5) Rol genérico	Conjunto de asignaciones relacionadas con la manera de ser, de sentir y actuar que un grupo social señala a las personas que lo componen y, a la vez, es la forma como esas personas asumen y expresan en la vida cotidiana esas asignaciones. (Guzmán y Bolio: 2010: 28)	* Rol de esposa * Rol de cuidadora	Nominal
FACTORES ECONÓMICOS	1) Ocupación	Del latín <i>occupatio</i> , es la acción y efecto de ocupar u ocuparse. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en Sitio web: http://www.rae.es) Es una actividad o vocación que se emplea como fuente de subsistencia, es decir, como vocación; o también como medio de utilizar el tiempo, o sea una avocación. (Sitio web: http://www.bdigital.unal.edu.co)	Estudiante Profesionista Ama de casa Jubilada o pensionada Otro	Nominal

GRUPOS DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES ECONÓMICOS	2) Colonia	Del latín <i>colonia</i> , de <i>colōnus</i> , es el territorio o lugar donde se establecen las personas. Socialmente, se refiere a un grupo de personas que se encuentran organizados a través de determinados principios cooperativos y que viven en un territorio limitado. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en Sitio web: http://www.rae.es)		
	3) Costo de la atención médica	Cantidad de dinero necesaria para entregar un producto y/o brindar un servicio al cliente. (Sitio web: http://www.ur.mx)	* Costoso. * Barato.	Ordinal
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CACU	1) Papanicolaou	También llamada citología cérvico–vaginal es la muestra de células de la pared vaginal, el ecto y endocervix; la cual permite identificar los elementos celulares normal y anormal en el frósis que establece el diagnóstico citológico presuntivo. (Téllez, Alejandro. Citología cérvico –vaginal en Biblioteca virtual, sitio web: http://www.carpermor.com)	* Nunca me lo he practicado. * Una vez cada 6 meses. * Una vez al año. * Cada 3 años. * Ya no me lo practico.	Ordinal

3.8 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN:

Para la presente investigación se utilizará el cuestionario como técnica de recolección de datos, por constituirse en la forma más general de obtener información acerca de determinados aspectos de la población de estudio en su realidad concreta, involucrando “actitudes, opiniones, comportamientos, formas de pensar, de relacionarse con otros, sus costumbres, etc.” [Ortiz Uribe, 2007]

Mediante la técnica del focus group, primero se realizarán entrevistas semiestructuradas a 50 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión citados anteriormente. Se harán las mismas preguntas a todas las entrevistadas difiriendo sólo en el orden y la forma de plantearse a cada una, de acuerdo con la actitud que adopten durante el desarrollo de la misma.

La finalidad de efectuar una encuesta por entrevista tiene por fundamento las ventajas derivadas de su propia naturaleza; es decir, que “*permite* recoger información u opiniones para conocer, inferir, deducir y generalizar” [Ortiz Uribe, 2007] En este caso, los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la práctica o no de la prueba del Papanicolaou para la prevención del cáncer cervicouterino.

Obtenidos estos datos se validarán a través de la aplicación de la encuesta por cuestionario con una muestra mayor de mujeres, cuya estructura sistemática y ordenada de preguntas cerradas, se espera que proporcione una mayor información sobre las variables que intervienen en la investigación y, en consecuencia, tener más elementos para el análisis.

3.8.1 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

La recolección de la información para la presente investigación se efectuó en concordancia con las dos fases metodológicas llevadas a cabo. Es decir, la realización de los grupos focales, a partir de los cuales se elaboró el cuestionario para la fase cuantitativa, y la aplicación del mismo en la muestra referida con antelación: 200 mujeres de la delegación Gustavo A. Madero.

Desde mediados de marzo de 2011, se dio un primer acercamiento con la población de estudio, un grupo de mujeres de la colonia La Pradera, de la delegación Gustavo A. Madero, para explicarles el objetivo de la investigación, la técnica a emplear y acordar una fecha tentativa para su ejecución: el 26 de abril. Durante la sesión se planteó una guía de quince preguntas dividida en siete bloques, con la finalidad de facilitar el intercambio de opiniones y puntos de vista de las mujeres participantes, los cuales se transcribieron para su empleo en el análisis de resultados.

En el segundo grupo focal se contó con la colaboración de la Escuela Secundaria Diurna No. 326 “Dr. Manuel Gutiérrez Nájera”, ubicada entre las calles de Volcán Jorullo y Cofre de Perote, en la colonia La Pradera, el 14 de septiembre del mismo año. Aunque las intervenciones se registraron en una grabadora de audio, al no identificarse con claridad cada participación, se resolvió hacer una síntesis descriptiva por cada pregunta.

El último focus group tuvo lugar el 6 de octubre de 2011, igualmente con habitantes de la colonia La Pradera; con cuya transcripción se observó que ya se tenía una saturación en la obtención de datos y se decidió no realizar un cuarto grupo de entrevista, sino iniciar la categorización de factores para la elaboración del cuestionario. Dicha labor inició con la selección de las respuestas más significativas a cada pregunta en los tres *focus group* y sus probables distintivos categóricos.

En lo subsecuente, éstos se depuraron hasta reducirlos en una sola denominación que englobara lo esencial de cada uno, acorde con la variable dependiente que correspondiera; es decir, los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la prevención del cáncer cervicouterino. Finalmente, el cuadro definitivo de categorías de análisis se aprobó el 24 de noviembre de 2011.

En el informe de los grupos focales y de los cuestionarios, incluido en el capítulo V, se describe más minuciosamente el procedimiento de ambos instrumentos de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, respecto a los lineamientos y principios a los cuales debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, este protocolo satisface lo establecido en los siguientes párrafos:

Del Título Segundo, De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13: prevalecerá el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las mujeres que participarán en el estudio; garantizándole “que los datos que se obtengan de ellas estarán salvaguardados; es decir, que la información obtenida del participante no será revelada al público de manera que se le pueda identificar.”

Según las clasificaciones de las investigaciones establecidas por dicho Reglamento en el Artículo 17, tomando como base “la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, esta investigación se encuentra en la categoría de ‘investigación sin riesgo’, ya que no realizará “ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio”.

Antes de iniciar el estudio, se realizará una entrevista entre la investigadora y las mujeres que constituyen la muestra, con el propósito de lograr su consentimiento informado (Artículo 20), el cual, al tratarse de una investigación de riesgo mínimo, no será necesario plasmarlo en un documento escrito. No obstante, la libre elección de dichas mujeres a colaborar y sin coacción alguna, dependerá de haber recibido una explicación clara y completa de los siguientes puntos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. (Artículo 21)

Finalmente, de acuerdo a los criterios de inclusión y en consideración del Capítulo IV, De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Obitos y Fetos y de la Fertilización Asistida, Artículo 40, la muestra estará conformada por mujeres en edad fértil, definidas desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la menopausia.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS. FASE CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

4.1 INFORME DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA. FOCUS GROUP.

A continuación se presentan los datos demográficos de las 30 mujeres que participaron en los tres *Focus Group* realizados.

- ❖ **EDAD:** Las edades de las entrevistadas fluctuaron de los 18 hasta los 57 años. La moda se ubicó en el rango de 30 a 39 años con 10 menciones; en segundo lugar, hubo igual número de mujeres (7) que tenían de 40 a 49 años y de 50 a 59 años. Por último, 5 pertenecían al rango etario de los 20 a los 29 años, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

EDADES	FOCUS No. 1	FOCUS No. 2	FOCUS No. 3
De 20 a 29 años	1	2	2
De 30 a 39 años	3	3	4
De 40 a 49 años	3	3	1
De 50 a 59 años	3	3	1

- ❖ **OCUPACIÓN:** De las 30 mujeres, 23 mencionaron ser amas de casa de tiempo completo; 6 refirieron trabajar en diversos rubros, por ejemplo, la docencia, la odontología, la venta de productos de belleza y la elaboración de pasteles; mientras que sólo una se dedicaba al estudio.
- ❖ **ESTADO CIVIL:** Sólo en el *Focus Group* uno, las mujeres participantes señalaron, sin excepción, estar casadas y, aunque en las otras dos entrevistas grupales, también se les pidió indicar su estado civil, lo omitieron. No obstante, si se considera que la mayoría dijo dedicarse al hogar, se puede deducir que igualmente son casadas.

4.1.1 INFORME DE LA TÉCNICA CUALITATIVA: FOCUS GROUP

Dado que la presente investigación tiene un carácter mixto, cuali-cuantitativo, se eligió en primera instancia realizar la técnica denominada *Focus Group*, por considerarla la más idónea debido a su facilidad y por “la riqueza de información que con ella se obtiene” [Álvarez Gayou, 2003], pues es una estrategia que propicia un clima de mayor libertad y apertura para los participantes.

A mediados de marzo de 2011, se dio un primer acercamiento con mujeres de la colonia La Pradera, de la delegación Gustavo A. Madero, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, la técnica a emplear y acordar una fecha para su ejecución: el 26 de abril. Por tanto, se satisfizo una de las características del grupo focal al que “se lo considera un grupo artificial, porque no existe ni antes ni después de la sesión de conversación, sino que nace en el momento en que inicia el diálogo.” [Álvarez Gayou, 2003]

La sesión inició con la bienvenida que le di a cada una de las participantes al arribar al lugar del encuentro. Enseguida me presenté como alumna de la Maestría en Trabajo Social, en la Universidad Nacional Autónoma de México, e hice énfasis en mi interés por investigar los factores sociales, culturales y económicos que influyen para que las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, se practiquen o no su Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cervicouterino.

Con el propósito de fomentar la confianza entre las mujeres allí presentes, las invité a decir sus nombres y mencionar su edad, ocupación y estado civil, datos indispensables para el informe del grupo focal. Intenté generar un ambiente de sana convivencia, basado en el respeto hacia las opiniones vertidas durante la reunión y la libertad de expresar sus dudas alrededor del CACU. Por último, expliqué la dinámica y duración de este método cualitativo, además de solicitarles su consentimiento para grabar la conversación con una *handycam*.

Durante el desarrollo del *Focus Group*, planteé una guía de quince preguntas dividida en siete bloques [Consultar Anexo 2], acorde con los objetivos específicos de la investigación; mismas que buscaron facilitar el intercambio de opiniones y puntos de vistas, para “captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo.” [Álvarez Gayou, 2003]

Tras quedar respondida la última interrogante de la guía, agradecí su disposición y comencé con una plática informativa para aclarar las dudas manifestadas en la entrevista grupal, actividad con la que se dio por terminada la sesión.

Los datos hablados recolectados en este primer *Focus Group* y que se grabaron en video fue necesario convertirlos en textos escritos llamados transcripciones, las cuales, según Knobel y Lankshear [2001] “son representaciones visuales, de interacciones verbales, ya que al preparar los datos hablados para ser analizados, la ‘forma’ y el ‘texto’ de la plática se conservan en el texto escrito.”

Una semana posterior a la realización de esta técnica cualitativa, inicié con el proceso de transcripción. Dado que su duración final fue de una hora con cuarenta y cinco minutos, opté por fragmentarla en bloques de media hora para ver y escuchar el video atentamente, de modo que no se omitiera ningún detalle. Por tanto, el documento completo en forma de diálogo se concluyó en cuatro días, ya en el mes de mayo del 2011.

Tras la bienvenida, presentación y explicación de los objetivos de la investigación, se procedió a la entrevista. Enseguida se presenta la transcripción de uno de sus fragmentos para mostrar un panorama del procedimiento:

ETAPA DE SESIÓN: DESARROLLO DE FOCUS GROUP		
025	PATY:	-Ok. Ahora, ¿Qué saben o qué conocen sobre el cáncer cervicouterino?
026	IRENE:	-Cáncer en la matriz, ¿no?
027	PATY:	-Cáncer cervicouterino, cáncer de útero o cáncer de matriz.

ETAPA DE SESIÓN: DESARROLLO DE FOCUS GROUP		
028	IRENE:	- Pues que es muy malo, mi madre murió de cáncer en la matriz y es una enfermedad muy mala, muy triste; pues a pesar de que a ella la operaron, le quitaron la matriz, ya tenía el cáncer y de todos modos falleció.
029	ROSA:	- Pues igual, ahora sí que la única prueba es el Papanicolaou que se supone que se efectúa uno mes con mes... cada seis meses, dos veces al año y es lo que ellos analizan, la muestra que toman, se analizan y es cuando ellos ven si uno tiene algo anormal.
030	SANDRA	- Es más efectivo, digamos, aparte del Papanicolaou, la colposcopia.
031	IRENE:	- Sí, esa es la que yo me hice siempre, de hecho.
032	SANDRA	- Y es más a fondo ¿no? Para saber si uno es propenso al cáncer.
033	ISABEL:	- Porque ésa cuando la están tomando, hasta se ve el video de lo que están tomando del útero.
034	SANDRA	- Sobre todo que hay que estar atenta igual, si hay flujo, de qué color es, de qué olor, todo, si padecemos frecuentemente infecciones, es más propenso y hay que hacérselo con más, los estudios, más seguidos.
035	PATY:	- Ok. Ahora, también me gustaría saber, ¿A través de qué medios, ustedes recibieron la información que tienen tanto del CaMa como del CaCu, a través de qué medios la recibieron o a través de qué personas también?
036	ROSA:	- Yo soy derechohabiente, tengo IMSS y es ahí donde yo voy y me practico el Papanicolaou y donde me hacen la revisión de mamas.
037	ISABEL:	- Pues en el seguro, cuando uno va hay pláticas y es ahí donde nos informamos.
038	IRMA:	- Pues para colposcopia, yo he ido hasta allá a la clínica de la mujer.
039	IMELDA:	- Sí, saliendo del metro Cuauhtémoc y la verdad es que es muy barato, pero somos muy desidiasas. La primera vez te cobran el carnet y son como 50 pesos y ya después les dicen cada año, cuando uno sale bien, que siempre está uno, 'ay, me van a decir algo', por lo regular salen las personas bien y ahí mismo venden el medicamento, más bien económico, porque en las farmacias sí están un poquito más caro y es accesible y no es un tratamiento muy largo, solamente si llega uno a tener miomas o cosas ahí, ahí mismo hacen la cirugía y ahí mismo nos hacen el estudio, nos hacen la cirugía y se retira lo dañado, es cirugía ambulatoria, pero ya cuando es una cirugía más fuerte, entonces si ya nos dicen a dónde debemos de ir.
040	ANA:	- Yo me he enterado que de aquí de la GAM vienen a hacer la propaganda de los días que vienen los autobuses, y yo me he hecho aquí el estudio (se toca los senos) y el del Papanicolaou, cuando vienen a hacer promociones, y pues no le piden nada al seguro, la verdad, muy bien, me hacen los estudios y hasta ahorita no he salido, y pues es completamente gratis. Sí tiene uno que irse temprano para apartar su lugar, pero sí voy ahí, porque aparte de que no me cuesta nada, me los hacen muy bien. El año pasado vinieron, vienen cada año, cada dos años y yo me los he hecho aquí. La colposcopia sí me la hice una vez ahí en San Juan de Aragón, había una oferta y salí bien, bien clarita salí; 550 pero sí me las hice, pero ya tiene años y ahí me la hice, pero me la hago en el centro de salud o cuando hay oferta aquí en el camión y sí me las entregan, a mí sí me entregan mis estudios.
041	IRENE:	- Yo le comentaba que yo me he hecho dos veces la de los pechos y nunca me han dado el resultado.
042	PATY:	- ¿En el seguro?
043	IRENE:	- Sí (afirma también con la cabeza).

ETAPA DE SESIÓN: DESARROLLO DE FOCUS GROUP		
044	ANA:	- Y en el camión sí nos lo dicen, que si hay algún problema, no nos los entregan, porque van a mandarnos a la clínica para que ahí ya nos traten. Sí me gusta, me da confianza, porque las personas que vienen y te la hacen no te lastiman y unos aparatos pues nuevos, todo nuevito, por eso yo voy ahí.
052	PATY:	- Y también, del cáncer cervicouterino, ahorita en la conversación se ha hablado del Papanicolaou y la colposcopia, entonces también, qué opinión les merecen estas medidas , porque estamos hablando en principio de dos padecimientos distintos en la mujer en distintas partes del cuerpo, entonces me gustaría saber qué opinión les merecen estas medidas para el cáncer cervicouterino.
053	SANDRA	- Pues que son necesarias para la salud, porque si no las hubiera, yo creo que hubiera mucho más muertes por el cáncer.
054	ANA:	- Cuando me enteraba de esas pláticas yo no sabía nada, ya estaba casada, con hijas y yo no sabía nada de eso y digo, es muy importante saberlo, porque así se evita ahorita la enfermedad, porque, antes por pena o porque no había la comunicación, esa de que se han desarrollado tanto las enfermedades, porque no sabe uno y entonces cuando se prestan para estas pláticas sí me gusta aprender, saber, porque cuando estaba yo casada yo no sabía nada, mi mamá nunca, me decía, 'yo nunca me hice eso' y yo, pues es que 'jefa, usted si no, pero yo no me voy a arriesgar' y 'ay, no vayas a ir, te vayan a lastimar', más cuando había hombres, pero digo, con la pena yo no vivo, antes porque no había y ahora porque ya hay, y aún así, hay personas que por pena, por vergüenza o por el marido. Mi mamá me decía 'para qué vas, ¿para qué te estén manoseando?' Muchas cosas tontas ¿no? Que la verdad, de lo que se pierde uno, porque ahora es gratis, hay gratis, antes porque costaba, porque no había, pero para mí es una experiencia muy bonita, porque a mis 48 años enterándome de ello, 'ay, ya para qué ¿no? Ya tuve a mis hijas, pero después dije no, porque veo casos en <i>Lo que callamos las mujeres</i> y hay centros y muchas cosas, y yo me pego a la tele a esos programas y son experiencias que va uno conociendo y que no es lo mismo, que lo que dicen no es lo mismo, he tenido buenas personas, no me lastiman, bien, que dan la plática, como ahorita usted.
055	IMELDA:	- No hay nada que decir, ya lo dijo la señora.
056	ANTONIA:	- Que como medida preventiva está muy bien, que todo fuera preventivo, no curativo, ése es el fin que se persigue, que sea preventivo, no curativo.

Para el segundo *Focus Group*, se empezaron trámites administrativos desde finales de junio, cuando mi tutor y yo consideramos que una buena estrategia consistiría en solicitar el apoyo de una escuela, ubicada en la delegación de estudio. Se hizo entonces una revisión de aquéllas pertenecientes al nivel básico de secundaria, por cuyas edades de los alumnos, era probable abordar con sus mamás, las preguntas de la guía de entrevista.

La elegida fue la Escuela Secundaria Diurna No. 326 "Dr. Manuel Gutiérrez Nájera", que se encuentra entre las calles de Volcán Jorullo y Cofre de Perote, en la colonia La Pradera. La visité personalmente para platicar con su director y explicarle con detalle los objetivos de mi protocolo de investigación, así como la dinámica e importancia de la técnica cualitativa a aplicar en su plantel.

Tras dicha reunión, me pidieron formalizar la participación de la Escuela Secundaria Diurna No. 326, con una carta institucional expedida por la Coordinación de Posgrado de la Maestría en Trabajo Social; misma que fue firmada por el Mtro. Francisco Calzada Lemus para sellar el acuerdo mutuo entre ambas escuelas.

Concluido ese trámite y dado que se acercaba el periodo vacacional de verano, se acordó realizar la técnica cualitativa hasta el 14 de septiembre. No obstante, desde mediados de agosto, me autorizaron colocar carteles en el interior de las instalaciones para invitar a las madres de familia a una plática informativa sobre la prevención del cáncer cervicouterino, a las diez de la mañana.

Para este segundo *Focus Group* sólo se llevó una grabadora de audio, lo que dificultó identificar con claridad la intervención de cada participante al momento de su transcripción; motivo por el cual se decidió realizar una síntesis descriptiva del desarrollo, ya que sólo en la presentación donde se extrajeron datos sociodemográficos, se escuchan los nombres de todas las mujeres.

Si bien se realizó un primer intento por reconocer la voz de cada una para asignarle su nombre correspondiente, la fluidez de la “plática” lo obstaculizó. Se resolvió hacer una síntesis descriptiva por cada pregunta; las respuestas fueron agrupadas ordenadamente por su número de intervención e importancia. Esta primera recapitulación se llevó a cabo en casi dos semanas. Enseguida un fragmento:

ETAPA DE SESIÓN: BIENVENIDA/ PRESENTACIÓN DE MODERADORA	
005	PATY: - Cuando se les preguntó ¿De qué manera participan sus esposos en la prevención de este tipo de cáncer? Sólo dos movieron afirmativamente su cabeza; una de ellas de inmediato tomó la palabra y dijo que...
006	- “Mi esposo me apoya en absolutamente todo, desde el momento en que empezamos la vida sexual, porque él ha sido la única pareja sexual que he tenido; ahora, mi preocupación por llegar a padecer cáncer es porque mi hermano tuvo cáncer y él ya falleció; gracias a Dios mis hermanas, tengo cuatro hermanas, ninguna ha padecido de ningún tipo de cáncer; mi mamá también está bien, mi papá...sólo el problema lo han tenido mi hermano y una de mis tías. Por ese motivo es que mi esposo empezó a involucrarse más, a preocuparse más y sí, me apoya, está pendiente, me dice ‘chécate ya, ya se acerca el día de tu cita’ y sí, cuando tenemos que ir a cita, me acompaña, hasta eso, gracias a Dios, me tocó un hombre que me apoya.”
007	PATY: - La segunda ama de casa que había afirmado recibir el apoyo de su esposo, mencionó la relevancia de involucrar a los hombres –en su papel de pareja– en la prevención del cáncer cervicouterino, y lo hizo destacando la ausencia de sus esposos:
008	- “Es que simplemente, ahorita está la prueba, por qué no están aquí, por qué no se toman ese tiempo; sí, sabemos que ellos son los que salen a trabajar, ahorita yo le comenté a mi esposo, porque vino a dejarme, ‘¿Te vas a regresar? –me pregunta; no –le digo– me voy a quedar a la plática, ¿Y si vienes conmigo?; ¡Qué voy a hacer entre puras viejas!, me dice’.
009	PATY: - Tras ese comentario intervino otra de las mujeres y subrayó que:
	- “Yo creo que más allá del simple hecho de saber que habrá puras mujeres, el tema. ¿Por qué? Porque saben que ellos están involucrados, pero ‘tienen cola que les pisen’ y parecería que hablarles de prevención les asusta.”

ETAPA DE SESIÓN: DESARROLLO DE FOCUS GROUP		
010	PATY:	- En ese momento vuelve a hablar la primera madre de familia para agregar que:
011		“Es que por ejemplo, hubiera sido bien bonito que ahorita nos acompañaran, porque no es lo mismo que yo como persona, llegue y le comente: ‘¿Qué crees? Nos dijeron esto y tocamos este tema’, a que lo estuvieran escuchando.”
018	PATY:	- Posteriormente intervino otra ama de casa comentó que:
019		“Aún hay personas, hombres, que no aceptan eso, que ellos también están involucrados, y piensan que una anda con otra persona”.
020	PATY:	- En ese momento, otra señora preguntó:
021		“Si el hombre la transmite, ¿Es porque también andan con una o con otra y no se protege? Porque eso significaría que son más promiscuos, que prácticamente les vale y andan con una y con otra.
022	PATY:	- De alguna manera, con el anterior razonamiento se abordó la siguiente pregunta: ¿De qué manera consideran ustedes que puede influir tener relaciones sexuales para desarrollar ese padecimiento? La mayoría de las mujeres coincidió en que la promiscuidad es un factor de riesgo, mas la asociaron sobre todo al ejercicio de la sexualidad masculina porque:
023		“El hombre es el principal portador y transmisor del virus del papiloma.”
024	PATY:	- Resultó llamativo que para ellas, una infección por VPH dentro de su género estuviera asociada más a cuestiones de higiene que a las relaciones sexuales:
025		“El simple hecho de que le comentes a tu pareja que tienes una pequeña infección, es motivo para que te digan: ‘Es que ya andas con alguien, es que me estás engañando’, sin analizar que, tan fácil, en la misma televisión te dicen que es por tu ropa interior, por a dónde vayas –hablando de los sanitarios, la higiene, la misma limpieza de tu casa, de tu baño, porque entran tu esposo, entran tus hijos, entran tus familiares, entonces, si no hay una higiene inclusive en tu propia casa puede pasarte la infección. Entonces ahí, el hombre luego, luego reacciona, pero tú no puedes reaccionar así y ellos sí te dicen: ‘Es que si tienes una infección, es tu culpa.’ La culpable es de una.”
026		- Debido a la polémica desatada, otra de ellas mencionó que:
027		“Si ellos son los principales portadores quedas sorprendida, porque si tienes uno o tienes diez esposos, te pones a pensar ‘¿Cuál de todos fue?’ O simplemente tienes uno y dices ‘¿Por qué? Entonces él me está engañando’, pero realmente no se sabe, y lo ideal es que si una llega y le comenta a la pareja: ‘Tengo una infección’, no se diga: ‘Es que tú tienes la culpa, tú eres el causante de que yo esté así’, simplemente apoyar. Que desafortunadamente no sucede así, muchas veces si te apoyan es porque ya tienes un cáncer pero si bien desarrollado. De modo que una prueba no determina si estuvo con otra persona que lo haya infectado; a lo mejor, él consciente dice: ‘Pues sí, estuve con cinco chicas, tú eres la segunda’ y serían sínicos, pero bueno, el caso es que una prueba no te va a decir quién te contagió de Vph, no se va a determinar eso. De lo que se trata es tener la mentalidad de que estamos enfermas en su momento y atendernos y además, no echarle la culpa a alguien más, porque qué caso tiene.”

Simultáneamente a la síntesis descriptiva del segundo *focus*, comencé la planeación del tercero en la misma zona, en la colonia La Pradera.

Con ayuda de la “jefa” de manzana, se convocó a una reunión el 21 de septiembre de 2011, para explicarles personalmente a sus vecinas sobre la dinámica a efectuar y ponernos de acuerdo en la asignación de la fecha y el lugar. Al finalizar dicha cita, ocho de las 15 asistentes se anotaron como participantes del tercer *grupo focal*, el cual se realizó el 6 de octubre, a las 11 am. A continuación, un fragmento del mismo:

ETAPA DE SESIÓN: BIENVENIDA/ PRESENTACIÓN DE MODERADORA		
023	PATY:	- Por lo que me comentan, la mayoría de ustedes acude a laboratorios particulares para realizarse su Papanicolaou (Casi todas asientan con la cabeza) Bien, ya me dijeron parte de los motivos que las han orillado a no tratarse en las clínicas del IMSS o del ISSSTE, pero quisiera saber si hay más razones para ello y específicamente, si ¿Consideran que influye el trato que reciben por parte del personal que los atiende, para que efectivamente se sigan realizando su Papanicolaou de manera subsecuente?
024	ELIA:	- Sin duda, claro que influye; porque si voy a hacerme mi Papanicolaou con un doctor que no tiene el más mínimo respecto para mi intimidad, y que incluso aprovecha esta práctica médica como una manera de saciar su morbo, y que ni siquiera lo sabe disimular, pues si fuera yo, claro que tomaría mi ropa, me visto, me voy e incluso denuncio su falta de ética; pero lamentablemente la mayoría de las mujeres que atraviesan por situaciones de ese tipo, se aguantan y no hacen nada, o se aguantan esa primera vez, pero ya no regresan, y eso es lo peor, que desde mi punto de vista pueden hacer, porque entonces le restan importancia a su salud por culpa de un irrespetuoso que no merece ser llamado médico. Por desgracia, esa es la realidad, y quienes se aguantan y regresan, es porque sólo en el seguro social la atención médica y los estudios son gratuitos, o porque en el laboratorio al cual van, los precios son mucho más accesibles que en otros lugares.
025	JUANA :	- Pero más que los precios, realmente la atención, la forma como te tratan en un laboratorio privado sí es diferente; las enfermeras, que básicamente son ellas las que hacen los Papanicolaou, son más respetuosas, te preguntan siempre cómo te sientes, si estás cómoda. Por ejemplo, a mí me ha tocado que ya que me desvestí de la parte de abajo, de la cintura para abajo, y me coloco en la posición para la revisión, me dicen que me relaje, que no me va a doler, me avisan que van a ponerme un poco de lubricante, que voy a sentir frío. Todos esos detalles hacen que una verdaderamente se sienta en confianza, que no duela y, bien, todo bien, la verdad. Yo no tengo queja.
026	ALEJANDRA:	- Igual yo. Mi ginecóloga es mujer y ella no me hace el Papanicolaou, sólo la revisión de rutina, me checa los estudios y es básicamente quien me aconseja en todo lo de mi sexualidad; pero a donde me manda a hacer los estudios, la colposcopia y el Papanicolaou, igualmente son mujeres, son enfermeras y...sí, me tratan bien, no son muy efusivas, como que si marcan su línea, pero mientras haya respeto, todo está bien.
...
031	PATY:	- Por último, me interesa saber ¿Qué opinión les merecen las campañas de prevención para el cáncer de mama y cervicouterino que ha implementado su delegación, la Gustavo A. Madero? Les pregunto por estos dos padecimientos, porque son los que ha abarcado la delegación.
032	ESMERALDA :	- Pues yo ni enterada estoy, ni sabía que esas campañas existían. ¿Qué hacen, dan información, hacen estudios, en qué consisten? Porque la verdad no tengo ni idea.
033	PATY:	- Bueno, antes de responderle, sí quisiera que las demás expresaran su opinión.

ETAPA DE SESIÓN: DESARROLLO DE FOCUS GROUP		
034	JUANA :	-Yo tampoco he oído o visto sobre ellas; en la televisión he visto, pero son sobre cáncer de mama y la autoexploración, pero acerca del cervicouterino no, y a nivel delegacional, menos. La propaganda que de repente me ha llamado la atención es, pero de laboratorios privados, no con mucho prestigio, incluso muchos de ellos son nuevos en el rumbo, pero manejan buenas ofertas para los dos estudios, la colposcopia y el Papanicolaou, y cobran entre 350 o, por mucho, 450 pesos aproximadamente. Pero que por ejemplo, sean gratis, la verdad que no, ¿Eh? Y eso estaría muy bien, porque aunque 450 no es tanto dinero (extiende sus brazos), a veces la economía familiar no es nada buena, y es difícil gastar soltar de golpe esa cantidad cuando en la casa se requieren otras cosas.
035	ERIKA:	-Yo estoy totalmente de acuerdo. Lamentablemente aquí no hay programas de detección gratuita, los carteles o si pasan voceando por las colonias, son, pero con las promociones de algunos laboratorios, igual con precios accesibles.

Luego de analizar la información de este *focus group*, se observó que ya se tenía una saturación en la obtención de datos y se decidió no realizar un cuarto grupo de entrevista.

Por categoría se entiende “un agrupamiento de datos que son similares, parecidos u homogéneos.” [Rose y Sullivan: 1996: 232 en Knobel y Lankshear: 2001] Por ende, la primera acción consistió en seleccionar la información más importante de cada una de las respuestas dadas por las participantes en las preguntas realizadas y, a partir de la aparición de grupos de datos similares en ellas, empecé a definir ‘distintivos de códigos’ que serían también utilizados en la categorización de los otros dos *focus group*.

Esta labor la terminé en veinte días, del 12 al 30 de octubre, con la asesoría del Dr. Hernández, quien me ayudó a pulir constantemente los distintivos codificadores conforme se terminaba la primera ‘categorización’ de cada grupo focal. Es decir, se produjeron lo que Coffey y Atkinson [1996: 42] denominaron ‘categorías superordinadas’, las cuales favorecieron la obtención de información significativa para cada pregunta.

A continuación se presentan las transcripciones codificadas de los tres *focus group*, cuyo primer cuadro incluye ciertas características sociodemográficas de las informantes: su nombre de ‘pila’, su edad y ocupación. Después, cada cuadro muestra la pregunta de la cual se extrajo la respuesta de cada entrevistada y la categoría de análisis a la que hacía referencia.

CATEGORIZACIÓN/ FOCUS GROUP No. 1

CUADRO 1. GRUPOS E INFORMANTES

GRUPO	NOMBRE	EDAD	A QUÉ SE DEDICA
1	Guadalupe	70	Ama de casa
	Imelda	54	Ama de casa
	Isabel	39	Ama de casa
	Irene	74	Ama de casa/Viuda
	Ana	50	Ama de casa
	Sandra	18	Soltera
	Jazmín	27	Ama de casa
	Rosa	36	Ama de casa
	Antonia	54	Ama de casa
	Rosalba	44	Ama de casa
	Rosario	40	Ama de casa
	Sandra	49	Ama de casa
	Irma	33	Ama de casa

CUADRO 2. PREGUNTA NO. 1. ¿QUÉ SABEN O QUÉ CONOCEN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
IRENE:	...es muy malo, mi madre murió de cáncer en la matriz y es una enfermedad muy mala, muy triste.	* Percepción de gravedad de la enfermedad
ROSA:	...la única prueba es el Papanicolaou que se supone que se efectúa uno cada seis meses, dos veces al año y es lo que ellos analizan y es cuando ellos ven si uno tiene algo anormal.	* Conocimiento de la práctica del Papanicolaou
SANDRA:	Es más efectivo, digamos, aparte del Papanicolaou, la colposcopia.	* Conocimiento de la práctica de la colposcopia
SANDRA:	...hay que estar atenta igual, si hay flujo, de qué color es, de qué olor, todo, si padecemos frecuentemente infecciones.	* Infecciones vaginales como factor de riesgo

CUADRO 3. PREGUNTA NO. 2. ¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIOS RECIBIERON ESA INFORMACIÓN?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
	...en el seguro, cuando uno va, hay pláticas y es ahí donde nos informamos.	* Educación para la Salud en las instituciones de seguridad social
ANA:	... me he enterado que vienen de aquí de la GAM, vienen a hacer la propaganda de los días que vienen los autobuses...	* Conocimiento de las campañas preventivas en la GAM

CUADRO 4. PREGUNTA NO. 3 ¿QUÉ OPINIÓN LES MERECEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CACU?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
SANDRA:	...son necesarias para la salud, porque si no las hubiera yo creo que hubiera mucho más muertes por el cáncer.	* Consciencia de la necesidad de la práctica del PAP
ANA:	...ya estaba casada, con hijas y yo no sabía nada de eso...es muy importante saberlo, porque así se evita ahorita la enfermedad, porque antes por pena o porque no había la comunicación...mi mamá me decía, 'yo nunca me hice eso'...'ay, no vayas a ir, te vayan a lastimar', más cuando había hombres, pero digo, con la pena yo no vivo, antes porque no había y ahora porque ya hay, y aun así, hay personas que por pena, por vergüenza o por el marido. Mi mamá me decía 'para qué vas, para que te estén manoseando'.	* Falta de cultura preventiva por hábitos familiares. * Falta de comunicación entre padres e hijos por tabúes sobre sexualidad. * Pena e incomodidad en la práctica del PAP. * Machismo
ANTONIA:	...como medida preventiva está muy bien, que todo fuera preventivo, no curativo, ése es el fin que se persigue, que sea preventivo, no curativo.	* Consciencia de la necesidad de la práctica del PAP

CUADRO 5. PREGUNTA NO. 4 ¿POR QUÉ CREEN QUE PUDIERAN SER O NO VULNERABLES A PADECER CACU?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ROSA:	...nosotros venimos de familia de cáncer, entonces ya traemos ese antecedente, tenemos genes.	* Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares * Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
IRMA:	...yo también me considero vulnerable, porque mi hermana apenas acaba de salir...tuvo cáncer de mama y mi abuelita murió de cáncer en la cabeza, entonces también, por eso.	* Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares * Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo

	...la familia por parte de mi papá, sus hermanos y todos murieron de cáncer. Entonces venimos de una familia que todos fallecieron de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares * Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
ROSALBA:	...por parte de mi mamá, la mayoría ha sido por cáncer de mama...entonces, ya es la genética.	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares * Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
ROSARIO:	...independientemente de todo, todos estamos propensos...tengamos o no antecedentes, todos.	* Conciencia de vulnerabilidad general
IMELDA:	Y más porque somos mujeres. La mujer como que tiene más riesgo de padecer cáncer...si no amamantaste a tus hijos puedes tener cáncer o que si tienes relaciones sexuales más tempranas, tienes más probabilidades de padecer cáncer.	* Percepción de vulnerabilidad asociada a la vida sexual
ANTONIA:	...el cáncer no es propio de la mujer, sino que todos lo traemos latente, tanto hombres como mujeres, sólo que a unos se nos desarrolla y a otros no.	* Conciencia de vulnerabilidad general

CUADRO 6. PREGUNTA No. 5 ¿DE QUÉ MANERA CONSIDERAN QUE LAS RELACIONES SEXUALES INFLUYEN PARA DESARROLLAR PARTICULARMENTE CÁNCER CERVICOUTERINO? Y PREGUNTA No. 6 ¿CUÁL SERÍA LA MEDIDA PREVENTIVA ALREDEDOR DEL CÁNCER CERVICOUTERINO QUE FOMENTARÍAN ENTRE SUS HIJAS Y ENTRE SUS HIJOS?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
	Realmente no afecta, bueno, yo digo, no sé...yo creo que no, más bien ese es un gen que sí traemos todos, pero que hay unas personas que lo desarrollan más rápido que otros... 'si empiezas a tener relaciones a temprana edad, es más fácil que te de cáncer de útero'. Yo creo que no es tanto eso, sino más que nada, hay que empezarnos a revisar, porque cuando estamos jóvenes...te andas metiendo con cualquiera, o no te fijas, o no te cuidas o no usaron protección. El papiloma humano yo sé que es un tipo de cáncer, entonces es sobre eso que no nos sabemos cuidar.	<ul style="list-style-type: none"> * Asociación con la promiscuidad sexual. * Falta de cultura preventiva sobre el uso del condón * Necesidad de EPS sobre el VPH

SANDRA:	...debemos inculcarles a nuestros hijos desde temprana edad: 'sabes que, si vas a tener relaciones, usa protección', porque no sabemos la persona con la que tengan relaciones, qué enfermedades puede tener o con quién ha estado y todo...he sido muy criticada por la familia por decir, yo prefiero que mi hija traiga su condón en su mochila a que vaya a sufrir una enfermedad, no me interesa si a lo mejor sale con un hijo, pero las enfermedades son las que a mí me preocupan...ahorita sí es eso, transmitirles a nuestros hijos enseñarles y documentarnos nosotros para poderles hablar a ellos de una protección.	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos * Asociación con la promiscuidad sexual * Percepción de gravedad de la enfermedad
ANA:	...sí, se trata de prevenir a los jóvenes, porque hoy ya no lo hacen como nosotros, con el marido, porque lo quiero mucho, sino para saber qué se siente...hablo mucho con mi hija, le platico, ella me platica y se va aprendiendo, se va teniendo esa comunicación, como dicen 'hablen con sus hijos'; no como mi mamá que me decía 'no, ustedes no tienen por qué saber', me fui a ojos cerrados...yo nada más les digo 'cuídense y no se metan con uno y con otro, porque eso no deja nada bueno.'	<ul style="list-style-type: none"> * Asociación con la promiscuidad sexual * Necesidad de educación sexual para sus hijos * Asociación con la promiscuidad sexual

CUADRO 7. PREGUNTA No. 6 ¿QUÉ DIFICULTADES HAN ENCONTRADO PARA TRANSMITIRLES ESTA INFORMACIÓN A SUS HIJAS Y A SUS HIJOS?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
SANDRA:	La falta de comunicación. Si un padre no tiene comunicación con sus hijos, no va a poder transmitirles ninguna enseñanza Tanto el hombre como la mujer son iguales, porque tanto le puede caer una enfermedad a una mujer como al hombre, y al hombre hay que decirle 'tienes que usar condón, tienes que usar protección, porque también corres riesgo tanto de enfermedades como de embarazar a la muchacha'.	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de comunicación entre padres e hijos * Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos * Conciencia de vulnerabilidad general * Necesidad de EPS sobre el uso del condón
ROSARIO:	Hay que enseñarlos...a que te tengan confianza, a que tengan personas a quién acercarse, más que nada es eso, es parte de la educación; desde pequeños enseñarlos a que más que padres somos amigos...ya es cuestión de comunicación, más que otra cosa, pura comunicación y así irles enseñando.	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de comunicación entre padres e hijos. * Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos
ANA:	...es muy importante la comunicación con los hijos... con mi mamá no tuve esa comunicación y yo decía 'yo no voy a ser como mi mamá'. Yo siempre les lavaba sus pantaletas, al pendiente, si flujo o no flujo, de qué color o así, ya después 'no seas penosa, vamos con la doctora...' '¿No te da pena mamá?' 'Por qué, si es mujer' y luego, me tocaba un hombre y me decían '¿No te da vergüenza mamá?'	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de comunicación entre padres e hijos. * Falta de comunicación entre padres e hijos por tabúes sobre sexualidad * Pena e incomodidad en la práctica del

‘Por qué, si es neutral’, es lo importante de tener la comunicación, yo les transmito lo que yo he aprendido...

PAP

ROSA: Yo también tengo buena comunicación con mis hijos, prefiero decirles las cosas como son y no que después se enteren por otro lado. Yo prefiero así, que sea más abierto y ‘vamos a hacerlo, para que al rato no te espantes o no sepas y por vergüenza no preguntes’...soy más abierta, prefiero abarcarlo así, decirle, ‘tráete el condón, agarramos un pepino y vamos a ponérselo, y ahorita aprendemos los dos cómo se usa’.

* Necesidad de claridad en la información sexual
* Necesidad de EPS sobre el uso del condón

CUADRO 8. PREGUNTA NO. 7 ¿DE QUÉ MANERA PARTICIPAN SUS ESPOSOS EN LA PREVENCIÓN DE ESTE TIPO DE CÁNCER?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ROSARIO:	Mi esposo es el que anda detrás de mí, él es el que me dice ‘y ya te hiciste y ya te exploraste y ya fuiste’, y ‘vamos a que te hagan la colposcopia y vamos a esto’ y anda tras de mí, de hecho desde que nos casamos...pasan los seis meses y empieza, ‘ya hiciste tu cita, y vamos a la cita’, o sea, mi esposo, bien involucrado y además, muy al día en todo el tema, él es el que está al día, tanto de él como de mí.	* Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP * Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP * Interés de la pareja en la temática del CACU
SANDRA:	...también mi esposo es el que me lleva, porque yo por mí, no voy. Muchas veces es de decirme ‘sabes qué, está aquí la oferta en laboratorios’...y ahí vamos, y “métese a hacer los estudios”...me avisa el mero día ‘sabes qué, vámonos’ y me lleva y está muy enterado de todo.	* Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP * Apoyo económico total de la pareja para la práctica del PAP * Interés de la pareja en la temática del CACU
IRMA:	...nada más van y me dejan, ya luego me recogen. No está así al pendiente de fechas, cada seis meses o así, no; yo soy la que me acuerdo.	* Acompañamiento <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP * Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP
IRENE:	No yo para nada; conmigo nunca estuvieron...Él no, nunca participó.	* Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del PAP * Acompañamiento nulo de la pareja en la práctica del PAP

ROSALBA:	...sí me va a dejar, pero soy yo quien tiene que hacer sus cosas, sola.	<ul style="list-style-type: none"> * Acompañamiento <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP * Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP
ANTONIA:	...él participaba en el aspecto de que si me tenía que hacer el Papanicolaou, él ya sabía que tres, cuatro días antes, no tenía que haber relaciones...ese aspecto era en el único que estaba ahí, de la abstinencia para que yo pudiera hacerme el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> * Solidaridad de la pareja con abstinencia sexual para la práctica del PAP
ROSA:	...apoyo en el sentido de que nunca me ha dicho 'no vayas o para qué vas'; igual, en el respeto de que sabe que no vamos a tener relaciones, porque tengo que checarme y que si yo le digo "vamos", pues va; pero si yo le digo "voy sola", igual lo respeta.	<ul style="list-style-type: none"> * Indiferencia de la pareja por la práctica del PAP * Solidaridad de la pareja con abstinencia sexual para la práctica del PAP
YAZMÍN:	...igual yo voy sola, porque él no está; y él no, no sabe nada, es muy penoso.	<ul style="list-style-type: none"> * Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP * Desconocimiento en la temática del CACU
ANA:	Igual así, voy sola. Económicamente sí me apoya de que 'sabes qué, sí ve y háztelo'...pero yo voy sola, porque con su trabajo, la excusa del trabajo...siempre he andado sola y como que me siento más a gusto que así con él...	<ul style="list-style-type: none"> * Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP * Apoyo económico total de la pareja para la práctica del PAP
IRMA:	...siempre andaba sola y ahora para todo lo que me voy a hacer, me acompaña alguna de mis hijas.	<ul style="list-style-type: none"> * Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP
IMELDA:	...yo creo que la mayoría están en el mismo rollo...yo lo veía con mi papá, 'ésas son cosas de mujeres y a mí no me metan'. Ya los de una generación más para acá, sí como que se quieren involucrar, pero les da pena...a mi esposo, si yo le platico, pues sí se involucra, pero si yo no le platico, pues no, no hace nada...siempre nuestro problema, o casi de todas, es de que trabajan, o de que "no tengo el dinero para ese estudio, no me alcanza, entonces espérame para la otra.	<ul style="list-style-type: none"> * Desinterés de la pareja en la temática del CACU * Machismo * Interés parcial de la pareja en la temática del CACU * Apoyo económico parcial de la pareja para la práctica del PAP * Falta de recursos económicos para atenderse en el medio privado

GUADALUPE: ...él no puede acompañarme porque trabaja, pero en los partos sí estuvo. Nada más sí me pregunta, '¿Ya te hiciste tus estudios?' Mejor mi hijo mayor que es médico, él sí anda tras de mí, él sí me dice 'mamá, vete a hacer el estudio', es el que más se involucra conmigo, pero mi esposo, él nomás me acompaña...con mi hijo hay más comunicación y él es el que más o menos me orienta, sobre todo; en vez de que yo lo oriente a él, él me orienta a mí.

* Acompañamiento *parcial* de la pareja para la práctica del PAP
 * Interés *parcial* de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP

CUADRO 9. PREGUNTA No. 8 ¿A DÓNDE ACUDEN PARA PRACTICARSE ESTOS ESTUDIOS DE PREVENCIÓN Y CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE VAN A ESOS LUGARES?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
IMELDA:	...el Papanicolaou, me lo he hecho en el centro de salud, me lo hice últimamente, pero igual, he ido por los resultados y que no están y que no están y ya tiene, desde diciembre que me los hice. Y anteriormente iba a la clínica de colposcopia, no he ido por desidia, pero igual me dijeron que eran dos estudios muy diferentes.	* Pertenencia a la seguridad social para la práctica del PAP * Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados * Conocimiento de medidas preventivas
IRENE:	En el Seguro Social y en la clínica de colposcopia, ahí también me la llegué a hacer...en el seguro social a mí me han dicho que ya no es necesario que me haga el Papanicolaou, que ya no, que por el tiempo, que por la edad.	* Pertenencia a la seguridad social para la práctica del PAP * Necesidad de EPS sobre medidas preventivas
YAZMÍN:	Yo al centro de salud, el Papanicolaou nada más.	* Pertenencia a la seguridad social para la práctica del PAP
ROSA:	Yo en el Seguro Social, también es donde me hago el Papanicolaou.	* Pertenencia a la seguridad social para la práctica del PAP

ANTONIA:	Yo en el Seguro Social y una vez salió un estudio sospechoso y me mandaron a la clínica 27, a ginecología, y ahí me tuvieron en tratamiento como un año y haciéndome cada tres meses, pero ya luego salían bien, hasta que me dieron de alta y me dijeron que cada año me lo hiciera y ahí es donde me lo hago y me he hecho algunos particulares...porque no tenía yo mucha confianza de que después que me hubiese salido uno sospechoso, ya los otros bien y me hice como dos particulares.	<ul style="list-style-type: none">* Pertenencia a la seguridad social para la práctica del PAP* Desconfianza en la validez de los resultados del PAP en las instituciones de seguridad social* Mayor confiabilidad en la validez de los resultados del PAP en el medio privado
ROSALBA:	...yo todo lo que es mamografía, colposcopia y Papanicolaou también particular porque no tengo seguro.	<ul style="list-style-type: none">* Falta de seguridad social para la práctica del PAP
ROSARIO:	Yo también, todos mis estudios en particular. Tengo Seguro Social y sí me los he practicado en el seguro social, pero luego vas, te los practicas y si tienes algo te informan, sino, no te informan, entonces lo dejan a uno con la incertidumbre; entonces, yo mejor para vivir más tranquila, entre el particular y el seguro social.	<ul style="list-style-type: none">* Preferencia por la práctica del PAP en el medio privado* Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados
SANDRA:	Yo también en particular siempre, no tengo seguro; mamografía, colposcopia y Papanicolaou me los hacen los tres juntos en un laboratorio que está cerca de aquí. Te cobran más o menos barato.	<ul style="list-style-type: none">* Falta de seguridad social para la práctica del PAP* Preferencia por costos accesibles en el medio privado para la práctica del PAP
IRMA:	Yo en particular y nada más es el Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none">* Preferencia por la práctica del PAP en el medio privado

CUADRO 10 PREGUNTA No. 9 ¿CONSIDERAN QUE INFLUYE EL TRATO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL QUE LOS ATIENDE, PARA QUE EFECTIVAMENTE SE SIGAN REALIZANDO ESTOS ESTUDIOS DE MANERA SUBSECUENTE?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ROSALBA:	Sí...para mí, sí es penoso todo ese tipo de situación...aquí donde dice la señora y que también voy yo, la verdad a mí me han dado una muy buena atención, nos dan muchas confianza, mucha limpieza, así como 'relájese, no pasa nada'.	<ul style="list-style-type: none"> * Pena e incomodidad en la práctica del PAP * Mayor calidad en la atención en el medio privado
SANDRA:	...es importante que lo hagan sentir a uno con la confianza...yo me pongo así...me da un miedo atroz, porque soy muy estrecha...para que a mí me hagan el Papanicolaou es...pero sí siento un miedo, porque en una ocasión fui al hospital de Iguarán y me dieron una lastimada tremenda, entonces me da mucho miedo...en los laboratorios hay una chica, ella siempre me toca, y hasta me dice, cuando le toque pida conmigo y no lastima nada.	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de mayor sensibilidad en el médico en la realización del PAP * Temor/miedo a la práctica del PAP * Mayor calidad de la atención en el medio privado * Mayor calidad de la atención con el personal de enfermería
ROSARIO:	En el sector salud luego lo hacen como a destajo o sea, 'pásese, súbbase, adiós' y es así como que van (truenan los dedos) y no se miden, y hay incluso quien dice 'oiga, espéreme, me está lastimando', 'Ah, pero para otras cosas no la lastiman'. Entonces, desde los comentarios, desde la manera de tratarla a uno a destajo, dice una 'ay, no, sabe qué, hay otras maneras en que yo puedo hacerme mis estudios tranquila y es muy diferente'.	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de sensibilidad en el médico en la realización del PAP * Falta de ética en algunos médicos durante la práctica del PAP * Mayor calidad de la atención en el medio privado
ROSALBA:	Aquí (habla del laboratorio particular a donde va) cuando me han hecho la colposcopia, le van explicando a uno...y pues la verdad ya ni siento pena; al contrario, como que 'sígame explicando'.	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor calidad de la atención en el medio privado * Preferencia por la práctica del PAP en el medio privado
ANA:	...yo voy a los gratuitos pero la verdad, mis respetos para esas personas, porque a veces sí oigo los comentarios de que 'ay, como no cobran, te tratan mal', pero no...en los camiones, desde las personas que dan las pláticas hasta los que conectan, el servicio, muy bueno.	<ul style="list-style-type: none"> * Preferencia por la práctica del PAP en campañas gratuitas de prevención * Falta de calidad de la atención en las instituciones de seguridad social

SANDRA: Es que hay distintos sectores que hacen los estudios cuando son gratis; está el sector salud, están estos que vienen creo del sector gobierno; entonces, ahorita en el gobierno están diciendo, 'trata bien a la gente', pero en los hospitales del sector salud, como que ya es algo de 'esto es así y si bien lo quieres y si no, ni modo'. Igual en el seguro, tanto hay comentarios favorables como desfavorables, como personas que las tratan bien, que dicen 'sí tuve suerte', pero también hay personas que dicen 'es que a mí me fue de la patada'.

* Falta de calidad de la atención en las instituciones de seguridad social

CUADRO 11 PREGUNTA NO. 10 ¿QUÉ OPINIÓN TIENEN ACERCA DE LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN TORNO AL CÁNCER EN LA MUJER, IMPLEMENTADAS EN SU DELEGACIÓN?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ANA:	...me he enterado que vienen de aquí de la GAM, vienen a hacer la propaganda de los días que vienen los autobuses... no le piden nada al seguro, la verdad, muy bien. El año pasado vinieron, vienen cada año, cada dos años y yo me los he hecho aquí...en el camión sí nos lo dicen, que si hay algún problema, no nos los entregan porque van a mandarnos a la clínica para que ahí ya nos traten...las personas que vienen y te la hacen no te lastiman y unos aparatos pues nuevos.	* Conocimiento total de las campañas preventivas para el CACU implementadas por la delegación GAM * Aprobación de la calidad de la atención en campañas gratuitas de prevención en la GAM
SANDRA:	...todo depende según el delegado que esté...el delegado que ahorita está como que ha hecho a un lado al sector salud...porque yo no he visto mucha propaganda que para estudios de Papanicolaou, de mastografías...no han dado la información ni la publicidad para hacerse estudios, no hay ni tanta información ni tanta publicidad.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas para el CACU implementadas por la delegación GAM * Necesidad de difusión mediática adecuada de campañas preventivas en la delegación GAM
ROSA:	...a nivel delegacional, no; no hay difusión, no hay información, no hay apoyo.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas para el CACU implementadas por la delegación GAM * Necesidad de difusión mediática adecuada de campañas preventivas en la delegación GAM

IMELDA: Faltan, que faltan...de este tipo de plática debería haber más, tanto para hombres como para mujeres, porque sí nos hace falta más información certera...este tipo de información es de las que hay que estar más pendiente y que las hagan más seguido; y que pongan 'va a haber una plática en tal lugar'. * Necesidad de campañas preventivas implementadas por la delegación GAM
* Necesidad de difusión mediática adecuada

CATEGORIZACIÓN/ FOCUS GROUP No. 2

CUADRO 1. GRUPOS E INFORMANTES

GRUPO	NOMBRE	EDAD	A QUÉ SE DEDICA
2	Blanca	42	Comerciante de un negocio familiar
	Reina	27	Ama de casa
	María	42	Ama de casa
	Guadalupe	Omitió	Empleada en escuela primaria y ama de casa
	Griselda	55	Empleada en escuela primaria
	Paola	31	Ama de casa y empleada de medio tiempo
	Araceli	34	Ama de casa y pastelera
	Rosa	57	Ama de casa
	Gabriela	40	Ama de casa
	Mariana	25	Ama de casa
	Rebeca	53	Ama de casa
	Nancy	35	Ama de casa

CUADRO 2. PREGUNTA No. 1. ¿PARA USTEDES QUÉ ES EL CÁNCER?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	"es una enfermedad de las células, se van reproduciendo"	* Conocimiento parcial de la definición de la enfermedad
P2	"es una enfermedad mala" porque ocasiona muchas muertes	* Percepción de gravedad de la enfermedad
P3	"es una causa de muerte importante, creo que provoca entre cuatro mil muertes al año o algo así"	* Percepción de gravedad de la enfermedad

CUADRO 3. PREGUNTA NO. 2 ¿QUÉ CONOCEN O SABEN SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO Y POR QUÉ MEDIOS RECIBIERON ESA INFORMACIÓN?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...a mí me extirparon un tumor, pero era benigno, en un ovario, me quitaron un ovario...qué hay de cierto en que vuelve a renacer.	* Conocimiento parcial de los tipos de cáncer * Necesidad de EPS sobre los tipos de cáncer
P2	...tres días de abstinencia sexual, que no se esté menstruando, no estarse poniendo óvulos, ni medicamentos	* Conocimiento parcial de los requisitos médicos para la práctica del PAP
P3	...qué pasa con las mujeres que, como en mi caso, pues ya hemos tenido úlceras y se nos han tratado, ¿Con el tiempo vuelven a salir? Porque en mi caso, cada seis meses me mandan a hacer una colposcopia para ver si no hay úlceras en mi matriz.	* Conocimiento parcial de la evolución de la enfermedad

CUADRO 4. PREGUNTA NO. 3 ¿POR QUÉ CREEN USTEDES QUE PUDIERAN SER O NO VULNERABLES A PADECER CACU?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...nadie se salva de eso	* Consciencia de vulnerabilidad general
P2	...porque mi abuelita murió de cáncer de seno	* Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares * Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
P3	...porque muchas veces hay personas que aunque se hacen los estudios y todo sale bien, después resulta que se mueren porque no se los practicaron bien	* Errores del sistema de salud durante la práctica del PAP * Desconfianza en la validez de los resultados del PAP
P4	...influye el consumo de carnititas, de la carne roja	* Estilo de vida como factor de riesgo
P5	...he escuchado que esta cuestión del descontrol hormonal tiene que ver con lo del cáncer	* Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo

P6	...la doctora que me atendió me dijo que era por tanta infección...por infecciones mal tratadas...de jovencita, sí fui muy rebelde y no me daban ganas de bañarme, a lo mejor se fue acumulando y acumulando...yo creo que por falta de aseo	* Infecciones vaginales como factor de riesgo
----	--	---

CUADRO 5. PREGUNTA No. 4 ¿QUÉ OPINAN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER DE CERVICOUTERINO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...al empezar mi etapa de relaciones sexuales, de actividad sexual, empecé igualmente mi revisión y la prueba del Papanicolaou; ahí no me salió nada, todo salía bien, bien, bien...pero cuando decidí hacerme una colposcopia fue lo que me salió de la úlcera. Entonces sí tienen que ir de la mano la colposcopia con el Papanicolaou.	* Conocimiento de la práctica del PAP * Conocimiento de medidas preventivas
P2	...he visto mucha gente que ha muerto de cáncer, yo las veía muy sanas; no sé, me despedí de ella en la carnicería y después pregunté por ella y no pues, 'que ya falleció de cáncer en el seno o en la matriz', 'pero si se veía sana la señora'. El problema es que es una enfermedad silenciosa y a lo mejor ya la tenía avanzada, ya estaba en etapa terminal.	* Percepción de gravedad de la enfermedad * Falta de cultura preventiva para la realización de estudios

CUADRO 6. PREGUNTA No. 5 ¿DE QUÉ MANERA PARTICIPAN SUS ESPOSOS EN LA PREVENCIÓN DE ESTE TIPO DE CÁNCER?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...mi esposo me apoya en absolutamente todo, desde el momento en que empezamos la vida sexual, porque él ha sido la única pareja sexual que he tenido...está pendiente, me dice 'chécate ya, ya se acerca el día de tu cita' y sí, cuando tenemos que ir a cita, me acompaña	* Apoyo económico <i>total</i> de la pareja para la práctica del PAP * Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP * Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP
P2	...simplemente, ahorita está la prueba, por qué no están aquí, por qué no se toman ese tiempo...le comenté a mi esposo, porque vino a dejarme...' ¿Y si vienes conmigo?' '¡Qué voy a hacer entre puras viejas!', me dice.	* Desinterés de la pareja en la temática del CACU

P3	...más allá del simple hecho de saber que habrá puras mujeres, el tema; por qué, porque saben que ellos están involucrados pero 'tienen cola que les pisen' y parecería que hablarles de prevención les asusta.	* Desinterés de de la pareja en la temática del CACU * Asociación con la promiscuidad sexual masculina
P4	...sufro de unos dolores por <i>colitis</i> que casi, casi me llevan de urgencia...y una señora nos dice a mi esposo y a mí, 'es que tú tienes la culpa, porque no te has ido a revisar', siempre y por cualquier motivo a nosotras nos echan la culpa	* Actitud frente a la enfermedad
P5	...aún hay personas, hombres, que no aceptan eso, que ellos también están involucrados y piensan que una anda con otra persona.	* Desinterés de la pareja en la temática del CACU * Asociación con la promiscuidad sexual femenina
P6	...si el hombre la transmite, ¿Es porque también andan con una o con otra y no se protege? Eso significaría que son más promiscuos, que prácticamente les vale y andan con una y con otra	* Asociación con la promiscuidad sexual masculina

CUADRO 7. PREGUNTA NO. 6 ¿DE QUÉ MANERA CONSIDERAN USTEDES QUE PUEDE INFLUIR TENER RELACIONES SEXUALES PARA DESARROLLAR ESE PADECIMIENTO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...el simple hecho de que le comentes a tu pareja que tienes una pequeña infección, es motivo para que te digan 'es que ya andas con alguien, es que me estás engañando'...en la misma televisión te dicen que es por tu ropa interior.	* Asociación con promiscuidad sexual femenina * Sentimiento de culpabilidad femenina en la aparición de la enfermedad
P2	...si ellos son los principales portadores quedas sorprendida, porque si tienes uno o tienes diez esposos, te pones a pensar 'cuál de todos fue', o simplemente tienes uno y dices 'por qué, entonces él me está engañando'	* Asociación con promiscuidad sexual masculina
P3	...si te lo detectan (habla del VPH, y te lo quitan en ese momento, ¿Puede volver a aparecer?	* Necesidad de EPS sobre el VPH
P4	...¿Entonces en el diagnóstico del Papanicolaou te ponen ese número (refiriéndose al tipo de VPH) o ya lo determina el ginecólogo? Porque yo me hice una colposcopia y me detectaron papiloma, me lo quitaron.	* Necesidad de EPS sobre medidas preventivas

CUADRO 8 PREGUNTA No. 7 ¿DE QUÉ MANERA CONSIDERAN QUE INFLUYE EL TRATO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO DE ESTAS DEPENDENCIAS PARA QUE SE PRACTIQUEN SU PAPANICOLAOU?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...más que nada es porque igual viene la pena de que te estén revisando a cada rato, y pues desgraciadamente no a todas nos tratan igual...me estaban revisando, pero en esas revisiones me lastimaron mucho, como no tienen idea, me lastimaron mucho y dije no 'yo ya no vuelvo a pasar por esto', aparte, un doctor pasa pero que además estén presentes estudiantes haciendo sus prácticas y además, si de por sí yo sentí que me estaba lastimando, ver sus caras de que 'no puede ser esto', me hizo sentir incómoda...a partir de esto, de verdad me molesta, sí me molesta que me toquen; sí me lastimaron demasiado, éste sí se pasó y por eso siento que no quiero, qué tal que me toca otro; a raíz de esta experiencia me genera un poco de incomodidad, de miedo, hacerme el Papanicolaou, aunque la última vez que me hice el Papanicolaou sí me lo hizo una enfermera, pero sí me quedó el miedo de que me revise un doctor.	<ul style="list-style-type: none"> * Pena e incomodidad en la práctica del PAP * Falta de sensibilidad en el médico en la realización del PAP * Temor/miedo a la práctica del PAP * Mayor calidad de la atención con el personal de enfermería
P2	...yo iba al centro de salud, le comenté a mi esposo 'sabes qué, que ahí está el doctor y dice que él me puede revisar'; 'pero es que es hombre', me dice y no, no quiso, no le pareció, me dijo que mejor con una doctora"	* Machismo
P3	...siempre me ha tocado con doctoras...en alguna ocasión que no estaba el doctor en el ISSSTE, me fui al seguro social y ahí me atendió un doctor, me ha atendido y con todo respeto, pero yo no le he comentado a mi esposo.	* Machismo

CUADRO 9 PREGUNTA No. 8 ¿A DÓNDE ACUDEN A REALIZARSE SUS ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO Y CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE VAN A ESE LUGAR?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	Lamentablemente en el IMSS o en el ISSSTE no tienen realmente la infraestructura como para que una les tenga confianza a los resultados que te dan...aparte, en los laboratorios como el Chopo o Polanco, precisamente porque se paga, entonces es más seguro que sí te digan la verdad y, además, no te tienen con la incertidumbre, porque en las clínicas públicas, nombre, tardan mucho para darte tus resultados"	<ul style="list-style-type: none"> * Desconfianza en la validez de los resultados del PAP en las instituciones de seguridad social * Mayor confiabilidad en la validez de los resultados del PAP en el medio privado * Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados

P2	En el IMSS a mí lo que me incomoda es que no te los dan luego, luego, te tardan mucho tiempo...desgraciadamente no tienes las posibilidades para ir a un particular, donde a veces te los entregan en la tarde y ya sabes, por eso yo me los he practicado por fuera precisamente para evitar ese tipo de situaciones, porque en el IMSS o en el ISSSTE pueden pasar meses y una sin saber si se tiene algo y si es así, si en ese tiempo de espera puede desarrollarse algo verdaderamente malo...en ese lapso la gente se puede morir	<ul style="list-style-type: none"> * Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados * Falta de recursos económicos para practicarse el PAP en el medio privado * Percepción de gravedad de la enfermedad
P3	...yo fui a un centro especialista de colposcopia y no es caro, es fidedigno y más confiable...'gracias a Dios' porque yo no tengo ningún seguro ni tampoco tengo la posibilidad económica para ir a un laboratorio particular de mayor prestigio	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor confiabilidad en la validez de los resultados del PAP en el medio privado * Falta de seguridad social para la práctica del PAP * Falta de recursos económicos para practicarse el PAP en el medio privado
P4	El problema para nosotras es que muchas veces para hacernos el estudio tenemos que tomar del gasto o atenernos de alguna forma a lo que el esposo nos puede dar	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de recursos económicos para practicarse el PAP en el medio privado

CUADRO 10 PREGUNTA No. 9 ¿QUÉ OPINIÓN TIENEN ACERCA DE LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN TORNO AL CÁNCER EN LA MUJER, IMPLEMENTADAS EN SU DELEGACIÓN?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
P1	...en la televisión había una campaña, también de la delegación, llamada <i>Acompáñame</i> o algo así, en donde una mujer puede acudir con otra, digamos que como un dos por uno para practicarse el Papanicolaou totalmente gratuito.	* Conocimiento sobre campañas mediáticas para la prevención del CACU (no implementadas por la GAM)
P2	...las llevan a cabo pero silenciosamente, o sea buscan erradicar un mal silencioso con una campaña silenciosa	* Necesidad de difusión mediática adecuada de campañas preventivas en la GAM

CATEGORIZACIÓN/ FOCUS GROUP NO. 3

CUADRO 1. GRUPOS E INFORMANTES

GRUPO	NOMBRE	EDAD	A QUÉ SE DEDICA
3	Martha	56	Ama de casa
	Elia	48	Profesora de nivel preparatorio y ama de casa
	Yolanda	37	Odontóloga y ama de casa
	Esmeralda	29	Ama de casa
	Juana	38	Ama de casa; vende cosméticos por catálogo
	Alejandra	34	Ama de casa
	Erika	25	Ama de casa y vende zapatos por catálogo
	Dulce	32	Contadora no activa y ama de casa

CUADRO 2. PREGUNTA NO. 1. ¿QUÉ SABEN O QUÉ CONOCEN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ELIA:	...es un padecimiento que engloba una infinidad de tipos oncológicos...el cáncer cervicouterino, el de mama, el de pulmón, el de próstata, son de los más conocidos, por los fallecimientos que provocan o porque también, son cada vez más las personas que son diagnosticadas con alguno de ellos...el cáncer cervicouterino se desarrolla en el cuello uterino, tiene una relación directa con la infección por el virus del papiloma, se recomienda la práctica anual del Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none"> * Conocimiento total de la enfermedad * Percepción de gravedad de la enfermedad * Conocimiento de la práctica del Papanicolaou
YOLANDA:	...el cáncer cervicouterino como primera causa de muerte entre las mujeres... lamentablemente no se le ha dado la difusión que se debería...las mujeres estamos más preocupadas por encontrarnos una bolita en los senos que por alguna señal de alarma en nuestro útero.	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de gravedad de la enfermedad * Falta de una cultura preventiva
ERIKA:	...qué tan cierto es eso de que si se tiene flujo, así, como amarillento, si olemos mal, sea porque propiamente se esté desarrollando un cáncer...	<ul style="list-style-type: none"> * Conocimiento parcial de factores de riesgo

DULCE:	...después de mi primer embarazo, me diagnosticaron virus del papiloma, porque básicamente me estaba haciendo los exámenes de rutina, la colposcopia y el Papanicolaou...las mujeres somos muy proclives a desarrollar infecciones vaginales, cuestiones tan rutinarias como el uso ropa interior de material sintético, de un mal aseo en nuestra zona íntima o por utilizar ropa súper, súper ajustada...	<ul style="list-style-type: none"> * Conocimiento de la práctica del Papanicolaou * Conocimiento parcial de factores de riesgo
JUANA:	...sea cervicouterino, de mama, o de cualquier otro tipo, es una enfermedad mortal...la mayoría de las veces se detecta en etapas muy avanzadas y casi ya no se puede hacer nada.	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de gravedad de la enfermedad
ESMERALDA:	...el cáncer es una enfermedad silenciosa, si no se va al doctor, si no se realizan los estudios, ni cuenta nos damos de que tenemos la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> * Actitud hacia la enfermedad * Falta de una cultura preventiva

CUADRO 3. PREGUNTA NO. 2 ¿QUÉ OPINIÓN LES MERECE A USTEDES, LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER CERVICOUTERINO: LA COLPOSCOPIA Y EL PAPANICOLAOU?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
DULCE:	...me diagnosticaron una infección por virus del papiloma, mientras me hacían la colposcopia, cuando me lo dijo, sentí como si me hubieran echado un balde de agua fría, porque hasta mi matrimonio, no había tenido intimidad con absolutamente nadie...ni siquiera con él, por respeto a su religión –él es cristiano– y por los valores que me inculcó mi madre, que es católica...por ser yo la portadora, pues temía que pensara que había sido yo quien se había metido con alguien más.	<ul style="list-style-type: none"> * Virus del Papiloma Humano como factor de riesgo. * Asociación con promiscuidad femenina.
ERIKA:	Yo definitivamente no fui al ginecólogo hasta que supe que estaba embarazada... en general dentro de mi familia no existe ese hábito de ir al doctor por cualquier malestar...empecé a tener complicaciones y fue cuando visité por primera vez al ginecólogo...no me gustó nada (su primera práctica del Papanicolaou) porque el doctor no tuvo nada de tacto...me lastimó...cuando me metieron el espejo vaginal, el doctor lo hizo así, en frío, ¿No? Entonces obviamente me dolió, me dolió mucho, lo sentí muy agresivo...aunque no me gusta, ya me lo he practicado anualmente, pero cada vez que se acerca la fecha, empiezo a sentir como angustia, temor, miedo... sí me incomoda tener que desvestirme, ponerme en posición de parto y aguantar, ahora sí que, aguantar, porque no me queda de otra	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de una cultura preventiva * Temor/miedo a la práctica del PAP * Falta de sensibilidad en el médico en la realización del PAP * Pena e incomodidad en la práctica del PAP

ELIA:	...considero que los dos estudios deberían realizarse en las instituciones de seguridad social de manera obligatoria...sólo se hace el Papanicolaou, y sí estoy convencida de que con este estudio no basta...primero debe hacerse una exploración general del cuello uterino mediante la colposcopia y complementar los resultados que ahí se obtengan con el análisis que arroje el Papanicolaou...mientras las instituciones públicas de salud no mejoren en infraestructura y estos dos estudios, incluso la vacuna contra el virus del papiloma, se instituyan como medidas de prevención obligatorias, seguirá habiendo mujeres que mueran por cáncer cervicouterino.	* Falta de infraestructura en las instituciones de salud
YOLANDA:	...son estudios que deben practicarse conjuntamente...pero más allá de eso, lo que a nosotras y a nuestros esposos como padres de familia, nos compete, es enseñarles a nuestros hijos una educación sexual responsable de nada sirve que se invite a las mujeres a realizarse su Papanicolaou si culturalmente hablando, hombres y mujeres –principalmente adolescentes– ejercen su sexualidad de manera irresponsable.	* Necesidad de una Educación para la Salud Sexual
MARTHA:	Si tenemos buena comunicación, pero de eso a que me tengan la confianza para decirme ‘mamá, fíjate que ya no soy virgen, que ya me <i>entregué</i> a mi novio’, no lo van a hacer, ese es un momento muy íntimo que en realidad sólo les compete a ellas y a sus parejas.	* Falta de comunicación entre padres e hijos
ELIA:	...ya les he empezado (a sus hijas) a hablar sobre sexualidad, y eso no significa que las esté empujando a iniciar su vida sexual... nosotras y nuestros maridos igual, sí tenemos la obligación de aconsejarlas, de orientarlas, para que llegado el momento tomen una decisión consciente, usen un preservativo... nuestra tarea, insisto, es educarlos	* Necesidad de EPS sobre medidas preventivas
ESMERALDA:	...mi mamá igualmente nunca nos habló sobre sexualidad...cuando yo inicié mi vida sexual, pues igual, jamás se lo confié a mi mamá...sí, influye mucho esto del entorno familiar, de los valores, de las costumbres que se tenga en cada familia, en cada tipo de relación que se tenga entre padres e hijos.	* Falta de comunicación entre padres e hijos * Necesidad de EPS para los padres de familia

CUADRO 4. PREGUNTA No. 3 ¿POR QUÉ USTEDES SE CONSIDERAN O NO VULNERABLES A PADECER CÁNCER CERVICOUTERINO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
JUANA:	...porque tengo antecedentes familiares; una de mis tías enfermó de este tipo de cáncer...según tengo entendido que la genética es una de las causas principales para desarrollarlo.	* Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares
DULCE:	...mi médico me explicó que no es la más determinante (se refiere a la herencia familiar genética)...un verdadero factor son los hábitos de salud, el estilo de vida y, en el caso del cáncer cervicouterino, ese riesgo se acrecienta por la promiscuidad, por tener relaciones sexuales sin protección con varios hombres.	* Estilo de vida como factor de riesgo * Asociación con promiscuidad femenina
YOLANDA:	...portadores del virus pueden ser tanto hombres como mujeres y ambos pueden ser, en ese sentido, focos de infección...el hecho de ser una mujer casada tampoco te salva; a veces es mayor el riesgo bajo la excusa de la fidelidad y la obligación de la mujer para cumplir sus deberes como esposa	* Asociación con promiscuidad masculina
ESMERALDA:	...el cáncer es una enfermedad que no respeta condiciones sociales, ni sexos, simplemente se desarrolla y no pregunta si uno pertenece a tal clase social, si profesas tal religión, si se es mujer o es hombre, y mucho menos si somos casadas, solteras, divorciadas, incluso viudas.	* Percepción de gravedad de la enfermedad
JUANA:	...las mujeres sí corremos más peligro, es nuestra misma condición de mujeres la que nos pone en peligro, porque a diferencia de los hombres, nuestro cuerpo es más delicado...el problema con el virus son los daños que provoca en nuestro cuello, porque al tratarse de carne viva totalmente, está más expuesto, es más fácil de atacar, pues.	* Percepción de vulnerabilidad por condición femenina * El Virus del Papiloma Humano como factor de riesgo

CUADRO 5. PREGUNTA No. 4 ¿DE QUÉ MANERA CONSIDERAN USTEDES QUE LAS RELACIONES SEXUALES INFLUYEN PARA DESARROLLAR CÁNCER CERVICOUTERINO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ELIA:	...se caería en un error al estigmatizar a las mujeres que son diagnosticadas con virus del papiloma como promiscuas...actualmente muchas mujeres ejercen su sexualidad de manera responsable, con el uso del condón, y pese a ello, igualmente están expuestas.	* El Virus del Papiloma Humano como factor de riesgo

YOLANDA:	...mientras se promueva una educación sexual basada en el uso del preservativo pero, sobre todo, orientemos a nuestros hijos e hijas para que inicien su vida sexual cuando tengan realmente conciencia de lo importante que es su salud sexual...y, si además se promueven los estudios que necesitamos nosotras y que necesitan los hombres también para detectar cualquier anomalía, claro que también se disminuirán los fallecimientos cáncer.	* Necesidad de EPS sobre el uso del condón * Necesidad de una cultura preventiva sobre estudios de diagnóstico: PAP y colposcopia
JUANA:	...los hombres...ellos siempre han tenido concesiones, siempre han sido más libres de tener relaciones antes de casarse de nada serviría que sí, que nosotras no andemos de promiscuas, si ellos lo van a hacer.	* Asociación con promiscuidad masculina
DULCE:	...las mujeres que sostienen relaciones fuera del matrimonio son más propensas a contraer un VPH de los tipos que son de alto...para mí, sí, las relaciones sexuales son determinantes en la infección por virus del papiloma, sea con o sin condón	* Asociación con promiscuidad femenina

CUADRO 6. PREGUNTA NO. 5 ¿DE QUÉ MANERA PARTICIPAN O HAN PARTICIPADO SUS ESPOSOS EN LA PREVENCIÓN DE ESTOS TIPOS DE CÁNCER?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
MARTHA:	...mi esposo falleció hace diez años, precisamente a causa del cáncer; fue un proceso muy doloroso...él recibió todo mi apoyo, yo fui su fortaleza...estoy segura que de haber sido yo quien atravesara por esa misma situación, habría recibido igualmente la misma atención...sí me apoyaba, con el dinero o acompañándome al ginecólogo... mi esposo siempre mostró interés por mi salud, en general.	* Apoyo económico total para la práctica del PAP * Acompañamiento total de la pareja para la práctica del PAP
ELIA:	Yo soy casada, mi esposo también es profesor y eso por supuesto que ha influido para que muestre interés por mi salud...sí se acuerda de preguntarme en días próximos o posteriores, si ya me los hice, si todo salió bien. Respecto al dinero, es compartido; unas veces los paga él, otras lo hago yo...aunque tenemos seguro, no nos gusta hacer uso de esos servicios...tanto en el IMSS como en el ISSSTE suelen tardarse eternidades en entregar los resultados, y mientras una puede morir.	* Apoyo económico parcial para la práctica del PAP * Inconformidad en la entrega tardía de resultados en las instituciones de salud
YOLANDA:	...tengo seguridad social, pero prefiero hacerme mis estudios en algún laboratorio particular...mi ex-esposo nunca me apoyó.	* Apoyo económico parcial para la práctica del PAP

ESMERALDA:	...yo no tengo ni IMSS ni ISSSTE, en su trabajo, a mi esposo no le dan esa prestación...los estudios me los he practicado muy pocas veces, creo que sólo dos y eso el Papanicolaou...mi esposo nada más me ha dado el dinero, porque por su trabajo no puede acompañarme...en la intimidad con mi esposo la verdad no utilizo ningún método anticonceptivo, a veces nos guiamos por mi ritmo, porque soy muy regular pero, nada más, ni condón ni pastillas, nada. Pero bueno, si todo ha salido bien es porque igualmente mi esposo está sano y me es infiel.	* Apoyo económico total para la práctica del PAP * Acompañamiento nulo de la pareja para la práctica del PAP
JUANA:	...cuando yo visito a mi ginecólogo, no le aviso, sólo voy, me checa y ya. Como vendo productos en mis tiempos libres, de mis ganancias ahorro para mis cosas personales...incluso él tampoco me dice si fue con su especialista.	* Apoyo económico parcial para la práctica del PAP * Acompañamiento nulo de la pareja para la práctica del PAP * Falta de interés en la temática del CACU
ALEJANDRA:	...mi esposo sí me apoya, tanto económicamente como en acompañarme. Sí me pregunta, cada vez que me hago mi Papanicolaou, cómo salí, qué me dijeron y todo...esperamos hasta ir juntos a la consulta y que la doctora nos explique.	* Apoyo económico total para la práctica del PAP * Acompañamiento total de la pareja para la práctica del PAP
ERIKA:	...mi esposo estuvo al pendiente del embarazo y sí me acompañaba a las consultas...pero ya que nació el bebé, digamos que se perdió esa costumbre.	* Acompañamiento parcial de la pareja para la práctica del PAP
DULCE:	...mi esposo también me apoya incondicionalmente, ni siquiera por lo del VPH dejó de mostrar interés por mi salud...sigue acompañándome siempre a las consultas con el ginecólogo...los dos jamás nos quedamos con dudas, estamos pregunte y pregunte, nos olvidamos de la pena y como también se paga por el servicio...desquitamos el gasto	* Apoyo económico total para la práctica del PAP * Acompañamiento total de la pareja para la práctica del PAP

CUADRO 7. PREGUNTA No. 8 ¿CONSIDERAN QUE INFLUYE EL TRATO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL QUE LOS ATIENDE, PARA QUE EFECTIVAMENTE SE SIGAN REALIZANDO SU PAPANICOLAOU DE MANERA SUBSECUENTE?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ELIA:	...claro que influye, si voy a hacerme mi Papanicolaou con un doctor que no tiene el más mínimo respecto para mi intimidad, y que incluso aprovecha esta práctica médica como una manera de saciar su morbo...si fuera yo, claro que tomaría mi ropa, me visto, me voy e incluso denuncio su falta de ética; pero lamentablemente la mayoría de las mujeres que atraviesan por situaciones de ese tipo, se aguantan y no hacen nada, o se aguantan esa primera vez pero ya no regresan...quienes se aguantan y regresan, es porque no les queda de otra, porque sólo en el seguro social la atención médica y los estudios son gratuitos.	* Falta en la calidad de la atención en las instituciones de salud * Pena e incomodidad en la práctica del PAP
JUANA:	Pero más que los precios, realmente la atención, la forma como te tratan en un laboratorio privado sí es diferente; las enfermeras, que básicamente son ellas las que hacen los Papanicolaou, son más respetuosas...me dicen que me relaje, que no me va a doler, me avisan que van a ponerme un poco de lubricante, que voy a sentir frío...todos esos detalles hacen que una verdaderamente se sienta en confianza.	* Mayor calidad de la atención en los laboratorios privados
ALEJANDRA:	Mi ginecóloga es mujer...a donde me manda a hacer los estudios, la colposcopia y el Papanicolaou, igualmente son mujeres, son enfermeras y...sí, me tratan bien...mientras haya respeto, todo está bien.	* Preferencia por la calidad de atención de las médicas mujeres
DULCE:	No voy al IMSS, no voy al ISSSTE. La verdad sí prefiero pagar, es más seguro, más confiable, más cómodo.	* Mayor calidad de la atención en los laboratorios privados

CUADRO 8 PREGUNTA NO. 9 ¿QUÉ OPINIÓN LES MERECEN LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO QUE HA IMPLEMENTADO SU DELEGACIÓN, LA GUSTAVO A. MADERO?

PARTICIPANTE	RESPUESTAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS
ESMERALDA:	...yo ni enterada estoy, ni sabía que esas campañas existían.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas en la GAM
JUANA:	...yo ni enterada estoy. La propaganda que de repente me ha llamado la atención es, pero de laboratorios privados, no con mucho prestigio, incluso muchos de ellos son nuevos en el rumbo, pero manejan buenas ofertas para los dos estudios, la colposcopia y el Papanicolaou.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas en la GAM
ERIKA:	Lamentablemente aquí no hay programas de detección gratuita.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas en la GAM
YOLANDA:	...tampoco estoy segura de que en caso de saber de alguna, me animara a realizarme en ella mi Papanicolaou...son estudios que requieren de una muy buena infraestructura por la cuestión de la higiene de los mismos doctores, de las enfermeras; los espejos vaginales, que sean nuevos; los otros materiales con los que toman las muestras, el lugar donde propiamente se analizan...desconozco si los de esas campañas sean de fiar o qué tan confiables sean.	* Desconfianza en la validez de resultados del PAP en los programas de detección gratuita implementados por la GAM
ELIA:	...he visto como pintas, pero hacen referencia más bien a x cantidad de mastografías o Papanicolaou realizados, mas no tienen información sobre dónde, cuándo o qué requisitos hay que cumplir para poder efectuarnoslos...el problema es que casi nunca nadie se entera de esos programas porque no los difunden...es a las mujeres de escasos recursos hacia quienes van dirigidos la mayoría de las veces	* Necesidad de difusión mediática de las campañas preventivas implementadas por la GAM * Asociación con la pobreza como factor de riesgo
ALEJANDRA:	...tienen como público principal a las mujeres de escasos recursos... ser pobre, no es una condición necesaria para tener cáncer, porque la enfermedad no respeta posiciones sociales ni económicas.	* Percepción de gravedad de la enfermedad
ELIA:	...no pienso que ser mujer y ser pobre sean los factores que determinen la aparición de un cáncer mamario o cervicouterino...la pobreza sí influye para que muchas mujeres no se practiquen su examen...si no tienen seguridad social, y su marido o los dos no ganan lo suficiente... muchas mujeres de un status más <i>alto</i> por pensar, precisamente que es un padecimiento de <i>pobres</i> , no toman sus medidas de prevención	* Falta de cultura preventiva en ambos niveles socioeconómicos: bajo y alto
MARTHA:	...la información no basta o que no es la que se requiere.	* Conocimiento nulo de las campañas preventivas en la GAM

* Necesidad de difusión mediática adecuada de las campañas preventivas implementadas por la GAM

Tras la categorización de los tres *focus group*, se hizo un cuadro comparativo por pregunta para identificar cuáles categorías se repetían en cada uno; el objetivo: reagrupar esos ‘distintivos categóricos’ y reducirlos en una sola denominación que englobara lo esencial de cada uno, de acuerdo con la variable dependiente que correspondiera, es decir, los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la prevención del cáncer cervicouterino. Dicho cuadro quedó aprobado el 7 de noviembre de 2011. Aquí un fragmento del mismo con aquellas preguntas en las cuales se percibe también una mayor participación de las mujeres entrevistadas:

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ FOCUS GROUP

PREGUNTA No. 1 ¿QUÉ SABEN O QUÉ CONOCEN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO?

GRUPO UNO	GRUPO DOS	GRUPOS TRES
Percepción de gravedad de la enfermedad	Conocimiento parcial de la definición de la enfermedad	Conocimiento parcial de la definición de la enfermedad
Conocimiento de la práctica del Papanicolaou	Percepción de gravedad de la enfermedad	Percepción de gravedad de la enfermedad
Conocimiento de la práctica de la colposcopia	Percepción de gravedad de la enfermedad	Relación directa con el VPH
Infecciones vaginales como factor de riesgo	Conocimiento parcial de los tipos de cáncer	Conocimiento de la práctica del Papanicolaou
	Necesidad de EPS sobre los tipos de cáncer	Percepción de gravedad de la enfermedad
	Conocimiento de la práctica del PAP	Necesidad de información a nivel mediático
	Conocimiento parcial de la evolución de la enfermedad	Confusión entre infección vaginal y CACU
		Relación directa con el VPH
		Conocimiento de práctica del Papanicolaou
		Conocimiento de práctica de la colposcopia
		Confusión entre infección vaginal y CACU

		Necesidad de Educación Para la Salud Sexual
		Percepción de gravedad de la enfermedad
		Percepción de gravedad de la enfermedad

PREGUNTA NO. 4 ¿POR QUÉ CREEN USTEDES QUE PUDIERAN SER O NO VULNERABLES A PADECER CACU?

GRUPO UNO	GRUPO DOS	GRUPOS TRES
Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	Consciencia de vulnerabilidad general	Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares
Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Estilo de vida como factor de riesgo
Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Errores del sistema de salud durante la práctica del PAP	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo
Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	Desconfianza en la validez de los resultados del PAP en las instituciones de seguridad social	Asociación con la promiscuidad sexual femenina
Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Estilo de vida como factor de riesgo	Percepción de vulnerabilidad asociada con la promiscuidad masculina
Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Conciencia de vulnerabilidad general
Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	Infecciones vaginales como factor de riesgo	Percepción de vulnerabilidad por infección por VPH
Conciencia de vulnerabilidad general		
Percepción de vulnerabilidad asociada a la vida sexual		
Conciencia de vulnerabilidad general		

PREGUNTA No. 5 ¿DE QUÉ MANERA CONSIDERAN USTEDES QUE LAS RELACIONES SEXUALES INFLUYEN PARA DESARROLLAR PARTICULARMENTE CÁNCER CERVICOUTERINO? Y PREGUNTA No. 6 ¿CUÁL SERÍA LA MEDIDA PREVENTIVA ALREDEDOR DEL CÁNCER CERVICOUTERINO QUE FOMENTARÍAN ENTRE SUS HIJAS Y ENTRE SUS HIJOS?

GRUPO UNO	GRUPO DOS	GRUPOS TRES
Asociación con la promiscuidad sexual	Asociación con promiscuidad sexual femenina	Percepción de vulnerabilidad por infección por VPH
Falta de cultura preventiva sobre el uso del condón	Sentimiento de culpabilidad femenina en la aparición de la enfermedad	Conocimiento total de la transmisión de la infección por VPH
Necesidad de EPS sobre el VPH	Asociación con promiscuidad sexual masculina	Necesidad de educación sexual para sus hijos
Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos	Necesidad de EPS sobre el VPH	Necesidad de campañas de difusión de medidas preventivas para ambos sexos
Asociación con la promiscuidad sexual	Necesidad de EPS sobre medidas preventivas	Percepción de vulnerabilidad asociada con la promiscuidad masculina
Percepción de gravedad de la enfermedad		Percepción de vulnerabilidad asociada con la promiscuidad femenina
Asociación con la promiscuidad sexual		Percepción de protección a partir del rol femenino como esposa
Necesidad de educación sexual para sus hijos		Relación directa con el VPH
Necesidad de educación para la salud (sexual) dirigida hacia los mismos padres		
Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos		

PREGUNTA No. 7 ¿DE QUÉ MANERA PARTICIPAN SUS ESPOSOS EN LA PREVENCIÓN DE ESTE TIPO DE CÁNCER?

GRUPO UNO	GRUPO DOS	GRUPOS TRES
Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP	Apoyo económico <i>total</i> de la pareja para la práctica del PAP	Apoyo económico <i>total</i> de la pareja para la práctica del PAP

LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LA DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO. HACIA UNA CULTURA DE LA PREVENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP	Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP	Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP
Interés de la pareja en la temática del CACU	Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP	Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP
Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP	Desinterés de la pareja en la temática del CACU	Apoyo económico <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP
Apoyo económico total de la pareja para la práctica del PAP	Desinterés de de la pareja en la temática del CACU	Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados
Interés de la pareja en la temática del CACU	Asociación con la promiscuidad sexual masculina	Percepción de la gravedad de la enfermedad
Acompañamiento <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP	Sentimiento de culpabilidad femenina en la aparición de la enfermedad	Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del PAP
Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP	Desinterés de la pareja en la temática del CACU	Acompañamiento nulo de la pareja en la práctica del PAP
Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del PAP	Asociación con la promiscuidad sexual femenina	Falta de seguridad social para la práctica del PAP
Acompañamiento nulo de la pareja en la práctica del PAP	Asociación con la promiscuidad sexual masculina	Falta de cultura preventiva de la pareja de la salud sexual y reproductiva
Acompañamiento <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP		Apoyo económico <i>total</i> de la pareja para la práctica del PAP
Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP		Percepción de protección a partir del rol femenino como esposa
Solidaridad de la pareja con abstinencia sexual para la práctica del PAP		Falta de comunicación conyugal
Desinterés de la pareja en la periodicidad de la práctica del PAP		Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del PAP
Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP		Acompañamiento de la pareja en la práctica del PAP
Solidaridad de la pareja con abstinencia sexual para la práctica del PAP		Apoyo económico <i>total</i> de la pareja para la práctica del PAP
Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP		Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP
Desinterés de la pareja en la temática del CACU		Interés de la pareja por la periodicidad de la práctica del PAP

Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP		Interés de la pareja en la salud reproductiva femenina durante el embarazo
Apoyo económico total de la pareja para la práctica del PAP		Acompañamiento de la pareja para la práctica del PAP
Acompañamiento <i>nulo</i> de la pareja para la práctica del PAP		Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP
Desinterés de la pareja en la temática del CACU		
Machismo		
Interés parcial de la pareja en la temática del CACU		
Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del PAP		
Falta de recursos económicos para atenderse en el medio privado		
Acompañamiento <i>parcial</i> de la pareja para la práctica del PAP		
Interés <i>parcial</i> de la pareja por periodicidad en la práctica del PAP		

PREGUNTA No. 9 ¿CONSIDERAN USTEDES QUE INFLUYE EL TRATO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL QUE LOS ATIENDE, PARA QUE EFECTIVAMENTE SE SIGAN REALIZANDO ESTOS ESTUDIOS DE MANERA SUBSECUENTE?

GRUPO UNO	GRUPO DOS	GRUPOS TRES
Pena e incomodidad en la práctica del PAP	Pena e incomodidad en la práctica del PAP	Falta de respeto al pudor durante la práctica del PAP
Mayor calidad en la atención en el medio privado	Falta de sensibilidad en el médico en la realización del PAP	Falta de ética en algunos médicos durante la práctica del PAP
Falta de sensibilidad del personal de salud en la práctica del PAP	Temor/miedo a la práctica del PAP	Resignación del mal trato por temor a represalias en las instituciones de seguridad social
Temor/miedo a la práctica del PAP	Mayor calidad de la atención con el personal de enfermería	Mayor calidad en la atención en el medio privado

LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LA DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO. HACIA UNA CULTURA DE LA PREVENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

Mayor calidad de la atención en el medio privado	Machismo	Falta de sensibilidad del personal de salud en la práctica del PAP
Mayor calidad de la atención con el personal de enfermería		Mayor calidad en la atención en el medio privado
Falta de sensibilidad en el médico en la realización del PAP		Falta de respeto al pudor durante la práctica del PAP
Falta de ética en algunos médicos durante la práctica del PAP		Desconfianza en la validez de los resultados del PAP en las instituciones de seguridad social
Mayor calidad de la atención en el medio privado		
Mayor calidad de la atención en el medio privado		
Preferencia por la práctica del PAP en el medio privado		
Preferencia por la práctica del PAP en campañas gratuitas de prevención		
Falta de calidad de la atención en las instituciones de seguridad social		
Falta de calidad de la atención en las instituciones de seguridad social		

Tras revisar detalladamente ese cuadro comparativo, el Dr. Isaías Hernández y yo formamos otras categorías superordinales, que hicieran “posible resumir datos de categorías de ‘orden más bajo’, dentro de categorías de orden más alto” [Knobell y Lankshear: 2001] y, así, que los datos obtenidos en cada entrevista grupal fueran más manejables y fáciles de interpretar en el análisis global de dicha técnica cualitativa.

Un primer listado de categorías por factor se presentó el 11 de noviembre de 2011, cuando luego de releer las categorizaciones de cada *focus group* y compararlas, las categorías para los factores sociales quedaron en 32; los de los factores culturales en 26, y los de los económicos en 8, con sus respectivas frecuencias de repetición. Tal como se muestra en las siguientes tablas:

NO.	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ FACTORES SOCIALES	FRECUENCIA
1	Mayor calidad en la atención en el medio privado (personal de enfermería)	8
2	Conocimiento de la práctica del Papanicolaou (consciencia de)	7
3	Necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos	7
4	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo (genética)	6
5	Inconformidad con las instituciones de salud por la entrega tardía de resultados	5
6	Falta de sensibilidad del personal de salud en la práctica del Pap	5
7	Pertenencia a la seguridad social para la práctica del Pap	5
8	Relación directa con el Vph	5
9	Conocimiento de medidas preventivas (colposcopia)	5
10	Desconfianza en la validez de los resultados del Pap en las instituciones de seguridad social	4
11	Falta de ética en algunos médicos durante la práctica del Pap (falta de respeto al pudor)	4
12	Falta de seguridad social para la práctica del Pap	4
13	Infecciones vaginales como factor de riesgo (confusión con CaCu)	4
14	Falta de cultura preventiva por hábitos familiares (repetición de patrones e influencia en la educación sexual)	4
15	Mayor confiabilidad en la validez de los resultados del Pap en el medio privado	3
16	Falta de comunicación entre padres e hijos por tabúes sobre sexualidad	3
17	Preferencia por la práctica del Pap en el medio privado	3
18	Necesidad de comunicación entre padres e hijos	3
19	Falta de calidad de la atención en las instituciones de seguridad social	2
20	Conocimiento parcial de la definición de la enfermedad	2
21	Estilo de vida como factor de riesgo	2
22	Aprobación de la calidad de la atención en campañas gratuitas de prevención en la GAM	1
23	Desconfianza en la validez de los resultados del Pap en los programas de detección gratuita del CaCu en la Gam	1
24	Errores del sistema de salud durante la práctica del Pap	1
25	Conocimiento parcial de la evolución de la enfermedad	1
26	Conocimiento parcial de los tipos de cáncer	1
27	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo	1
28	Conocimiento parcial sobre los factores de riesgo (exógeno–sociales)	1
29	Falta de educación sexual en los padres	1
30	Percepción de protección por nivel socioeconómico alto	1
31	Falta de educación sexual en los padres	1
32	Resignación del mal trato por temor a represalias en las instituciones	1

de seguridad social

NO.	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ FACTORES CULTURALES	FRECUENCIA
1	Percepción de gravedad de la enfermedad	11
2	Pena e incomodidad en la práctica del Pap	7
3	Conciencia de vulnerabilidad general	7
4	Acompañamiento de la pareja para la práctica del Pap	6
5	Interés de la pareja por periodicidad en la práctica del Pap	6
6	Percepción de vulnerabilidad por antecedentes familiares	6
7	Acompañamiento nulo de la pareja en la práctica del Pap	5
8	Percepción de vulnerabilidad asociada con la promiscuidad masculina	5
9	Percepción de vulnerabilidad asociada con la promiscuidad femenina	5
10	Desinterés de la pareja en la temática del CaCu	5
11	Desinterés de la pareja por periodicidad en la práctica del Pap	4
12	Percepción de vulnerabilidad asociada a la vida sexual (infección VPH)	4
13	Acompañamiento parcial de la pareja para la práctica del Pap	3
14	Machismo	3
15	Percepción de protección a partir del rol femenino como esposa	2
16	Sentimiento de culpabilidad femenina en la aparición de la enfermedad	2
17	Solidaridad de la pareja con abstinencia sexual para la práctica del Pap	2
18	Interés de la pareja en la temática del CaCu	2
19	Interés parcial de la pareja por periodicidad en la práctica del Pap	1
20	Falta de cultura preventiva de la pareja de la salud sexual y reproductiva	1
21	Temor a la enfermedad	1
22	Interés parcial de la pareja en la temática del CaCu	1
23	Interés de la pareja en la salud reproductiva femenina durante el embarazo	1
24	Falta de cultura preventiva para la realización de estudio	1
25	Falta de comunicación conyugal	1
26	Falta de cultura preventiva sobre el uso del condón	1

NO.	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ FACTORES ECONÓMICOS	FRECUENCIA
1	Apoyo económico total de la pareja para la práctica del Pap	6
2	Apoyo económico nulo de la pareja en la práctica del Pap	4
3	Falta de recursos económicos para atenderse en el medio privado	3
4	Preferencia por costos accesibles en el medio privado para la práctica del Pap	2
5	Apoyo económico parcial de la pareja en la práctica del Pap	1
6	Falta de cultura preventiva en el nivel socioeconómico bajo	1
7	Preferencia por la práctica del Pap en campañas gratuitas de prevención	1
8	Inconformidad con las instituciones de salud por los recursos asignados para el manejo del CaCu	1

Para facilitar el análisis de los *focus group*, se redujeron las categorías superordinales, pues se observó que había distintivos categóricos que, en conjunto, referían a un aspecto particular dentro de cada factor. Así, la necesidad de orientación para transmitir información sexual a sus hijos, la falta de comunicación entre padres e hijos por tabúes sobre sexualidad, la necesidad de comunicación entre padres e hijos, entre otras, se agruparon en la categoría “Necesidad de Educación para la Salud” en los factores sociales con 25 menciones.

La percepción y/o conciencia de gravedad de la enfermedad, la vulnerabilidad por antecedentes familiares, la asociación del cáncer cervicouterino con prácticas sexuales promiscuas y una relación directa con el virus del papiloma humano se congregaron en la categoría superordinal, “Percepción de vulnerabilidad general”, ubicándose dentro de los factores culturales con una frecuencia de 43. Mientras que el apoyo económico total, parcial o nulo de la pareja para la realización de la prueba del Papanicolaou, quedaron definidas como uno de los factores económicos con 14 citas.

Finalmente, el 24 de noviembre se aprobó el cuadro definitivo de categorías de análisis, con una reducción significativa en los distintivos categóricos que se concretaron en categorías superordinales más breves y precisas. Justo como se muestra a continuación:

A) FACTORES SOCIALES

1. Necesidad de Educación para la Salud
 - 1.1 Claridad en la información sobre sexualidad
 - 1.1.1 EPS sobre uso del condón
 - 1.1.2 EPS sobre Vph
 - 1.2 Falta de información general sobre CACU
 - 1.2.1 Definición de la enfermedad
 - 1.2.2 Evolución de la enfermedad
 - 1.2.3 Tipos de cáncer
 - 1.2.4 Infecciones vaginales como factor de riesgo
 - 1.2.4.1 Confusión de infecciones vaginales con CACU
 - 1.2.5 EPS sobre medidas preventivas
 - 1.3 Necesidad de estrategias de EPS en las instituciones de seguridad social
2. Necesidad de mayor difusión de campañas preventivas en la GAM
 - 2.1 Necesidad de difusión mediática adecuada
 - 2.2 Conocimiento nulo de campañas preventivas
 - 2.3 Necesidad de implementación de campañas preventivas
 - 2.4 Conocimiento total de campañas preventivas
 - 2.5 Conocimiento sobre campañas mediáticas no implementadas por la GAM

3. Desconfianza en las instituciones de seguridad social
 - 3.1 Entrega tardía de resultados del PAP
 - 3.2 Desconfianza en la validez de los resultados del PAP
 - 3.3 Errores del sistema de salud durante la práctica del PAP
 - 3.4 Falta de calidad de la atención
 - 3.5 Resignación del mal trato durante la práctica del PAP

4. Preferencia por la práctica PAP en instituciones privadas
 - 4.1 Mayor calidad en la atención
 - 4.2 Mayor confianza en la validez de los resultados

5. Conocimiento parcial de medidas preventivas
 - 5.1 Papanicolaou
 - 5.2 Colposcopia

6. Conocimiento parcial sobre factores de riesgo
 - 6.1 Antecedentes familiares
 - 6.2 Exógeno–sociales
 - 6.2.1 Estilo de vida

7. Falta de profesionalismo en la práctica del PAP
 - 7.1 Falta de ética médica
 - 7.1.1 Falta de respeto al pudor
 - 7.2 Falta de sensibilidad del personal de salud

8. Seguridad Social
 - 8.1 Pertenencia
 - 8.2 No pertenencia

9. Nivel socioeconómico
 - 9.1 Falta de cultura preventiva en el nivel socioeconómico bajo
 - 9.2 Percepción de protección por nivel socioeconómico alto

B) FACTORES CULTURALES

10. Percepción de vulnerabilidad general
 - 10.1 Percepción adecuada de gravedad de la enfermedad
 - 10.2 Vulnerabilidad por antecedentes familiares
 - 10.3 Vulnerabilidad asociada a la vida sexual
 - 10.3.1 Infección por VPH
 - 10.3.2 Promiscuidad sexual
 - 10.3.3 Promiscuidad sexual masculina
 - 10.3.4 Promiscuidad sexual femenina

11. Participación de la pareja en la práctica del PAP
 - 11.1 Acompañamiento en la práctica del PAP
 - 11.1.1 Acompañamiento parcial
 - 11.1.2 Acompañamiento nulo
 - 11.2 Interés de la pareja
 - 11.2.1 Por la periodicidad del PAP
 - 11.2.2 En la temática del CaCu
 - 11.3 Solidaridad mediante abstinencia sexual

12. Falta de cultura preventiva
 - 12.1 Influencia de hábitos familiares
 - 12.1.1 Repetición de patrones adversos a la salud
 - 12.1.2 Falta de comunicación entre padres e hijos
 - 12.1.3 Tabúes sobre sexualidad

13. Experiencias y creencias adversas en la práctica del PAP
 - 13.1 Pena
 - 13.2 Incomodidad
 - 13.3 Temor a padecer CACU

14. Tipo de identidad genérica
 - 14.1 Machismo
 - 14.2 Rol madre-esposa
 - 14.2.1 Percepción de protección por este rol
 - 14.2.2 No realización de estudios por prioridad de otras actividades del rol

- C) FACTORES ECONÓMICOS

15. Apoyo Económico de la Pareja
 - 15.1 Apoyo Económico Total
 - 15.2 Apoyo Económico Parcial
 - 15.3 Apoyo Económico Nulo

16. Costos de estudios
 - 16.1 Costos en el medio privado
 - 16.2 Falta de recursos económicos para estudios en el medio privado
 - 16.3 Necesidad de gratuidad en campañas preventivas

4.1.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE CUALITATIVA. FOCUS GROUP.

El cáncer cervicouterino es un problema mundial de salud público por sus altos porcentajes de incidencia y mortalidad en mujeres en edad productiva. Una situación preocupante si se considera que, por su historia natural, es un padecimiento cuyo desarrollo puede revertirse con un diagnóstico y tratamiento oportuno en etapas tempranas.

Aunque con frecuencia las investigaciones de este tema sanitario se dan en el ámbito médico, resulta interesante que, de 2005 a la fecha, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), los trabajos elaborados para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar tienen un enfoque más social. La mayoría de sus títulos hacen referencia a los factores que afectan la detección del CACU por influir en la decisión de las mujeres a practicarse o no su prueba de Papanicolaou.

Entre éstos se encuentran: “las barreras que impiden el acceso de las mujeres a los servicios preventivos, el pudor de realizarse un tacto vaginal, el temor al procedimiento o al diagnóstico, la falta de conocimiento de la patología a diagnosticarse y los valores socioculturales y psicológicos de las pacientes.” [Cerpa: 2012]

Es decir, “los factores psicológicos, emocionales y motivacionales, producto de la historia individual y familiar de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, que influyen en el proceso de enfermar y en la prevención y mantenimiento de un nivel óptimo de salud.” [Bishop, 1994 en Guerrero Mejía: 2001]

Sin embargo, aunque los resultados de las encuestas aplicadas arrojan información relevante como una tendencia a “los aspectos psicológicos y morales como la principal barrera, ya que siguen sintiendo pena y angustia al realizarse la detección, y siguen con la creencia de que es doloroso o que puede provocar infección” [Cerpa Padilla: 2012], o que “el aparato sexual femenino se percibe como algo íntimo y es posible que las mujeres no se animen a referir los síntomas relacionados con él, especialmente cuando el médico es un varón o pertenece a una cultura diferente” [Carmona Ramos: 2010], es preciso ir más allá del análisis y discusión.

En ese sentido, una investigación desde el enfoque del Trabajo Social, cuya materia prima es la intervención en problemáticas sociales, permitiría que, apoyado por la perspectiva de género, se diseñaran estrategias más certeras hacia una prevención integral del cáncer cervicouterino, basadas en las propias voces de una población vulnerable que, aún cuando está informada, siente una necesidad por saber más del tema e incluir a sus mismas parejas en la lucha contra un mal que requiere un trabajo conjunto entre hombres y mujeres para su erradicación.

Con base en la categorización final, es oportuno iniciar con el análisis global de los resultados obtenidos en la fase cualitativa de la investigación; en donde, además de comparar éstos con los de otras investigaciones, se discutirá la información más relevante de acuerdo con los testimonios expresados por las 32 mujeres que participaron en los tres *focus group*.

A) FACTORES SOCIALES

1. NECESIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El objetivo esencial de la Educación para la Salud (EPS) es la prevención de enfermedades que contribuya a su vez a la prolongación de la vida; por consiguiente busca “promover la salud y la eficiencia mental y física, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad.” [De Vattuone: 1987]

Su eje rector es la participación del individuo, quien debiera tener el compromiso de hacerse responsable de su salud; lo cual, aunado con el uso de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano de padecimientos y su tratamiento oportuno, le garantice una buena calidad de vida.

Sobre el cáncer cervicouterino, las madres de familia expresaron una fuerte necesidad de EPS centrada en la sexualidad, como parte integral del desarrollo de sus hijos e hijas y que requiere acciones educativas con contenidos específicos; cuya constante sea una información clara y directa basada en una buena comunicación y confianza, que conlleve a los adolescentes (mujeres y hombres) a recurrir ante cualquier inquietud a sus padres de familia, a quienes “*nos compete enseñarles a nuestros hijos una educación sexual responsable*” y evitar que “*al rato te espantes o no sepas y por vergüenza no preguntes.*”

Por consiguiente “la educación sexual es uno de los puntos más importantes dada la natural curiosidad del adolescente” [De Vattuone: 1987], frecuentemente enfocada en el inicio de las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos. De allí que un primer tema a considerar sea el uso adecuado del condón como medida preventiva del nivel primario, pues “*cuando estamos jóvenes te andas metiendo con cualquiera, o no te fijas, o no te cuidas o no usaron protección*”; idea que devela una falsa creencia de relacionar el ejercicio de la sexualidad irresponsable como exclusiva de la etapa adolescente, cuando más bien puede presentarse en distintos rangos etarios y sin que el grado de escolaridad sea determinante.

Durante los *focus grupales* se manifestó el interés de quienes ya eran madres de familia por tener información pertinente sobre sexualidad, para transmitírsela a sus hijos, con la seguridad de que los están formando correctamente en dicho ámbito. Más aún cuando es indiscutible que un factor decisivo en todo proceso comunicativo es el contexto, es decir, las circunstancias que determinan la interpretación adecuada del mensaje a transmitir. Por eso: *“de este tipo de plática debería haber más, tanto para hombres como para mujeres, porque sí nos hace falta más información certera”*.

1.1 CLARIDAD EN LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

1.1.1 EPS SOBRE USO DEL CONDÓN

En los tres *focus group* se manifestó un claro interés de las mujeres por informarse más sobre temas relacionados con la sexualidad, particularmente el uso del condón; pero no porque ellas, en su rol de esposas fueran a utilizarlo con sus parejas, sino por la función que les corresponde a ambos como ‘educadores sexuales’ de sus hijos basada en la comunicación.

Según la etimología de la palabra (*communis*), al comunicar se pone en común alguna información entre el emisor y el receptor, por eso cuando se quiere compartir una idea es importante que éstos se encuentren en sintonía. Así lo expresaron las mujeres en su papel de madres, pues prefieren *decirles las cosas como son...que sea más abierto, para que al rato no te espantes o no sepas y por vergüenza no preguntes”*.

Dicho testimonio expresa una preocupación latente en los padres de familia del presente siglo, en el cual ante el auge de las tecnologías de la información y la comunicación, es innegable que los adolescentes y jóvenes tienen una amplia gama de fuentes sobre temas sexuales, muchas de ellas poco confiables. Por eso, las participantes resaltaron que *lo que a nosotras y a nuestros esposos como padres de familia, nos compete, es enseñarles a nuestros hijos una educación sexual responsable*. Ésta implicaría situaciones tan simples como *prefiero decirle, tráete el condón, agarramos un pepino y vamos a ponérselo, y ahorita aprendemos los dos cómo se usa”,* más aún cuando *tanto le puede caer una enfermedad a una mujer como al hombre*.

No obstante, también se percibió otra inquietud en las entrevistadas que ya tenían hijas. Es necesario que *nosotras y nuestros maridos igual, sí tenemos la obligación de aconsejarlas, de orientarlas, para que llegado el momento tomen una decisión consciente y usen un preservativo*. Pero, al mismo tiempo, *se les invite a realizarse su Papanicolaou, que empiecen a revisarse, porque cuando estamos jóvenes, te andas metiendo con cualquiera, o no te fijas, o no te cuidas o no usaron protección*.

Por ende, una educación para la salud sexual que contribuya a disminuir la incidencia del cáncer cervicouterino, debe dirigirse a adolescentes, jóvenes y padres de familia; más aún cuando la “Estrategia Regional y Plan de Acción”, desarrollada en 2008 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para la prevención y control de la enfermedad en América Latina, es preciso “intensificar la información, educación y orientación en los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, además de generar información para facilitar las decisiones con respecto a la introducción de vacunas contra el VPH.” [Sitio web: <http://www.paho.org>]

1.1.2 EPS SOBRE VPH

Desde 1974, Zur Hausen estableció la relación entre el VPH y el cáncer cervicouterino, pero sólo en recientes fechas se le ha considerado uno de los factores que intervienen en el desarrollo del padecimiento. Sin embargo, al parecer hace falta claridad en la difusión de esta información, pues las entrevistadas confundieron la infección con el cáncer en sí: *El papiloma humano, yo sé que es un tipo de cáncer, entonces es sobre eso que no nos sabemos cuidar.*

En ese sentido, hay cierta razón. Al desconocer qué es el VPH, cuántos tipos existen, cómo actúan en el organismo humano y de qué manera se diagnostica, es frecuente que las mujeres (jóvenes o adultas) no sepan tampoco prevenir su infección, sea “con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual” [Serman: 2002: 320 en Sitio web. <http://www.scielo.cl>] o con las vacunas profilácticas implementadas en países en desarrollo como México.

“El VPH causa infecciones sigilosas, es decir, penetra en el organismo y no causa alteraciones perceptibles; son infecciones asintomáticas (no producen molestias), lo que quiere decir que no se siente nada al momento de la infección.” [Consuelo: 2006] Situación que obstaculiza su diagnóstico y tratamiento para prevenir, a la vez, un posible cáncer en el cuello uterino, según el tipo de virus y su persistencia.

Sin embargo, las participantes de los grupos focales mostraron escaso conocimiento sobre el VPH, el cual expresaron en preguntas como *si te lo detectan, y te lo quitan en ese momento, ¿puede volver a aparecer? O entonces en el diagnóstico del Papanicolaou te ponen ese número (refiriéndose al tipo de virus) o ya lo determina el ginecólogo.*

Para responder a dichas interrogantes sería preciso implementar un programa de educación para la salud sexual centrada en el virus del papiloma humano, como parte de las estrategias preventivas del cáncer cervicouterino y cuya labor entra en las funciones que todo trabajador social puede realizar en el ámbito sanitario.

1.2 FALTA DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE CACU

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte a nivel mundial entre la población femenina, sin embargo pareciera que la información alrededor de este padecimiento ha disminuido y *“lamentablemente no se le ha dado la difusión que se debería”*. Particularmente dentro de los medios de comunicación masiva, las campañas están centradas en la prevención del cáncer mamario, y por eso *“las mujeres estamos más preocupadas por encontrarnos una bolita en los senos que por alguna señal de alarma en nuestro útero”*.

Dicho panorama hace aún más latente la necesidad de implementar acciones formativas sobre este otro tipo de neoplasia femenina, para que las inquietudes de ambos sexos queden resueltas, mientras se fomentan hábitos preventivos desde los niveles primario y secundario establecidos en el sector salud. Si bien se tiene una idea general de que *“es una enfermedad de las células que se van reproduciendo”* y *“que engloba una infinidad de tipos oncológicos”*, subsiste un desconocimiento de la evolución de la enfermedad, desde su aparición en un órgano en particular hasta su diseminación en el cuerpo.

En el caso particular del cáncer cervicouterino, las participantes apuntaron la aparición de una úlcera en su cuello uterino como un antecedente; de allí que la angustia sea un común denominador entre *“mujeres que, como en mi caso, pues ya hemos tenido úlceras y se nos han tratado”*, porque no tienen la seguridad de que, *“¿con el tiempo vuelvan o no a salir?”*. Es preciso subrayar que diagnósticos como éstos son los que las han llevado a practicarse de manera periódica su Papanicolaou y colposcopia juntos, aunque sea sólo *“para ver si no hay úlceras en mi matriz”*.

Aunque hay cierta noción de la enfermedad, es indiscutible la necesidad informativa en las mujeres de la colonia La Pradera, de la delegación Gustavo A. Madero. En particular, con la intención de concientizarlas sobre la importancia del cuidado que ellas mismas deben tener en pro de su bienestar, ante un padecimiento que, al tardar en desarrollarse de 5 a 10 años, aumenta su probabilidad de curación, si se diagnostica a tiempo en sus etapas tempranas.

1.2.1 INFECCIONES VAGINALES COMO FACTOR DE RIESGO

En los tres *focus group*, sus participantes comentaron que *hay que estar atenta si hay flujo, de qué color es, de qué olor, todo*; pues la mayoría consideró a las infecciones vaginales como factores de riesgo para desarrollar un cáncer cervicouterino. Incluso hubo quienes hicieron énfasis en conductas relacionadas con su higiene sexual de tiempo atrás: *de jovencita, sí fui muy rebelde y no me daban ganas de bañarme, a lo mejor se fue acumulando y acumulando...yo creo que por falta de aseo*.

Circunstancias como la anterior sirven para ejemplificar que aún en la actualidad, hay un desconocimiento sobre los factores a los cuales las mujeres deben prestar atención para preservar su salud, dado que se piensa erróneamente que *si se tiene flujo, así, como amarillento, si olemos mal, es porque propiamente se está desarrollando un cáncer*. Cuando sólo una infección persistente por “los VPH 16 y 18 (alto riesgo) puede provocar lesiones premalignas y malignas de cérvix”. [Consuelo: 2006]

2. NECESIDAD DE MAYOR DIFUSIÓN DE CAMPAÑAS PREVENTIVAS EN LA GAM

Como parte de las acciones sanitarias implementadas por la delegación Gustavo A. Madero para la prevención del cáncer mamario y cervicouterino, está el *Programa Cuídate*, puesto en marcha desde marzo de 2010; cuyo objetivo es ofrecer atención médica a mujeres de entre 20 y 39 años de edad, a través de la realización de mamografías y tomas de Papanicolaou.

Sin embargo, muchas de las mujeres entrevistadas manifestaron un conocimiento nulo del mismo, pues afirmaron que *lamentablemente aquí no hay programas de detección gratuita*; otras expresaron que *yo ni enterada estoy, ni sabía que esas campañas existían, o yo no he visto mucha propaganda que para estudios de Papanicolaou, de mastografías*. Situación que refleja una falta de difusión alrededor de dicha campaña preventiva, lo cual significa que el canal, elemento de la comunicación entendido como el medio físico por el que circula el mensaje, es deficiente: *el problema es que casi nunca nadie se entera de esos programas, porque no los difunden*.

Si “el propósito de la comunicación es el intento del comunicador de afectar en una dirección dada el comportamiento del receptor; es decir, producir ciertos efectos sobre la manera de sentir, pensar y actuar del que recibe la comunicación o, en una palabra, persuadirlo” [Berlo:], entonces un aspecto importante a considerar es la necesidad de difusión mediática adecuada de los programas preventivos llevados a cabo por las autoridades de la GAM.

En voz de las mujeres de la colonia La Pradera, una constante respecto al programa *Cuídate* es que *no hay ni tanta información ni tanta publicidad sobre dónde, cuándo o qué requisitos hay que cumplir para poder efectuármelos*. No obstante, señalaron con disgusto que *he visto como pintas, pero hacen referencia más bien a ‘x’ cantidad de mastografías o Papanicolaou realizados*; un indicio más de que *no hay difusión, no hay información, no hay apoyo*.

De modo que, los encargados de planear y diseñar dichos programas debieran iniciar con una plataforma estratégica de promoción social claramente definida, basada en las características y necesidades de la población vulnerable a padecer cáncer cervicouterino. Es allí donde la labor del trabajador social resulta indispensable, pues en el nivel de atención directo, “pretende que la persona sea consciente de su situación conflictiva y adopte una postura activa para solucionarla.” [2009]

En los *focus group*, sus participantes demostraron estar conscientes de la importancia de mantenerse informadas sobre el CACU, a raíz de la misma dinámica en la cual ellas interactuaban: *este tipo de información es de las que hay que estar más pendiente*. Asimismo externaron su interés para *que las hagan más seguido y que pongan ‘va a haber una plática en tal lugar’*.

Aunque saben que la mortalidad por cáncer puede disminuir al promover *los estudios que necesitamos nosotras y que también necesitan los hombres para detectar cualquier anomalía*, pareciera que las autoridades quieren erradicar un mal silencioso con una campaña silenciosa, porque *las llevan a cabo, pero silenciosamente*. Muestra de ello es que sólo una mujer estaba enterada de *que vienen de aquí de la GAM, vienen a hacer la propaganda de los días que vienen los autobuses*; es decir, las unidades móviles que cuenta con la infraestructura para practicar la mastografía y el Papanicolaou.

Del conocimiento sobre campañas mediáticas no implementadas por la GAM, una de las entrevistadas destacó el papel de los medios de comunicación masiva, pues fue a través de la televisión que supo de una llamada *Acompáñame, en donde una mujer puede acudir con otra, digamos que como un dos por uno, para practicarse el Papanicolaou totalmente gratuito*. Hecho que refleja la falta de una estrategia comunicativa bien planteada, que le dé prioridad a un canal informativo más cercano a la población vulnerable como parte del nivel de atención directo que ofrece el trabajador social para identificar las relaciones entre la salud del individuo y los factores sociales del entorno en el que se desenvuelve.

3. DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

3.1 ENTREGA TARDÍA DE RESULTADOS DEL PAP

Otro de los factores sociales que en los *focus group* generó mayor debate fue la atención que las instituciones de seguridad social brindan en torno a la práctica del Papanicolaou, “el uso de la citología vaginal que ha reducido en un 70% la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países industrializados.” [Rubio y cols.,2004]

Al igual que en la investigación “La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones” [2006] de Carolina Wiesner Ceballos y colaboradores, las participantes describieron varios obstáculos que crean una desconfianza en las instituciones de las cuales son derechohabientes, como el IMSS o el ISSSTE; mismas que, a su vez, las hacen recurrir a los servicios privados o simplemente no tomarse la citología.

En sus relatos se identificó claramente que existe una inconformidad en la entrega de resultados, dado que *en el centro de salud me lo hice últimamente, y he ido, y que no están y que no están*, lo cual refleja que las usuarias sí se interesan por saber cómo está su salud sexual: *a mí lo que me incomoda es que no te los dan luego, luego, te tardan mucho tiempo* y pareciera que ésa es la constante *en las clínicas públicas, donde nombre, tardan mucho para darte tus resultados*.

Así, es probable que puedan *pasar meses y una sin saber si tiene algo*, cuando el objetivo del Papanicolaou es obtener un diagnóstico temprano de cualquier anomalía en el cuello uterino, que debiera tratarse para evitar futuras complicaciones. Pero cuando *suelen tardarse eternidades en entregar los resultados*, existe la probabilidad de que *en ese tiempo de espera, pueda desarrollarse algo verdaderamente malo y, en ese lapso, la gente se puede morir*.

Dentro del protocolo sanitario de las instituciones de seguridad social está indicado que, además de informarles a las usuarias sobre los resultados de su PAP, las deben mandar a las clínicas u hospitales de especialidad que cuenten con la infraestructura para tratar cualquier anomalía en su cuello uterino. Así como le sucedió a una de las entrevistadas, a quien *una vez me salió un estudio sospechoso y me mandaron a la clínica 27, a Ginecología, y ahí me tuvieron en tratamiento como un año*.

Cuando los médicos no respetan esa norma y dejan a las usuarias sin ninguna respuesta a sus dudas, ellas abandonan su seguimiento, pensando que *todo está bien, que todo sale bien*; en otros casos, *vas, te los practicas y si tienes algo te informan, sino, no te informan, entonces lo dejan a uno con la incertidumbre*. Siendo así, quizá haya mujeres que continúen su revisión ginecológica en laboratorios privados, pero habrá otras que invariablemente pierdan el interés en el programa preventivo y, a menudo, no regresen más.

Otro de los factores institucionales que conlleva a la indiferencia de la población femenina a no efectuarse su Papanicolaou es la desconfianza en la validez de los resultados del IMSS o del ISSSTE, porque *lamentablemente no tienen la infraestructura adecuada y no practican bien los estudios*. Entonces *de qué sirve que muchas veces las personas se hacen los estudios, si el diagnóstico no es el correcto y después resulta que se mueren*.

Es interesante que en voz de las participantes de los grupos focales, *los dos estudios deberían realizarse en las instituciones de seguridad social de manera obligatoria*, es decir, el PAP, que permite “la visualización de células descamadas de la zona de transformación del cuello uterino”, y la colposcopia, con el cual se “identifican cambios sutiles de los epitelios de la unión escamocolumnar (vagina y vulva), inapreciables a simple vista.” [Olvera: 2009]

Para las habitantes de la colonia La Pradera, en la GAM, *mientras las instituciones públicas de salud no mejoren en infraestructura y los dos estudios se instituyan como medidas de prevención obligatorias, seguirá habiendo mujeres que mueran por cáncer cervicouterino*. En sus propias palabras, *una muy buena infraestructura* consistiría en mejorar *la higiene de los mismos doctores, de las enfermeras*, por ser en quienes recae la responsabilidad directa de una toma adecuada del frotis citológico. También es preciso que *los espejos vaginales, sean nuevos*, al igual que *los otros materiales con los que toman las muestras, el lugar donde propiamente se analizan*.

Según los procedimientos y técnicas para la citología cervicovaginal, del muestreo del material citológico depende el 25% del diagnóstico; mientras que de la eficacia en la tinción y procesamiento adecuado del material obtenido, otro 25% y, por último, el 50% restante corresponde al diagnóstico microscópico eficiente y ético del material citológico. Por tanto, “sólo debe ser realizado por personal altamente capacitado, actualizado y certificado” [Olvera, 2009].

En su opinión, la falta de calidad de la atención humana mientras se realizan el PAP es fundamental, si las instituciones de seguridad social pretenden que sus derechohabientes acudan a practicarse sus estudios de detección temprana. Por eso *es importante que nos hagan sentir con confianza y no como ocurre en el sector salud, cuando luego lo hacen como a destajo o sea, ‘pásese, súbase y adiós’*. De allí que *lamentablemente, la mayoría de las mujeres que atraviesan por situaciones de ese tipo, se aguantan esa primera vez, pero ya no regresan*.

Sí, hay *quienes se aguantan y regresan, pero es porque no les queda de otra, dado que sólo en el seguro social, la atención médica y los estudios son gratuitos*. De allí que el cáncer cervicouterino sea “un ejemplo de inequidad social de las mujeres que lo sufren.” [Autor: Año] No obstante, ante las campañas preventivas como *Cuídate*, las mujeres de la GAM tienen la alternativa de atender su salud sexual en los llamados medibuses; donde *las personas que vienen y te lo hacen* (el PAP), *no te lastiman*, y además traen *unos aparatos, pues nuevos*.

4. PREFERENCIA POR LA PRÁCTICA PAP EN INSTITUCIONES PRIVADAS

De las entrevistadas con seguridad social, la mayoría declaró que *prefiero hacerme mis estudios en algún laboratorio particular*, sin preocuparles demasiado los precios, sino por la necesidad de sentir que las tratan con calidad, con humanismo: *más que los precios, realmente la atención, la forma como te tratan en un laboratorio privado, sí es diferente*. Dicha atención se muestra en el comportamiento de *las enfermeras, quienes básicamente son ellas las que hacen los Papanicolaou*.

En más de una ocasión, las participantes externaron que hay una mayor calidad en la atención en las instituciones privadas, pues *nos dan muchas confianza, mucha limpieza, así como 'relájese, no pasa nada'*. En comparación con el personal sanitario del IMSS o del ISSSTE, donde, como se mencionó anteriormente, *desde los comentarios y la manera de tratarnos como a destajo, dice una 'ay, no, sabe qué, hay otras maneras en que yo puedo hacerme mis estudios'*; obviamente yendo a laboratorios privados, *pues son más respetuosas*.

Más aún cuando “el examen ginecológico, en tanto implica la intromisión de un profesional en partes íntimas del cuerpo, siempre resultará más complicado para las mujeres que una revisión de brazos o piernas”. [Autor: Año] Por eso para ellas será más significativo si quien les practica el PAP o la colposcopia *hacen que una verdaderamente se sienta en confianza*, con detalles como que *me dicen que me relaje, que no me va a doler, me avisan que van a ponerme un poco de lubricante, que voy a sentir frío*; así, *al irme explicando, pues la verdad ya ni siento pena, al contrario, como que 'sígame explicando'*.

Hubo también mujeres que, por el contrario, defendieron la calidad de la atención ofrecida por las instituciones públicas de salud: *yo voy a los gratuitos, pero la verdad, mis respetos para esas personas*. Según su perspectiva, que el personal de las unidades móviles hagan los estudios preventivos con amabilidad es porque *ahorita en el gobierno están diciendo, 'trata bien a la gente'*, quizá para quitar el estigma de comentarios negativos en las clínicas y hospitales del sector salud: *porque, a veces, sí oigo los comentarios de que 'ay, como no cobran, te tratan mal' o como que ya es algo de 'esto es así y si bien lo quieres y si no, ni modo'*.

En cuanto a la validez de los resultados se percibió una mayor confianza en *los laboratorios como el Chopo o Polanco, precisamente porque como se paga, entonces es más seguro que sí te digan la verdad*. De manera que, *sí prefiero pagar, es más seguro, más confiable, más cómodo y no te tienen con la incertidumbre, por eso no voy al IMSS, ni voy al ISSSTE*.

5. CONOCIMIENTO PARCIAL DE MEDIDAS PREVENTIVAS

Respecto a las medidas preventivas para el cáncer cervicouterino, las participantes hicieron énfasis en el conocimiento sobre la periodicidad para la práctica del Papanicolaou, ya sea que *se efectúe uno cada seis meses, dos veces al año o se recomiende su práctica anual*. Mostraron también un conocimiento parcial sobre los requisitos, como *tres días de abstinencia sexual, que no se esté menstruando, no estarse poniendo óvulos, ni medicamentos*; sin embargo, sólo una señaló el inicio de la actividad sexual como motivo principal para *empezar igualmente mi revisión y la prueba del Papanicolaou*.

De las participantes, las que ya eran amas de casa se mostraron más conscientes de la necesidad de realizarse su PAP y la colposcopia, *porque si no las hubiera, yo creo que habría mucho más muertes por el cáncer*. Saben que *como medidas preventivas están muy bien*; en particular si lo que se busca es que en el ámbito médico *todo fuera preventivo, no curativo*. Sin embargo, sus opiniones sobre que ambos estudios *deben practicarse conjuntamente e ir de la mano*, fue producto de resultados contradictorios recibidos, tras efectúárselos por separado: *en el Papanicolaou todo salía bien, bien, bien, pero cuando decidí hacerme una colposcopia fue cuando me salió lo de la úlcera*.

Entre las mujeres mayores de sesenta años se mostró un conocimiento sobre el rango etario indicado para hacerse un PAP, puesto que *en el seguro social, a mí me han dicho que ya no es necesario que me lo haga, que ya no, que por el tiempo, que por la edad*. Si bien otras más jóvenes piensan que *muchas mujeres ejercen su sexualidad de manera responsable, con el uso del condón*, igualmente están conscientes de que *pese a ello, están expuestas*; por eso la relevancia de efectuarse su examen citológico como medida preventiva del segundo nivel de atención en salud.

6. CONOCIMIENTO PARCIAL SOBRE FACTORES DE RIESGO

Los antecedentes familiares fueron el primer factor de riesgo mencionado durante los *focus group* para la aparición del cáncer cervicouterino: *según tengo entendido, la genética es una de las causas principales para desarrollarlo*. Seguido por los factores 'exógeno-sociales', aquéllos sobre los cuales el individuo tiene un determinado control por tratarse de aspectos relacionados con los hábitos de salud o el estilo de vida dentro de su entorno cotidiano.

Al escuchar que *influye el consumo de carnitas, de la carne roja*, es claro que saben por qué debe mantenerse una dieta sana y equilibrada en la prevención del cáncer mamario; en tanto, al hablar de los factores para el CACU, afirmaron que *ese riesgo se acrecienta por la promiscuidad, por tener relaciones sexuales sin protección con varios hombres*.

En efecto, una vida sexual activa sin el uso del condón incrementa la probabilidad de contraer una infección por virus del papiloma humano. Sin embargo, desde la perspectiva de género, afirmaciones como la anterior reflejarían el estigma de la enfermedad como 'castigo divino' por no preservar un comportamiento adecuado, según las pautas de los estereotipos femeninos: *si una mujer vive irresponsablemente su sexualidad, solita se está exponiendo.*

Manifestaron también un poco de confusión entre un probable descontrol hormonal, causado por el consumo de pastillas anticonceptivas, y el desarrollo del cáncer en el cuello uterino; lo cual no se ha comprobado científicamente como factor de riesgo, a diferencia de la producción de estrógenos para el cáncer mamario.

7. FALTA DE PROFESIONALISMO EN LA PRÁCTICA DEL PAP

Este factor social explica otros motivos que llevan a las derechohabientes a abandonar su clínica y optar por practicarse su prueba de Papanicolaou en laboratorios privados, ya que por ética, en un servicio médico de calidad, si la paciente externara opiniones como *oiga, espéreme, me está lastimando*, en ningún caso, al profesional de la salud se le escucharía decir: *¡Ah! Pero para otras cosas no la lastiman.*

Esa falta de profesionalismo va aparejado con una falta de sensibilidad del personal de salud y, por tanto, se traduce en una mala calidad humana en el servicio; al grado que las usuarias digan *me da un miedo atroz que a mí me hagan el Papanicolaou* y, como consecuencia de ese sentimiento, decidan no regresar a su clínica o definitivamente no volver a practicarse más su examen citológico: *en esas revisiones me lastimaron mucho, como no tienen idea, y dije no 'yo ya no vuelvo a pasar por esto'.*

Sobre todo si es la primera vez que van a realizarse su PAP y se encuentran con que *el doctor no tuvo nada de tacto, me lastimó, cuando me metió el espejo vaginal, el doctor lo hizo así, en frío, entonces obviamente me dolió, me dolió mucho.* Situaciones como la anterior han provocado una indiferencia en las mujeres hacia la prevención del cáncer cervicouterino, pues si *a raíz de esta experiencia, me genera un poco de incomodidad, de miedo, hacerme el Papanicolaou*, es lógico que prefieran no revisarse, porque *a partir de esto, de verdad me molesta, sí me molesta que me toquen.*

8. SEGURIDAD SOCIAL

De las 32 mujeres que participaron en los *focus group*, 9 manifestaron ser derechohabientes; no especificaron si del IMSS o el ISSSTE, sólo indicaron que en sus diferentes clínicas de salud se han practicado la mamografía y su Papanicolaou. Las 22 amas de casa restantes señalaron que dichos estudios se los realizan en *particular, porque no tengo seguro*, aunque más bien sean sus esposos los que carecen de ese derecho: *ni IMSS ni ISSSTE, en su trabajo, a mi esposo no le dan esa prestación*". Sólo una de ellas mostró su preferencia por los *medibuses* y hacérselos sin costo alguno: *yo voy a los gratuitos*.

9. NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socioeconómico a partir del cual se estratifican los hogares en función de sus ingresos totales, es un factor social importante a considerar en la prevención del cáncer cervicouterino. Así lo corroboraron algunas participantes, quienes suponen que *la pobreza sí influye para que muchas mujeres no se practiquen su examen*, es decir, perciben una falta de cultura preventiva relacionada directamente con la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo, en el cual *si no tienen seguridad social, y su marido o los dos no ganan lo suficiente*, las mujeres se ven impedidas a realizarse su Papanicolaou en laboratorios privados.

Sin embargo, la vulnerabilidad entendida como "una situación, objetiva o subjetiva, de origen material, emocional o psicosocial que lleva a experimentar al sujeto una condición de indefensión" [Eroles: 1998], se manifiesta igualmente en mujeres con nivel socioeconómico alto; mismas que ven en sus condiciones de vida una falsa protección *al pensar, precisamente que es un padecimiento de pobres* y, por tanto, *no toman sus medidas de prevención*.

B) FACTORES CULTURALES

10. Percepción de vulnerabilidad

Es indudable la adecuada percepción que las habitantes de la colonia La Pradera mostraron sobre la gravedad del cáncer, ya que *nadie se salva de eso, porque tengamos o no antecedentes, todos estamos propensos*. De manera que *no es propio de la mujer*, siendo indiscutible que *no respeta sexos, ni condiciones sociales, simplemente se desarrolla y no pregunta si uno pertenece a tal clase social, si profesa tal religión, si se es mujer o es hombre*.

Las participantes, a quienes se podría ubicar en un nivel socioeconómico medio, mostraron conciencia en torno a la vulnerabilidad general que, *tanto el hombre como la mujer*, tienen de padecer alguna neoplasia, sea por una infección viral o por hábitos mal sanos que afecten su propio bienestar. Por tanto, *ser pobre, no es una condición necesaria para tener cáncer*, enfermedad que *no respeta posiciones sociales ni económicas*.

Algunas expresaron su sentir en relación con el cáncer cervicouterino, al catalogarlo como *una causa de muerte importante, que provoca entre cuatro mil muertes al año o algo así* y cuya mortalidad sigue en aumento al haber sido ya *una primera causa de muerte entre las mujeres* hasta el 2006, cuando lo rebasó en cifras el cáncer de seno. No obstante, desde su punto de vista, *sea cervicouterino, de mama, o de cualquier otro tipo, es una enfermedad mortal*, con la cual *son cada vez más las personas diagnosticadas*.

Ante la pérdida de seres queridos, como el de *mi madre que murió de cáncer en la matriz*, lo consideran *una enfermedad muy mala, muy triste*, que avanza silenciosamente. Por ejemplo, una conocida que *se veía 'bien' y que ya falleció*, porque quizá cuando se hizo sus estudios, *a lo mejor ya la tenía avanzada, ya estaba en etapa terminal*; situación que refleja una falta de cultura preventiva mediante la realización de estudios de diagnóstico pertinentes.

Debido a sus historias de vida, donde la mayoría comentó que *venimos de familia con cáncer*, las entrevistadas manifestaron su vulnerabilidad por antecedentes familiares; como aquella cuya *familia por parte de mi papá, sus hermanos y todos murieron de cáncer*, o la que *también me considero vulnerable, porque mi hermana apenas acaba de salir, tuvo cáncer de mama*. Así, es probable que estas mujeres sean más responsables y cuidadosas con su salud, con las señales que les envían sus cuerpos, porque *tenemos genes, ya es la genética*, a aquellas que a pesar de las estadísticas piensan que *'a mí no me va a pasar'*.

La vulnerabilidad asociada a la vida sexual se hizo presente en la preocupación de las madres de familia que prefieren *que mi hija traiga su condón en su mochila, a que vaya a sufrir una enfermedad*. Resultado del estigma que el cáncer cervicouterino tiene por su *relación directa con la infección por el virus del papiloma*, la cual aumenta cuando *tienes relaciones sexuales más tempranas* y, en consecuencia, *es más fácil que te de cáncer de útero, tienes más probabilidades de padecerlo*.

Por dichas experiencias de vida, las mamás opinan que *debemos inculcarles a nuestros hijos desde temprana edad: 'sabes que, si vas a tener relaciones, usa protección'*. Pareciera entonces que la promiscuidad sexual no les preocupa, mientras sus hijos se cuiden con el uso del preservativo en cada relación íntima, a pesar de la incertidumbre que ocasiona el no saber *la persona con la que tengan relaciones, qué enfermedades puede tener o con quién ha estado y todo*.

Sin embargo, esa apertura al ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes no resulta suficiente, cuando una educación integral para la salud sexual en torno al CaCu implica información adecuada sobre las vacunas profilácticas, el uso correcto del preservativo y la práctica del Papanicolaou y la colposcopia.

10.1.1 INFECCIÓN POR VPH

Ninguna de las participantes de los *focus group* ignora la existencia del virus del papiloma humano, cuya relación con el cáncer cervicouterino fue establecida por Zur Hausen en 1974. Dicho conocimiento se deriva de experiencias personales al haber sido diagnosticadas como portadoras; sin embargo en ningún momento expresaron que tuviesen esa sospecha, pues se enteraron de ello 'por casualidad': *después de mi primer embarazo me diagnosticaron papiloma, porque básicamente me estaba haciendo los exámenes de rutina, la colposcopia y el Papanicolaou.*

Esta situación evidencia que aun cuando las mujeres entrevistadas hablan de VPH y estén conscientes que *portadores del virus pueden ser tanto hombres como mujeres y ambos pueden ser, en ese sentido, focos de infección*; hay quizá una necesidad de difundir información más precisa sobre qué es, en cuántos tipos se clasifica, cuáles son las lesiones que ocasiona y por qué es considerado un factor determinante para desarrollar cáncer cervicouterino.

Si bien refirieron que *el problema con el virus son los daños que provoca en nuestro cuello, porque al tratarse de carne viva totalmente, está más expuesto, es más fácil de atacar*; es claro que ignoran que el VPH produce "lesiones clínicas conocidas comúnmente como condilomas acuminados...y lesiones genitales pequeñas, asintomáticas, observadas con el colposcopio o con una lupa, conocidas como papilomas genitales." [Consuelo, 2006]

Por eso es básico que, como parte de la prevención primaria del CaCu se intervenga con programas educativos dirigidos a la población sexualmente activa y a los padres de familia de adolescentes, a quienes se les oriente sobre esos cambios que deben hacer en sus estilos de vida, para evitar o reducir su exposición a dicho agente, como la llamada libertad sexual, dado que *las relaciones sexuales son determinantes en la infección por virus del papiloma, sea con o sin condón.*

Desde ese enfoque, el problema sería el ejercicio libre de la sexualidad y se le consideraría "como algo sucio, malo, pecaminoso y llenos de mitos" [Moyano, 2014], reforzando la formación de constructos sociales sustentados en "normas, valores, costumbres, sistemas de creencias y roles de género" [Sánchez, 2011], en función de lo que se espera puedan cumplir el hombre y la mujer dentro de una familia, de lo que representan.

10.1.2 PROMISCUIDAD SEXUAL

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, promiscuidad describe a una persona que mantiene relaciones sexuales con varias personas. Una conducta que puede calificarse de suicida, pues al cambiar constantemente de pareja, “se muestra uno de los comportamientos más aventurados para contraer las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH–SIDA” [Altamirado, 2013], de allí que sea *más fácil que te dé cáncer de útero*.

Dicha práctica pareciera haberse convertido en una ‘moda’ que surgió en los años sesenta bajo el término “revolución sexual”, la cual favoreció las relaciones sexuales prematrimoniales y le quitó a la palabra ‘sexo’ el sentido prohibido que alguna vez tuvo. De eso están conscientes las maderenses, a quienes no sólo les preocupa que sus hijos se contagien del papiloma *si empiezan a tener relaciones a temprana edad*, sino que *hoy ya no lo hacen como nosotros, con el marido*. Por tanto, sí consideran la promiscuidad sexual como un factor de vulnerabilidad para desarrollar CaCu.

10.1.3 PROMISCUIDAD SEXUAL MASCULINA

Si “la construcción de la sexualidad se desarrolla durante toda la vida y cubre variantes individuales y sociales del comportamiento y la reproducción”, es comprensible que las mujeres de la GAM piensen que *si el hombre transmite el papiloma, es porque también andan con una o con otra, y no se protege*. Sobre todo cuando en el orden social del patriarcado “se expresa la supremacía de lo masculino y la inferioridad o subordinación de lo femenino.” [Fernández y Duarte, 2006]

Esa superioridad queda demostrada no sólo al ser la ‘cabeza de la familia y el hogar’, sino en su fuerza física, carácter, personalidad, moralidad y sexualidad; ‘cualidades’ por las que *los hombres...ellos siempre han tenido concesiones y siempre han sido más libres de tener relaciones antes de casarse*. No obstante, para las maderenses esa permisividad sexual aumenta su vulnerabilidad ante el cáncer cervicouterino; porque *si ellos son los principales portadores, eso significaría que son más promiscuos, que prácticamente les vale y andan con una y con otra*.

El problema es que si “dentro de los preceptos ideológicos del patriarcado, la promiscuidad sexual antes del matrimonio, la infidelidad y la poligamia” [Fernández y Duarte, 2006] forman parte del rol masculino que “se aprende...de acuerdo con lo que el individuo observa, escucha o vive, gracias a los momentos en los que se relaciona familiar y socialmente” [Díaz, 2013], *de nada serviría que sí, que nosotras no andemos de promiscuas, si ellos lo van a hacer*.

10.1.4 PROMISCUIDAD SEXUAL FEMENINA

Respecto a “los principios inalterables del género femenino están la virginidad antes del matrimonio, la monogamia y la fidelidad absoluta” [Fernández y Duarte, 2006], mismos que las asistentes de los *focus group* señalaron como parte de su historia de vida al decir que *hasta mi matrimonio, no había tenido intimidad con absolutamente nadie...ni siquiera con él, por respeto a su religión –él es cristiano– y por los valores que me inculcó mi madre, que es católica.*

Dado que “la sexogenitalidad de la mujer está restringida al matrimonio y es controlada y vigilada por el varón, al ejercerla bajo su propia libertad y decisión es negativa, pecaminosa, degradante, llena de maldad, demoníaca, alteradora del orden, ilegítima, con lujuria y en todo caso peyorativa.” [Fernández y Duarte, 2006]

Lo interesante es que en sus intervenciones, las residentes de la Gustavo A. Madero demostraron qué tan interiorizados tienen esos preceptos: *por ser yo la portadora, pues temía que pensara que había sido yo quien se había metido con alguien más. De manera que el simple hecho de que le comentas a tu pareja que tienes una pequeña infección, es motivo para que te digan ‘es que ya andas con alguien, es que me estás engañando’; reacciones machistas que reproducen los imaginarios colectivos sobre lo que significa ser mujer en un sistema de relaciones familiares, sociales y políticas.*

En ese sentido, para la prevención integral del cáncer cervicouterino, resulta preocupante que sean las mismas mujeres quienes piensen que *sólo aquellas que sostienen relaciones fuera del matrimonio son más propensas a contraer un VPH de los tipos que son de alto.* Al hacerlo ellas mismas se engañan y vuelven vulnerables, por creer que si cumplen los principios antes expuestos, es menor, o incluso nulo, el riesgo de contagiarse de alguna sepa de VPH.

11. PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN LA PRÁCTICA DEL PAP

11.1 ACOMPAÑAMIENTO EN LA PRÁCTICA DEL PAP

Pocas fueron las mujeres que afirmaron que *mi esposo me apoya en absolutamente todo*, en relación con la práctica del Papanicolaou para la prevención del cáncer cervicouterino, incluso *desde el momento en que empezamos la vida sexual*; el cual expresan mediante un interés constante por su salud sexual: *está pendiente, me dice ‘chécate ya, ya se acerca el día de tu cita’.* O bien, sólo al cumplir con su papel de proveedor en cuanto jefe de familia, ya que *sí me apoyaba, con el dinero.*

Hubo quienes comentaron orgullosas que *cuando tenemos que ir a cita, me acompaña*, actitud que habla de hombres interesados en conocer el estado de salud de sus parejas. Mas no por “ejercer la autoridad y el poder con su familia” al tratarse de “un elemento que necesite dirección y autoridad en la casa” [Fernández y Duarte, 2006]; sino porque aceptan que la salud sexual y reproductiva de su esposa es su también su responsabilidad, y así como ellas en ese papel valorado por su “conducta de sacrificio y resignación asociada con el mensaje cultural de abnegación” [Valdés, 2004], ellos pueden convertirse igualmente en cuidadores.

11.1.1 ACOMPAÑAMIENTO PARCIAL

Otras maderenses declararon que en ocasiones *él no puede acompañarme porque trabaja*, pero cuentan con el apoyo de otros familiares; por ejemplo, *mi hijo mayor, que es médico, él sí anda tras de mí, él sí me dice ‘mamá, vete a hacer el estudio’ es el que más se involucra conmigo*. Estas redes de apoyo facilitan la adherencia a la prueba de citología cervicovaginal, al constituirse como herramientas para eliminar la indiferencia que el género femenino asume hacia su propia salud, dándole más valor al bienestar de los otros.

11.1.2 ACOMPAÑAMIENTO NULO

Sólo en el último *focus group*, una de las participantes dijo que *cuando yo visito a mi ginecólogo, no le aviso, sólo voy, me checa y ya*. Ese nulo apoyo de su pareja podría interpretarse como una expresión de dominio y opresión vinculada a una ideología patriarcal.

11.2 INTERÉS DE LA PAREJA

11.2.1 POR LA PERIODICIDAD DEL PAP

Simultáneamente a ese acompañamiento a la cita con el ginecólogo, las parejas de las maderenses entrevistadas muestran un interés por saber más detalles sobre la prevención de los dos padecimientos relacionados con la salud femenina: *mi esposo es el que anda detrás de mí, él es el que me dice ‘y ya te hiciste y ya te exploraste y ya fuiste, y vamos a que te hagan la colposcopia y vamos a esto.’*

Es claro que tienen una noción de los estudios para los cánceres de mama y cervicouterino, quizá porque, en algunos casos, influye su formación profesional: *mi esposo también es profesor igual que yo y eso por supuesto que ha influido para que muestre interés por mi salud*. Postura que, seguramente, es resultado de haber recibido una educación sexual formal adecuada que les permitió corregir actitudes y comportamientos sobre la sexualidad” [Díaz, 2013], favoreciendo “el respeto a la diferencia y flexibilizando los roles de género, o incluso, buscando desaparecerlos.” [Vázquez, 2016]

Dada esa circunstancia, la participación del género masculino se caracteriza por ir más allá de tan sólo proporcionar el apoyo económico para la realización de los estudios de rutina. Por eso no es raro escuchar que *mi esposo, bien involucrado y además, muy al día en todo el tema, él es el que está al día, tanto de él como de mí, tanto que él es el que me lleva, porque yo por mí, no voy*. Anécdota que muestra “las formas en que los hombres pueden ayudar a mejorar las relaciones de género y actuar como factores de protección para las mujeres.” [OPS, 2010]

Incluso con un *sabes qué, está aquí la oferta en laboratorios o un sí me pregunta, cada vez que me hago mi Papanicolaou, cómo salí, qué me dijeron y todo*, se promulgarían en favor de esa equidad que busca la Perspectiva de Género, para “eliminar las barreras que impiden el acceso a la educación, los servicios de salud y las políticas” [OPS, 2010]

Pero también están aquellos esposos que *nada más van y me dejan, y ya luego me recogen*, como testimonio del desinterés hacia este tipo de cáncer, y cuya apatía la justifican con las mismas actividades que ‘deben’ hacer por el rol asignado a su género de proveedores: *económicamente sí me apoya, me dice ‘sabes qué, sí ve y háztelo’, pero yo voy sola porque con su trabajo, la excusa del trabajo, siempre he andado sola*. De allí que *no está así al pendiente de fechas, cada seis meses o así*.

Otros se desentienden por pena y *soy yo quien tiene que hacer sus cosas, sola*; pues además de fomentar la práctica regular del Papanicolaou, la prevención integral de esta neoplasia implica formarlos a ellos respecto a cómo platicar con sus hijas e hijos sobre el ejercicio responsable de su sexualidad.

Quizá sea cierto y *los de una generación más para acá, sí como que se quieren involucrar*, pero aún falta mucho camino por recorrer para que ese interés por la salud sexual de sus esposas e hijas, no sólo se manifieste, por ejemplo, durante el embarazo: *mi esposo estuvo al pendiente del embarazo y sí me acompañaba a las consultas...pero ya que nació el bebé, digamos que se perdió esa costumbre*.

11.2.2 EN LA TEMÁTICA DEL CACU

Si hablarles a las mujeres sobre el cáncer cervicouterino ha sido una labor compleja desde finales de los setentas, cuando se constituyó como problemática sanitaria por sus índices de mortalidad, mucho más ardua sería si se pretendiera abordarlo frente a un público masculino, porque *aún hay personas, hombres, que no aceptan eso, que ellos también están involucrados*. Así lo puntualizó una de las participantes, luego de escuchar la anécdota de otra compañera a quien su esposo la acompañó a la reunión ‘*y si vienes conmigo*’; sin embargo recibió por respuesta un ‘*qué voy a hacer entre puras viejas, me dice*’.

Esas palabras suscitaron revuelo, no sólo por su connotación machista en la forma despectiva al referirse a su esposa como 'vieja', sino porque demostró la realidad que viven muchas otras mujeres en diferentes contextos: el desinterés de sus parejas ante la temática del CaCu, ya que *simplemente, ahorita está la prueba, por qué no están aquí, por qué no se toman ese tiempo.*

El problema no era *el hecho de saber que habrá puras mujeres, sino que saben que ellos están involucrados, y 'tienen cola que les pisen'*. Afirmaciones que indican la consciencia de las maderenses sobre el papel del hombre en la incidencia del cáncer cervicouterino; pues conforme ejerzan su sexualidad responsablemente o no, se convierten en eslabones peligrosos para el desarrollo de la enfermedad.

Más aún si comparten los preceptos de la ideología patriarcal y, en caso de que sus esposas sean diagnosticadas con alguna lesión precancerosa, *piensen que una anda con otra persona.* Cuando la promiscuidad es un factor de riesgo tanto si la practica la mujer como el hombre; pero por eso *parecería que hablarles de prevención les asusta.*

11.3 SOLIDARIDAD MEDIANTE ABSTINENCIA SEXUAL

"La solidaridad es valor personal que expresa las más puras manifestaciones de hombres y mujeres como seres sociales" y, dado que "es la adhesión limitada y total a una causa, situación o circunstancia, implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos" [Sitio web: <http://www.waece.org/webpaz/bloques/PDF/Solidaridad.pdf>], se esperar que al formar una pareja, ambos la manifiesten con su comportamiento.

En la prevención integral del cáncer cervicouterino, la solidaridad se expresa, con frecuencia, *en el aspecto de que si me tenía que hacer el Papanicolaou, él ya sabía que tres, cuatro días antes, no tenía que haber relaciones.* Situación que describieron otras participantes más al decir que *él participaba en el aspecto de que sabe que no vamos a tener relaciones, porque tengo que checarme.*

Ante esa actitud, el trabajador social debe diseñar campañas más directas enfocadas a la población masculina como grupo pertinente de intervención. Al suministrarle "información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud" [OPS, 2013], comenzaría a incluirse como un factor determinante para los dos niveles preventivos de un padecimiento que, por su evolución natural, tiene muchas oportunidades de erradicarse a tiempo.

12. FALTA DE CULTURA PREVENTIVA

Para las participantes de los *focus group* es claro que el cáncer cervicouterino, *la mayoría de las veces se detecta en etapas muy avanzadas*, principalmente porque *si no se va al doctor, si no se realizan los estudios, ni cuenta nos damos que tenemos la enfermedad*. Estas aseveraciones prueban una vez más que saben de lo sigiloso de la enfermedad, y su gravedad cuando no existe el hábito de practicarse rutinaria y adecuadamente los exámenes de detección, porque al ir con el doctor ante la presencia de síntomas más fuertes, es porque *casi ya no se puede hacer nada*.

12.1 INFLUENCIA DE HÁBITOS FAMILIARES

La familia es la base de toda sociedad; el grupo primario desde el cual un individuo aprende y empieza a reproducir hábitos, costumbres, creencias, formas de pensar y de relacionarse. Así, lo corroboraron las maderenses en sus intervenciones, cuando mencionaron que *ya estaba casada, con hijas y yo no sabía nada de eso* al hablar de la citología cervicovaginal, *porque no había la comunicación, mi mamá me decía, 'yo nunca me hice eso'*.

Si bien cada contexto tiene características específicas sobre la esfera familiar, es indudable que, en este siglo XXI, los profesionales de la salud tienen la tarea de modificar pensamientos arcaicos, respecto a la atención individual que la mujer debe asumir hacia su salud sexual y reproductiva. Pero también a la responsabilidad que le corresponde al hombre como pareja y padre de familia.

Desde la Perspectiva de Género, la prevención integral del CaCu significa que hombre y mujer en cuanto individuos, familia y miembros de una sociedad, deben “levantar obstáculos y discriminaciones al establecer condiciones más equitativas para la participación” [Guzmán, 2010] en las estrategias de educación sexual informal “que le permitirán en un futuro a sus hijos relacionarse para ejercer su sexualidad responsablemente.” [Sánchez, 2011]

Al hacerlo no sólo se logrará que cada vez sean menos los comentarios en donde las mujeres acepten que *definitivamente no fui al ginecólogo hasta que supe que estaba embarazada*, como reflejo de una falta de comunicación entre padres e hijos basada en esa ideología patriarcal que relega a la mujer al ámbito privado, a su rol de esposa y madre que debe caracterizarse por su “fuerza personal, definida como el potencial que los sujetos tienen para automodificarse, aguantar y resistir los embates de la vida.” [Valdés, 2004] En consecuencia, influida por su formación familiar, *no exista ese hábito de ir al doctor por cualquier malestar*.

12.2 REPETICIÓN DE PATRONES ADVERSOS A LA SALUD

Otro ejemplo de esa reproducción cultural de patrones adversos a la salud se clarifica en los testimonios de quienes afirman que *yo me eduqué en una familia muy tradicional*; término que alude a esa ideología machista en la cual se prohíbe abordar temas sobre sexualidad en el seno familiar: *no puedo ponerme a platicar con ellas de su vida sexual*.

Sin embargo, ese silencio tiene por raíz dos circunstancias cotidianas: una, *porque la verdad soy ignorante de todo lo que implica un método anticonceptivo que no sea la abstinencia* (es decir, la falta de información clara, adecuada y precisa), y dos, que *sí, influye mucho esto del entorno familiar, de los valores, de las costumbres que se tenga en cada familia, en cada tipo de relación que se tenga entre padres e hijos*.

12.2.1 FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

De allí la importancia de *inculcarles a nuestros hijos desde temprana edad: ‘sabes que, si vas a tener relaciones, usa protección’*, más aún cuando ese tabú de la sexualidad parece perder fuerza ante los padres que, influidos por sus mismas vivencias, deciden no continuar con esos modelos de nula comunicación: *hablo mucho con mi hija, le platico, ella me platica y se va aprendiendo, se va teniendo esa comunicación, como dicen ‘hablen con sus hijos’*. En contraposición a la negativa que antaño recibieron de sus progenitores: *no como mi mamá que me decía “no, ustedes no tienen por qué saber”, me fui a ojos cerrados*.

En la actualidad, los padres de familia están conscientes que para prevenir la aparición de enfermedades como el cáncer cervicouterino, *es muy importante la comunicación con los hijos, estar informados al día y tener una comunicación con ellos para poder explicarles*. Dicha disponibilidad de conocer, saber y aprender es esencial en la prevención primaria de la enfermedad, porque al desempeñar su papel como padres–educadores, les enseñan a *que te tengan confianza, desde pequeños enseñarlos a que más que padres somos amigos*.

Con esa actitud dejan en claro que, si bien *con mi mamá no tuve esa comunicación*, ya que *igualmente nunca nos habló sobre sexualidad*, se niegan a comportarse de la misma forma: *y yo decía ‘yo no voy a ser como mi mamá’*. En la medida que, *si un padre no tiene comunicación con sus hijos, no va a poder transmitirles ninguna enseñanza* y, lo que menos se quiere es que *cuando mi hija/o inicie su vida sexual, pues igual, jamás me lo confié como mamá*.

12.2.2 TABÚES SOBRE SEXUALIDAD

13. EXPERIENCIAS Y CREENCIAS ADVERSAS EN LA PRÁCTICA DEL PAP

13.1 PENA

Entre los sentimientos que para las mujeres influyen negativamente en su decisión de no practicarse su Papanicolaou, la pena se ubicó en primer lugar; sea porque desde el núcleo familiar lo interiorizaron como algo negativo (*'para qué vas, para que te estén manoseando o 'ay, no vayas a ir, te vayan a lastimar'*). O bien, porque a raíz de experiencias personales *sí es penoso todo ese tipo de situación*, es decir, *que te estén revisando a cada rato, tener que desvestirme, ponerme en posición de parto y aguantar*; en especial, cuando *desgraciadamente no a todas nos tratan igual*.

Sin embargo, también hay mujeres para quienes ni *por pena, por vergüenza o por el marido* dejan de acudir a su cita con el/la ginecólogo/a; incluso son indiferentes hacia el sexo del médico, ya que *si es mujer o me tocaba un hombre, el proceso es neutral*. Por lo tanto expresaron que se les facilita aconsejar a sus hijas a que *no seas penosa, vamos con la doctora; mira yo* y evitar que, *cada vez que se acerca la fecha, empiecen a sentir como angustia, temor, miedo* y ante ello descuiden su salud sexual sólo porque *no me gusta*.

También están aquellas maderenses que, aun cuando *ya me lo he practicado anualmente*, llegada la fecha de la cita para su citología cervicovaginal resulta que *sí me incomoda tener que desvestirme, ponerme en posición de parto y aguantar. ¿Aguantarse qué?, la pena de que te estén revisando a cada rato*.

13.2 INCOMODIDAD

13.3 TEMOR A PADECER CACU

Entre las participantes de los *focus group*, el temor a padecer cáncer cervicouterino, se plasmó al relatar sus experiencias en torno al diagnóstico de *una infección por virus del papiloma*, frente a la cual *sentí como si me hubieran echado un balde de agua fría*; reacción derivada de una probable confusión alrededor del verdadero significado de una neoplasia intraepitelial en el cuello uterino.

14. TIPO DE IDENTIDAD GENÉRICA

14.1 MACHISMO

Pocas fueron las mujeres que externaron el comportamiento machista de su pareja en relación con el sexo del médico que las atiende: *'pero es que es hombre'—me dice y no, no quiso, no le pareció, me dijo que mejor con una doctora*.

14.2 ROL MADRE—ESPOSA

14.2.1 PERCEPCIÓN DE PROTECCIÓN POR ESTE ROL

14.2.2 NO REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POR PRIORIDAD DE OTRAS ACTIVIDADES DEL ROL

La mayoría de las participantes afirmaron estar casadas, situación que podría explicar por qué para algunas de ellas *las mujeres que sostienen relaciones fuera del matrimonio son más propensas a contraer un VPH de los tipos que son de alto riesgo*; pues, desde la perspectiva de género, si los seres humanos se apropian del “significado y las implicaciones conductuales, sentimentales y factuales del ser hombre o mujer” [Careaga, 2001] , la institución matrimonial marcaría una pauta sociocultural de las expectativas que se esperan de ambos.

Por consiguiente, en cuanto construcción cultural proveniente de una ideología patriarcal, se ha establecido que la mujer en su rol genérico de *madre—esposa* debe serle fiel a su marido; cualidad que, en los tiempos actuales, pareciera vincularse muy poco con la soltería, estado civil que más bien se relaciona con un comportamiento promiscuo e igualmente con una vida sexual activa irresponsable y ligada a las infecciones de transmisión sexual como el virus del papiloma humano.

Circunstancia que, desde la percepción de ciertas mujeres, resulta inimaginable en su condición de ‘casadas’, no sólo porque ellas ejercen la fidelidad, sino también por la creencia de que sus esposos lo son; de allí que *en la intimidad con mi esposo la verdad no utilizo ningún método anticonceptivo...ni condón ni pastillas, nada*. De modo que sin reserva se le confía la salud sexual al cónyuge, sobre todo cuando *si todo ha salido bien es porque igualmente mi esposo está sano y me es fiel*.

No obstante entre las mismas participantes del *focus*, hubo quienes se opusieron a tales juicios dado que *el hecho de ser una mujer casada tampoco te salva*, menos aun cuando *bajo la excusa de la fidelidad y la obligación de la mujer para cumplir sus deberes como esposa*, se tienen relaciones sexuales no protegidas con el marido, pese a que –por motivos diversos, como el fenómeno de la migración– los hombres pueden permanecer ausentes del hogar por periodos de tiempo indefinido y sin tener la certeza de esa fidelidad.

Por ende *a veces es mayor el riesgo* no sólo de contraer una infección de transmisión sexual dentro del matrimonio, sino de que por la supuesta protección que provee el ser fieles ‘en lo próspero y en lo adverso’, las mujeres no se realicen sus estudios de diagnóstico para el cáncer cervicouterino, por no considerarse en situación de riesgo al encontrarse alejadas de cualquier práctica sexual promiscua.

C) FACTORES ECONÓMICOS

En diversos estudios se han establecido los ingresos económicos como un factor que afecta la decisión de las mujeres para ir a las instituciones de salud a realizarse su prueba de Papanicolaou, situación que refleja dos tipos de desigualdad, una social y otra de género.

En las zonas marginadas, las diferencias económicas y los problemas territoriales se constituyen en un obstáculo para el acceso a los servicios públicos. Mientras que el rol femenino, de manera particular “su doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar, tiene un efecto negativo sobre su salud”. [Trabajo Social en servicios de salud: 2009] Por lo anterior, como parte de los ítems cuestionados a las participantes de los tres grupos focales, se les preguntó: *¿De qué manera participan sus esposos en la prevención del cáncer cervicouterino?*

15. APOYO ECONÓMICO DE LA PAREJA

La mayoría de las participantes admitieron que sus esposos las apoyan económicamente en la prevención del CACU, dándoles dinero para cubrir el costo de su colposcopia y Papanicolaou en laboratorios privados. Sin embargo hubo quienes expresaron una cierta inconformidad por ser la única forma a través de la cual su pareja se involucra en dicha temática, principalmente porque el problema, *“nuestro problema, o casi de todas, es de que trabajan”* o *“por su trabajo no puede acompañarme”*.

Algunas otras afirmaron que no reciben ningún tipo de apoyo económico por parte de su pareja, debido a que en ocasiones el salario percibido en sus trabajos es insuficiente, y optan por darle prioridad a otros gastos como los propios que corresponden a la manutención del hogar: *“entonces, si no tengo el dinero para ese estudio, no me alcanza, espérame para la otra”*. Asimismo porque, aun dentro del matrimonio o concubinato, las mujeres gozan de una independencia económica gracias a los empleos que desempeñan, ya que *“como vendo productos en mis tiempos libres, de mis ganancias ahorro para mis cosas personales”*.

Sólo se presentó un caso en el cual esa ayuda tiene un carácter parcial, en la medida que *“respecto al dinero, es compartido; unas veces los paga él, otras lo hago yo”*; mas ello es resultado de la formación profesional de ambos cónyuges, y el posible establecimiento de un convenio para participar equitativamente en cualquier asunto que los inmiscuye como pareja.

16. COSTOS DE ESTUDIOS.

Muchas veces la decisión de una mujer de realizarse su PAP depende de sus medios económicos, pues si ella o su pareja no es derechohabiente de ninguna institución de seguridad social, debe cubrir el costo de dicho examen en laboratorios privados. Mas ante precios que pudieran no ser tan accesibles para sus bolsillos, algunas mujeres afirmaron que *“tampoco tengo la posibilidad económica para ir a un laboratorio particular de mayor prestigio”*.

Situación que se explica por su condición de esposas y amas de casa dependientes económicamente de su pareja, de allí que *“el problema para nosotras es que muchas veces para hacernos el estudio tenemos que tomar del gasto o atenernos de alguna forma a lo que el esposo nos puede dar”*. Por ende, si los laboratorios privados ofrecen paquetes de estudios para la prevención de los dos tipos de cáncer que más vidas cobran de las mujeres (el cervicouterino y el mamario), éstas optan por practicarse su PAP, colposcopia y mamografía, *“los tres juntos, en un laboratorio que está más cerca de aquí y que te cobran más o menos barato”*.

Y si bien es probable que la población femenina de la delegación Gustavo A. Madero se realice con cierta periodicidad sus estudios de diagnóstico, debe considerarse que en función de su poder adquisitivo, en ocasiones lo hacen en *“laboratorios privados, no con mucho prestigio, incluso muchos de ellos son nuevos en el rumbo”*; lo cual pudiera hacerlas dudar de la validez de los resultados obtenidos, aun cuando éstos *“te los entregan en la tarde y ya sabes qué tienes, cómo estás”*.

Es preciso mencionar que esa falta de recursos económicos para hacerse el frotis de Papanicolaou, igualmente pende de la zona urbana o rural, donde resida la mujer, pues las condiciones de vida que allí imperen influirán de manera determinante para que *“desgraciadamente no tengas las posibilidades para ir a un particular”*, aun cuando *“manejen buenas ofertas para los dos estudios, la colposcopia y el Papanicolaou”*.

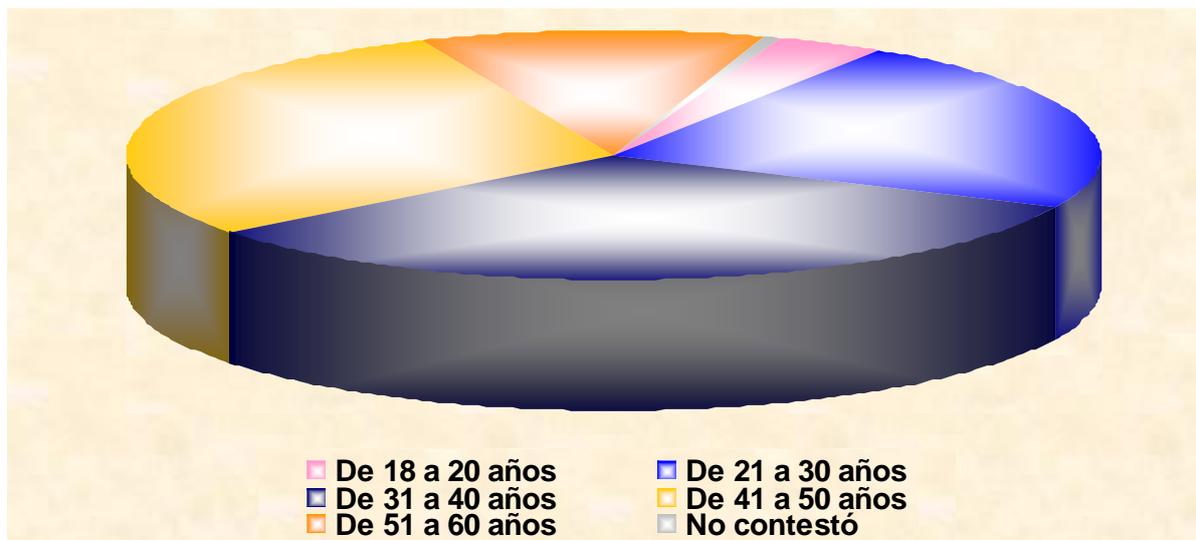
4.2 FASE CUANTITATIVA: CUESTIONARIO

4.2.1 INFORME DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.

En este apartado se reportan los resultados obtenidos de los datos demográficos: Edad, Colonia, Estado civil, Ocupación y Seguridad social.

❖ EDAD

El rango etario seleccionado en la determinación de la muestra fue de 18 a 60 años. De las 200 mujeres encuestadas, el 32.5% tenía de 31 a 40 años; seguidas por aquellas cuya edad fluctuaba entre los 41 y 50 años (29%), así como por las de 21 a 30 años, con 46 menciones (23%). En cuarto lugar, se ubicaron las mujeres en el rango de 51 a 60 años con un 11.5% y, por último, 7 de ellas dijeron tener de 18 a 20 años para acumular sólo un 3.5%.



GRÁFICA NO. 1 EDAD

❖ COLONIA

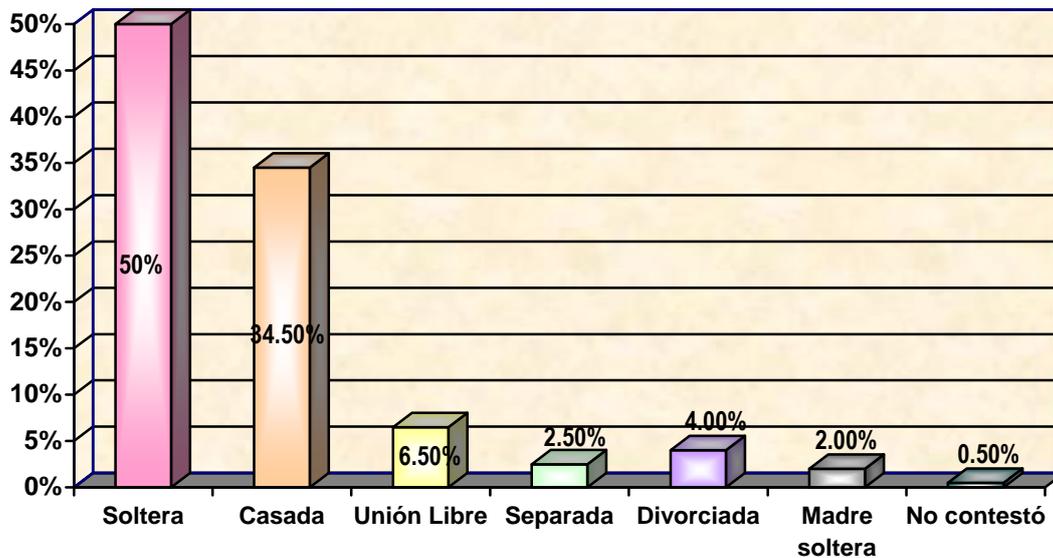
De las 177 colonias que conforman la delegación Gustavo A. Madero, se eligieron sólo ocho para la aplicación de los cuestionarios; cuyos porcentajes y frecuencias se incluyen en el siguiente recuadro:

Colonia	Frecuencia	%
La Pradera	29	14.5
La Pradera 2ª. Secc.	28	14.0
Sn. Juan de Aragón 2ª. Secc.	26	13.0
Sn. Juan de Aragón 1ª. Secc.	27	13.5
Tepeyac Insurgentes	29	14.5
Guadalupe Tepeyac	30	15.0
Magdalena de las Salinas	31	15.5

TABLA No.1 COLONIAS DE LA DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO

❖ ESTADO CIVIL

El estado civil que predomina en la población de estudio se sitúa en la categoría *Soltera* con un porcentaje del 50% (lo cual equivale a 100 menciones); 69 (34.5%) dijo encontrarse *Casada* y, en tercer lugar, aquéllas (13) que viven en *Unión Libre* con un 6.5%.

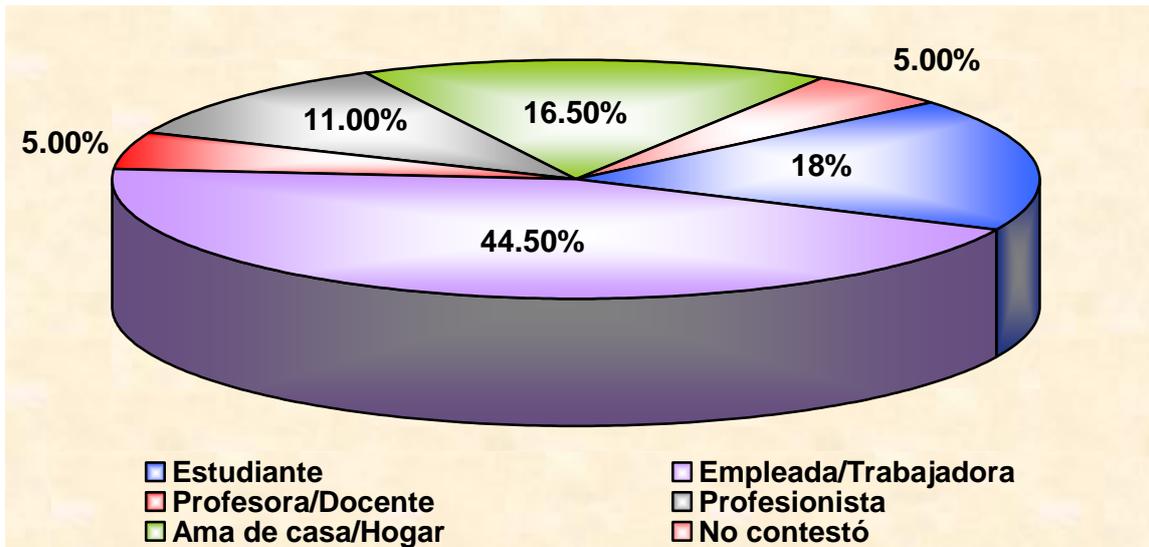


GRÁFICA No. 2 ESTADO CIVIL

❖ OCUPACIÓN

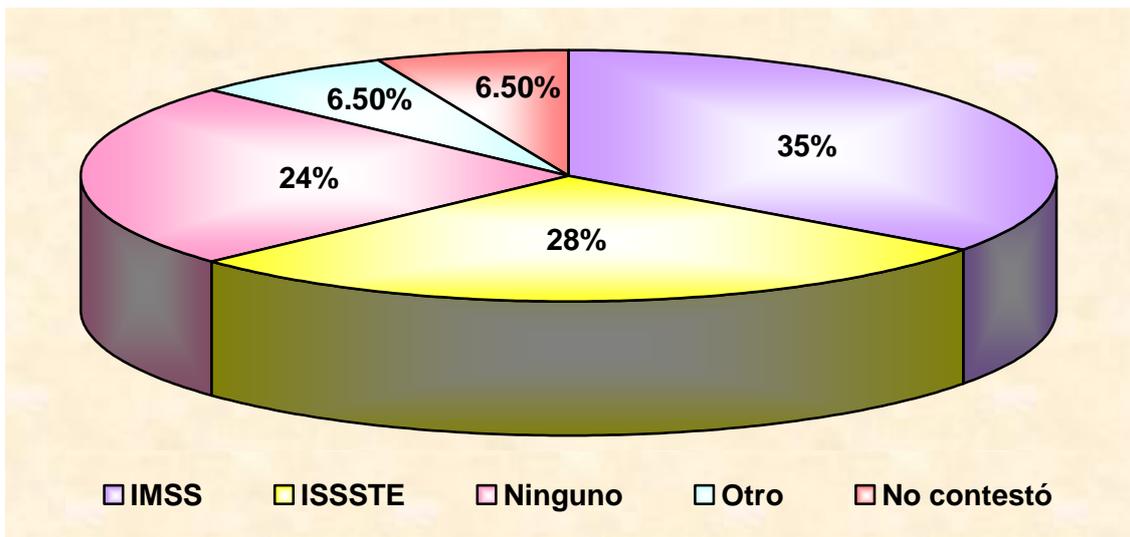
Un amplio porcentaje de las mujeres de la GAM respondieron ser *Empleada/Trabajadora* con un 44.5% (89 menciones). Con una diferencia del 1.5%, se ubicaron en segundo y tercer lugar, las categorías *Estudiante* (18%) y la de *Ama de casa* (16.5%), con 36 y 33 menciones, respectivamente. 22 contestaron ser *Profesionistas* (11%) y sólo 10 especificaron dedicarse a la docencia (5%). Un 5%, *No contestó*.

GRÁFICA NO. 3 OCUPACIÓN



❖ SEGURIDAD SOCIAL

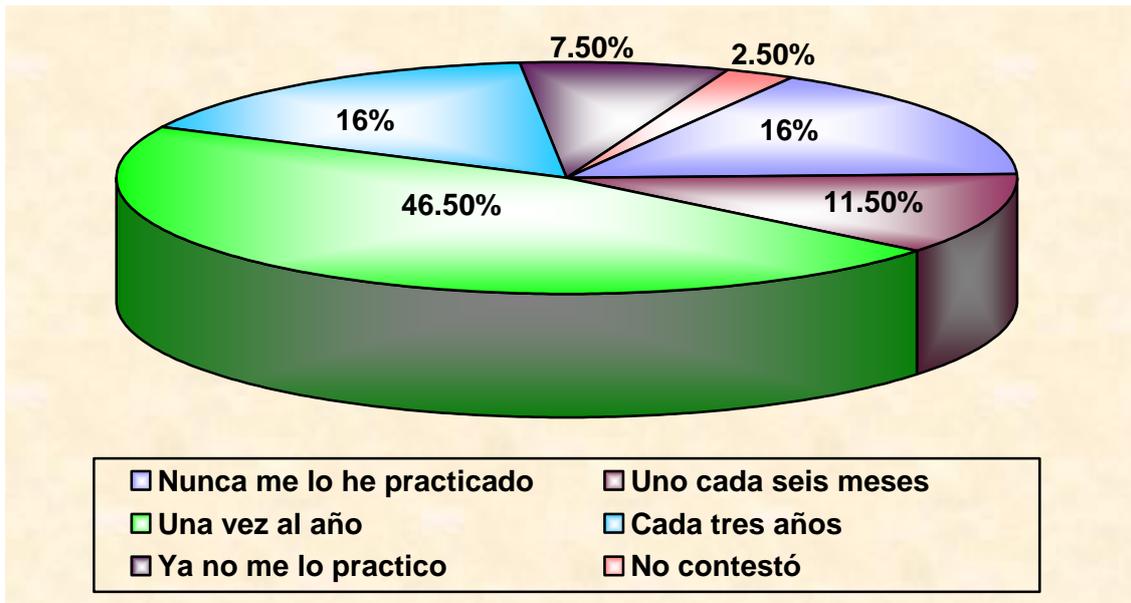
Respecto a la seguridad social, un 35% de las participantes (70) pertenecen al *IMSS*, seguidas por aquellas que están adscritas al *ISSSTE* 28% (56). En tanto, 48 mujeres afirmaron no tener *Ninguno* (24%) y, por igualdad de porcentajes, se ubicaron en el último lugar, las que dijeron que *Otro* y las que no contestaron, con un 6.5% cada uno.



GRÁFICA NO. 4 SEGURIDAD SOCIAL

❖ FRECUENCIA EN LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU

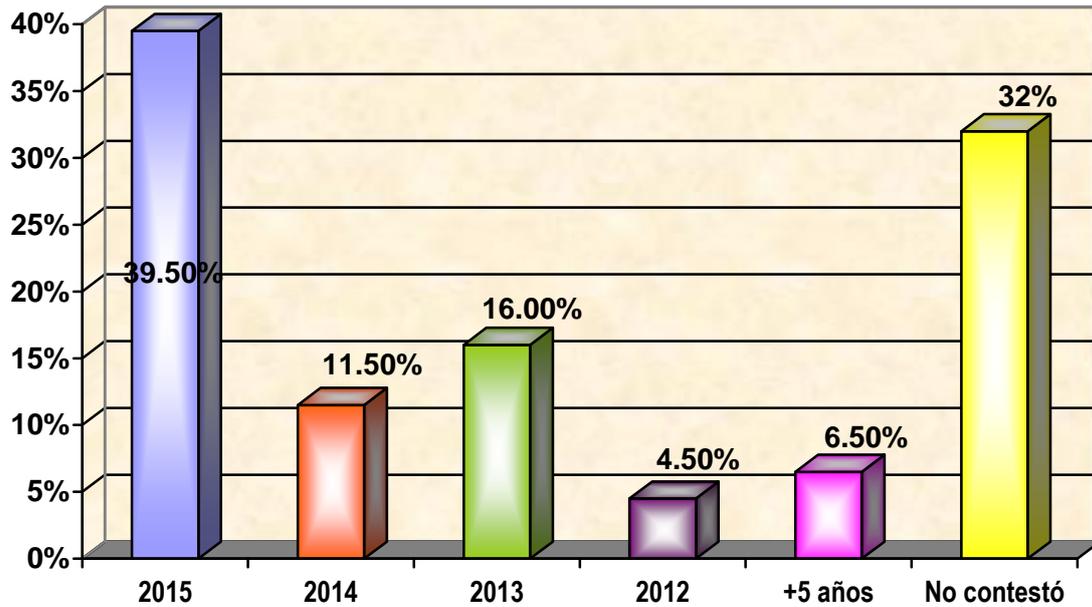
A la pregunta *¿Qué tan a menudo se practica su Papanicolaou?*, un 46.5% de las encuestadas refirieron que *Una vez al año*. En segundo lugar, con un 16%, quedaron las categorías *Nunca me lo he practicado* y *Cada tres años* (con 32 menciones cada una). En tercer lugar, 23 mujeres (11.5%) eligieron la opción *Uno cada seis meses*; 15 (7.5%), *Ya no me lo practico* y sólo 5 (2.5%) no contestaron.



GRÁFICA NO. 5 FRECUENCIA EN LA PRÁCTICA DEL PAPANICOLAOU

❖ ÚLTIMA FECHA DE PAPANICOLAOU

Finalmente, en torno a la última interrogante *¿Cuándo fue la última vez que se practicó su Papanicolaou?*, el 39.5% (79 mujeres) afirmaron habérselo realizado en el 2015; 32% (64) no contestaron; 11.5% (23) refirieron que fue en el 2014; 6.5% (13), *Hace más de 5 años*.



GRÁFICA NO. 6 ÚLTIMA FECHA DE PAP

A continuación, se muestran los resultados obtenidos por cada uno de los 25 reactivos que constituyeron el instrumento de investigación para conocer los factores socioculturales y económicos que influyen en las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero para la práctica de su Papanicolaou:

En la pregunta *¿Considera que debe platicar con sus hijas/os sobre la prevención del cáncer cervicouterino?* 180 de las entrevistadas (90%) marcaron la opción *Siempre*; seguidas por 15 respuestas en la categoría *Casi siempre* (7.5%). Esta situación refleja el interés de las mujeres, con o sin hijos, por difundir información preventiva sobre la segunda causa de muerte de la población femenina mexicana, como parte de una educación sexual informal iniciada en el hogar que “contribuye al conocimiento del cuerpo humano marcando las pautas referenciales sobre el cuidado del mismo.” [Díaz, 2013]

Las cifras obtenidas muestran también que están conscientes del rol fundamental de la educación en la internalización de normas, valores y creencias, pues “es un elemento central a la hora de generar cambios que ayuden a las sociedades a crecer, tomar consciencia y mejorar ámbitos de pleno desarrollo y ejercicio de los derechos que tienen todas las personas.” [Vázquez, 2016] Siempre y cuando esa educación informal o formal esté basada en un suministro informativo correcto para aumentar la sensibilidad y reducir la enfermedad y sus muertes.

Las mujeres de la GAM expresaron igualmente la importante participación de los padres de familia en la prevención de las principales problemáticas juveniles, por ser quienes difunden “los primeros vínculos afectivos, de los roles y comportamientos de los hombres y mujeres, y el trato que se dan entre sí.” [Sánchez, 2011] Cuanto más si la prevención primaria del cáncer cervicouterino implica abordarla desde una Perspectiva de Género, que cuestionaría aspectos de la sexualidad aprehendidos socioculturalmente de lo que está bien y está mal.

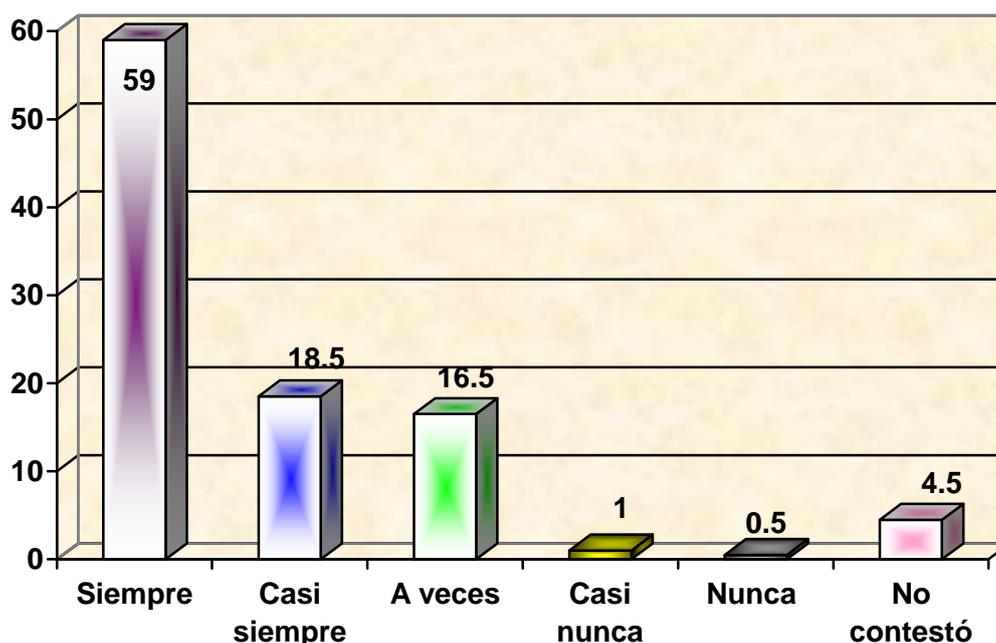
Por ejemplo, la situación planteada en el segundo reactivo: *¿Ambos padres de familia deben fomentar entre sus hijas/os, el uso del condón para prevenir el cáncer cervicouterino?*, donde con 187 menciones, un 93.5% de las maderenses estuvieron conformes en que, para reducir las infecciones sexuales por virus del papiloma humano, es indispensable dicha estrategia. En segundo lugar, con escasas 3 menciones (1.5%), se ubicaron las categorías *Casi siempre* y *A veces*; sólo 2 respondieron que *Nunca* y 4 (2%) prefirió no contestar.

Estos datos evidencian su conocimiento sobre uno de los problemas que más afectan a los jóvenes de 15 a 24 años, según la CONAPO [2006]: “el contagio de las infecciones de transmisión sexual (como el virus de inmunodeficiencia humana y el del papiloma humano), las cuales se manifiestan después de los 30 años y que pudieron ser evitadas a través de la educación y orientación por parte del sistema educativo oficial y de la orientación familiar, específicamente de los padres.”

Aunque la sexualidad nunca termina de conformarse al depender de una época, es claro que el uso del preservativo se constituye en un pilar de la educación sexual, en cuanto “proceso de enseñanza–aprendizaje en el que somos formados en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo.” [Sánchez, 2011] Sobre todo cuando, la Encuesta sobre comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM), señala que “el 41.9% de los hombres de 17 años y el 22% de las mujeres con dos años menores no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual.”

En la pregunta No. 3: *¿El virus del papiloma humano influye en el desarrollo de un cáncer cervicouterino?*, una amplia mayoría (118 mujeres) afirmaron que *Siempre* (59%) y 37, que *Casi siempre* (18.5%). Siendo así un reflejo del conocimiento general sobre la relación entre VHP y CACU, pues desde 1974 se sabe que produce lesiones intraepiteliales asintomáticas, las cuales es preciso diagnosticar a tiempo para evitar su progreso a una enfermedad oncológica.

GRÁFICA NO. 3 VPH COMO CAUSA DE CACU

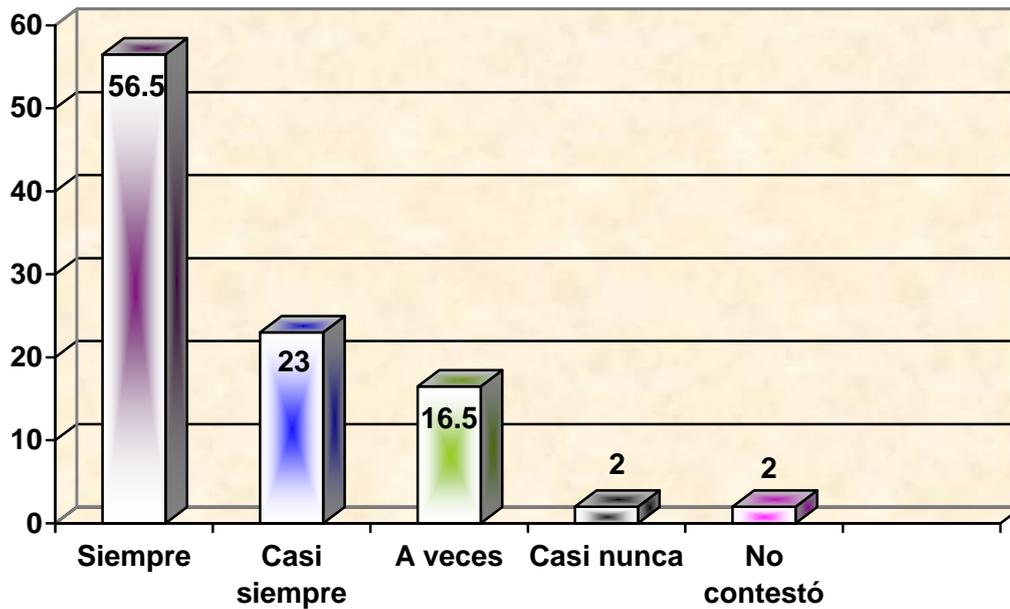


De manera que su evolución natural, la convierte en una enfermedad 100% curable si se diagnostica temprana y oportunamente con la citología cervical. Sin embargo, es preciso que como parte de un método integral de prevención, se trabaje también en la promoción de la salud dirigida a niñas y adolescentes en un nivel primario, con el objetivo de implementar cambios en los estilos de vida que aseguren una reducción en la infección por VPH.

Hay que considerar que, si de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud [ENJ, 2000], el 67.7% de los jóvenes inició su actividad sexual entre los 15 y 19 años, es probable que no hayan recibido la información adecuada sobre las infecciones de transmisión sexual por los medios idóneos. De ahí que las campañas educativas nacionales en la prevención primaria en torno a la vacunación contra el VPH se destinen a niñas de 9 a 13 años, rangos en los que todavía no son sexualmente activas.

Un 56.5%, del total de 200 encuestadas, coincidió en el cuarto reactivo en que *la entrega tardía de resultados en las instituciones de salud SIEMPRE obstaculiza el inicio para el tratamiento del cáncer cervicouterino*. Respuesta que secundaron 46 mujeres más (23%) al considerar que así ocurre *Casi siempre*; 33 le dieron un 16.5% a la categoría *A veces* y con un porcentaje idéntico (2%), las opciones *Casi nunca* y *No contestó* tuvieron cada una cuatro menciones.

GRÁFICA NO. 4 ENTREGA TARDÍA DE RESULTADOS OBSTACULIZA TRATAMIENTO DE CACU



Estos resultados coinciden con las opiniones vertidas por las maderenses que participaron en los *focus group* de la presente investigación, ya analizadas como parte de los factores sociales en la fase cualitativa. Asimismo con las declaraciones hechas por las residentes de un municipio de Soacha, Colombia, en el estudio realizado por Carolina Wiesner–Ceballos y cols. [2006], donde expresaron que “la entrega de resultados no me gustó, porque como tres meses duré yendo cada mes y las reclamé y no, que todavía no estaban.”

Es preciso que las instituciones de salud pública agilicen la entrega de resultados y eviten que, por la demora en hacerlo, se genere una indiferencia en las usuarias, quienes al decidir no regresar, le restan importancia a su salud sexual. Por tanto, el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOCACU) seguiría con una cobertura insuficiente y una calidad inadecuada.

Se trata, pues, de un factor institucional donde el trabajador social tendría que estudiar las expectativas de las pacientes frente a la calidad de los servicios ofrecidos; para que con base en ellas contribuya al diseño de políticas de salud más eficaces en la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. Así, habría una clara concordancia entre el interés de las instituciones por crear conciencia en las usuarias sobre la utilidad del Papanicolaou como medida preventiva y su compromiso con la atención médica integral de las mismas.

A través de una entrega oportuna de resultados y una clara explicación del diagnóstico obtenido, se intervendría a tiempo con un tratamiento adecuado, gracias a que “el proceso al principio es lento y las células anormales se mantienen latentes como tumor preinvasor; situación que puede persistir durante 8 a 10 años.” [Farfán–Muñoz y cols., 2004] Dicha respuesta eficaz de las instituciones como el IMSS, ISSSTE y la SSA favorecería el objetivo de la prevención secundaria: reducir la mortalidad y morbilidad del CaCu con diagnósticos precoces de lesiones en el cuello uterino.

Al realizar un gráfico cruzado entre la pregunta anterior y el dato sociodemográfico de pertenencia a una institución de seguridad social, se observa que la mayoría (113), con o sin derechohabiencia, opina que *Siempre* hay una demora en la entrega de resultados del PAP en el IMSS y en el ISSSTE. Situación que representa una barrera objetiva en la prevención secundaria del CACU, ya que refiere a la actuación de las instituciones de salud públicas, tal como se observa en la siguiente tabla:

Seguridad Social						
	IMSS	ISSSTE	Ninguno	Otro	No contestó	Total
Siempre	36	33	27	7	10	113
Casi siempre	19	14	11	2	0	46
A veces	12	8	8	3	2	33
Casi nunca	2	1	1	0	0	4
Nunca	1	0	1	1	1	4
	70	56	48	13	13	200

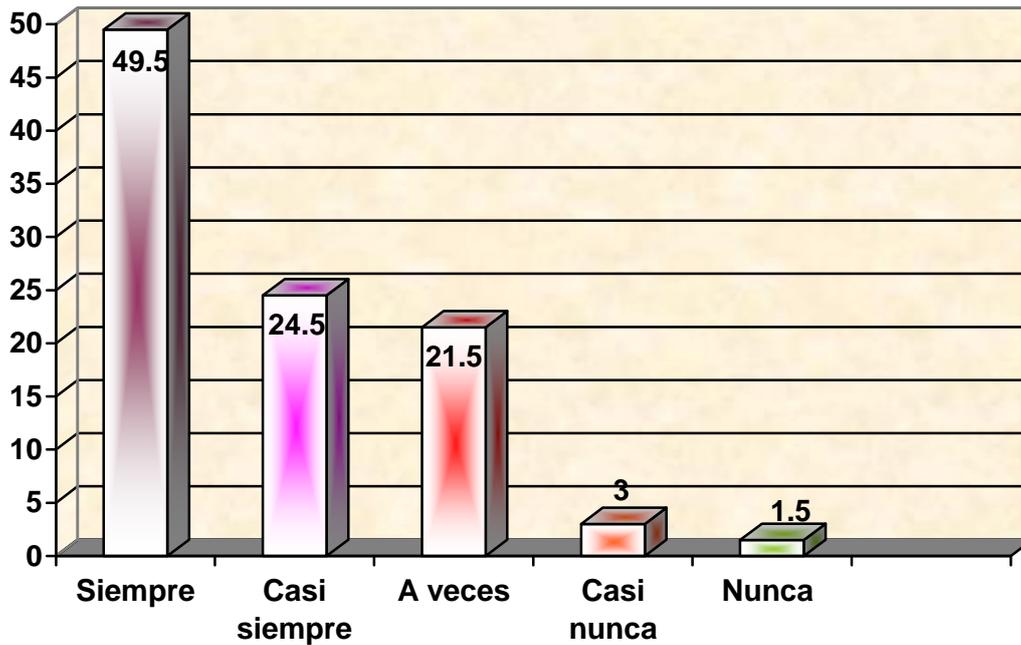
En el reactivo No. 5 *¿El IMSS, el ISSSTE y la SSA deberían aplicar la vacuna contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer cervicouterino?*, la opción que más eligieron las encuestadas con una frecuencia de 177 (88.5%) fue *Siempre*; seguida por el *Casi siempre* que marcaron 9 de ellas (4.5%).

Dicha tendencia indica que conocen la existencia de vacunas profilácticas como medida preventiva obligatoria para proteger a niñas de 9 a 13 años contra los tipos más riesgosos de VPH; 16 y 18. No obstante, también hubo quienes con sus reservas contestaron que *A veces* (3.5%) y 5 más (2.5%) que no lo hicieron, quizá por ignorar la información.

El trabajador social tiene entonces la tarea de orientar a los padres de familia sobre “los nuevos adelantos tecnológicos que ofrecen posibilidades para hacer frente al cáncer cervicouterino de una manera más integral, y ofrecer un futuro más saludable a las niñas y a las mujeres.” [OPS, 2013]

Su intervención se centraría en el fortalecimiento de programas educativos para la salud sexual, cuya finalidad fuera sensibilizar a los padres, docentes y adolescentes en torno a la aplicación de la vacuna contra el VPH a niñas menores de 13 años. Desde “una educación sexual que supere los límites de la información, pues es una actividad que tiene como encargo enmarcar el entendimiento de las actitudes y de las presiones sociales, dando conciencia de las posibles alternativas y sus consecuencias.” [Díaz, 2013]

La frecuencia más alta al cuestionarles si *recibir un mal trato del médico durante el Papanicolaou fomenta que las mujeres no vuelvan a practicárselo en esa institución*, fue *Siempre* con un 49.5%; en tanto la opción *Casi siempre* se ubicó en segundo lugar con un 24.5% (49 menciones).



GRÁFICA NO. 6 MALTRATO MÉDICO FOMENTA NO PRÁCTICA DE PAPANICOLAOU

Ambos respuestas suman un 74% e indicarían que, para la población femenina de la Gustavo A. Madero, el trato recibido por parte del médico o el personal de enfermería que les realice su Papanicolaou sí es un factor que afecta la adhesión al mismo. Mas en investigaciones como la *Identificación de factores que afectan la detección del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes de la Unidad Médica Familiar 21 del IMSS* [Cruz de la Torre, 2009], al preguntarles a 140 mujeres si se habían sentido maltratadas durante la citología cervical, sólo 3.1% refirieron que sí y un 96.8% negó dicha situación.

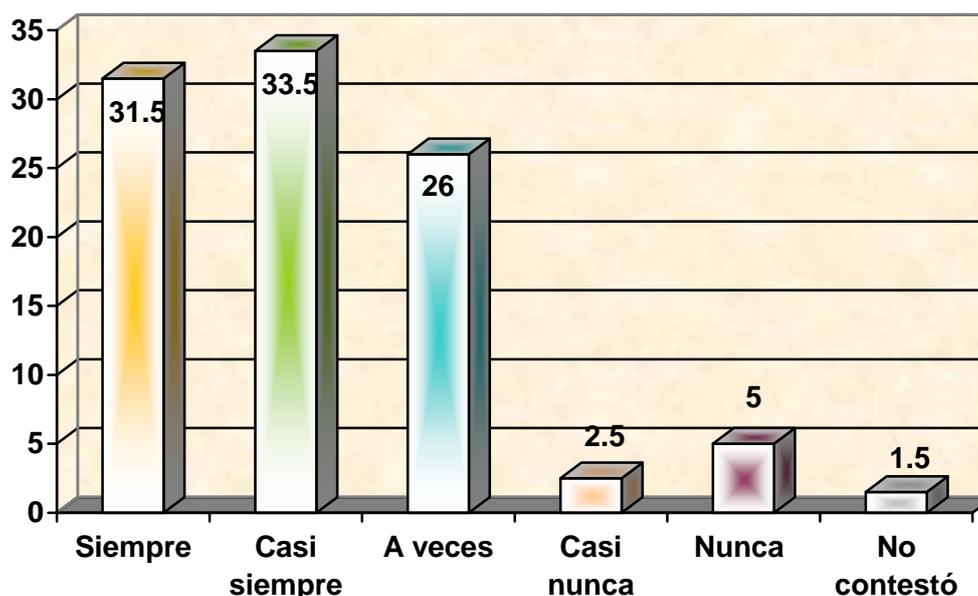
En este sentido, la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención recibida durante el PAP se consideraría una barrera subjetiva determinada por las diferentes actitudes que su ginecólogo (a) manifieste en el ejercicio de su trabajo. De modo que, para avanzar en la prevención del CaCu, es primordial sensibilizar al personal médico respecto al trato dado a sus pacientes y eliminar ese estigma que lo cataloga como un trabajador inhumano, que no toma en cuenta lo difícil que a veces resulta exponer esa parte del cuerpo femenino considerada como íntima y delicada.

Al comparar este reactivo con la Seguridad Social a la cual pertenecen las habitantes de la Gustavo A. Madero, es claro que dicho sentir tiene como base experiencias conocidas, sean propias o de familiares; pues 59 de las 99 que eligieron la opción *Siempre* tienen IMSS o ISSSTE, en tanto, 29 de las 49 que se fueron por *Casi siempre*, también son derechohabientes.

Incluso, aquéllas que afirmaron no gozar de esa prestación, consideran que ese mal trato recibido por parte del personal médico ocasionan que las mujeres elijan realizarse su Papanicolaou en otros lugares (laboratorios privados) u olvidarse del asunto, tal como se muestra en la tabla:

TABLA CRUZADA: MALTRATO MÉDICO FOMENTA NO PRÁCTICA DE PAPANICOLAOU*SEGURIDAD SOCIAL						
	SEGURIDAD SOCIAL					TOTAL
	IMSS	ISSSTE	Ninguno	Otro	No contestó	
Siempre	25	34	28	7	5	99
Casi siempre	18	11	11	4	5	49
A veces	22	11	7	1	2	43
Casi nunca	4	0	2	0	0	6
Nunca	1	0	0	1	1	3
	70	56	48	13	13	200

Si sumamos los porcentajes obtenidos por las menciones en *Siempre* y *Casi siempre* con un 31.5% y 33.5%, respectivamente, es indiscutible que para las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero la calidad de la atención recibida en la práctica del Pap es mayor en los laboratorios privados. En tanto, 52 de las encuestadas piensan que así sucede *A veces* (26%), 5 que *Casi nunca* (2.5%) y 3 (1.5%) no contestaron.



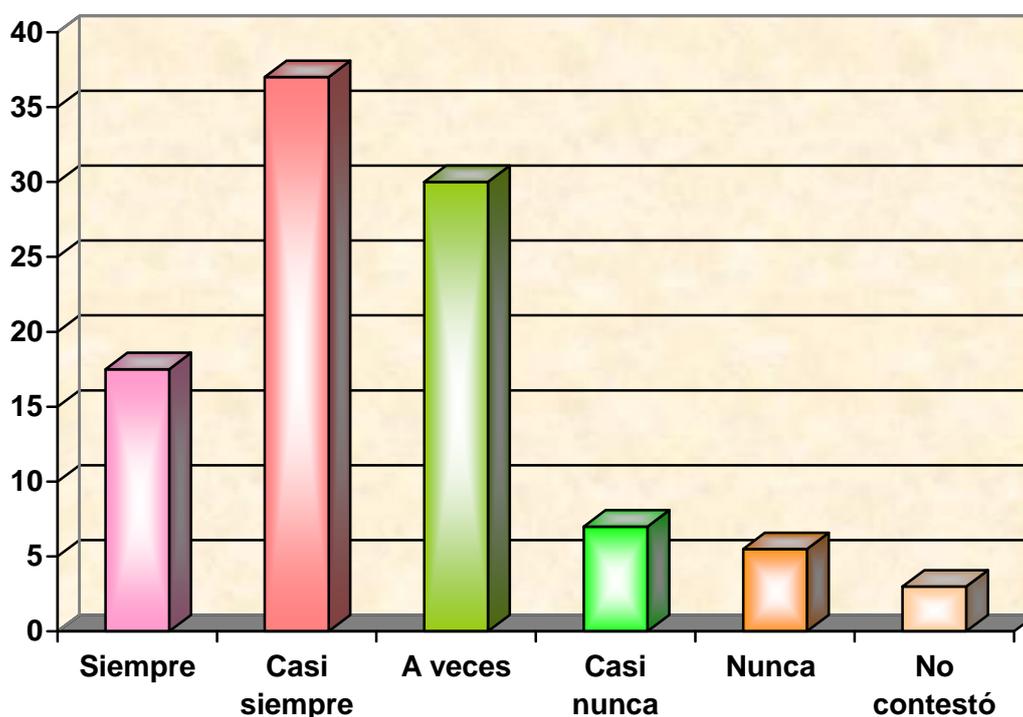
GRÁFICA NO. 7 MAYOR CALIDAD DE ATENCIÓN EN PRÁCTICA DE PAP EN LABORATORIOS PRIVADOS

Si la calidad de la atención “es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes” [Sitio web: <http://www.coordinadoraprofundis.org>], es comprensible que para las maderenses esa calidad no se reciba en instituciones como el IMSS o el ISSSTE, donde los trámites administrativos para el acceso a sus servicios se caracterizan por ser ‘deficientes’, ante los largos tiempos de espera en la programación de una cita y, por ende, en la entrega de resultados de estudios como su citología cervical.

Aunque el costo de un *check-up* femenino (que incluye la realización de una biometría hemática, colposcopia, Papanicolaou, examen general de orina y química sanguínea) se aproxima a los mil pesos en laboratorios privados como Polanco o Chopo, la atención ahí ofrecida es más rápida. La cita puede programarse vía telefónica o por internet; el día de los estudios sólo se pide llegar quince minutos antes y, lo primordial para la mayoría de las pacientes, el tiempo de entrega de resultados son tres días hábiles después de obtenidas las muestras.

En la toma del Papanicolaou, dicha calidad de la atención también abarca la infraestructura de las instalaciones, los materiales a utilizar, el trato proporcionado por el médico durante el procedimiento y la seguridad de que se realiza de manera adecuada para que posteriormente se efectúe su análisis, el cual sólo debe ser realizado por personal altamente capacitado, actualizado y certificado, pues tiene un valor de 50% en el diagnóstico.” [Olvera, 2009]

Paradójicamente, en la pregunta No. 8, *¿Considera que los resultados del Pap practicado en el IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud son confiables?*, 74 participantes opinaron que *Casi siempre* (37%); seguidas por 60 más para quienes suele ser así *A veces* (30%). En tercer lugar, se ubicó la opción *Siempre* con un 17.5%; en cuarto, *Casi nunca* con 7% y en quinto, sólo 11 de ellas respondieron que *Nunca* (5.5%).

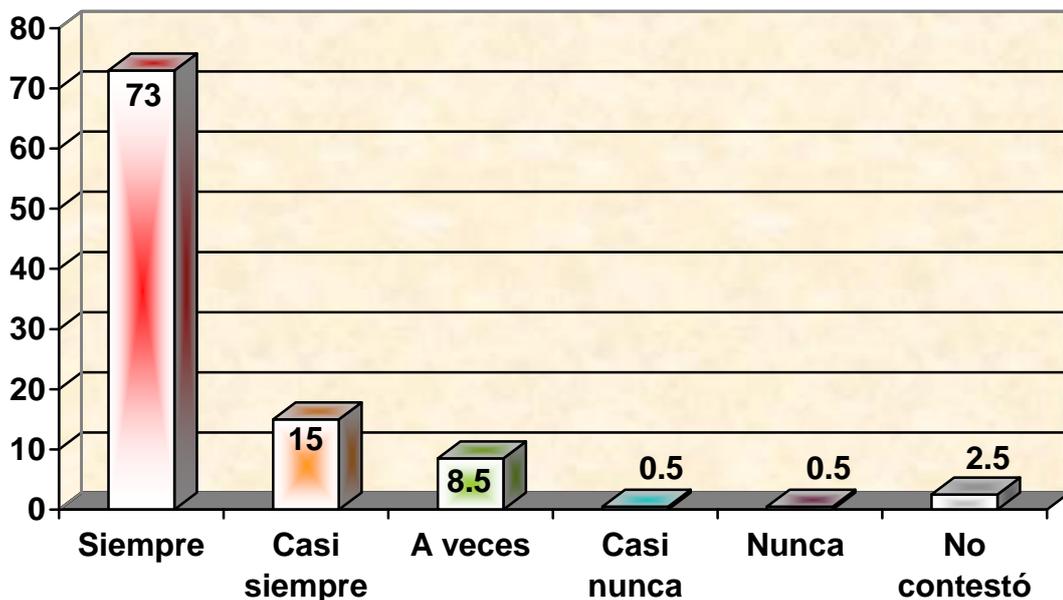


GRÁFICA NO. 8 CONFIABILIDAD DE RESULTADOS DE PAP EN IMSS, ISSSTE Y SSA

De acuerdo con estos resultados no existiría una clara tendencia, ni a favor ni en contra, sobre la confiabilidad en las instituciones de salud en México en torno a la prevención secundaria del CaCu. Entre *Siempre* y *Casi siempre* suman un total de 54.5% (es decir, 109 mujeres), y al sumar los porcentajes de *A veces*, *Casi nunca* y *Nunca* se tiene un 42.5% (85 maderenses).

Esta situación evidenciaría la percepción imperante entre las mujeres de la GAM sobre un aspecto esencial en la calidad de atención en el servicio, relacionada con la tercera parte del procedimiento y técnica para la citología cervicovaginal: un diagnóstico microscópico eficiente y ético del material citológico. Más aún cuando las mismas derechohabientes manifiestan (como en los *focus group* realizados en esta investigación) que los resultados son inconsistentes; pues, según sus propias palabras, suele variar el diagnóstico entre un Papanicolaou y otro, efectuados en un breve lapso.

146 maderenses coincidieron en que *el Papanicolaou y la colposcopia deben practicarse en conjunto para prevenir el cáncer cervicouterino*; así, con un porcentaje del 73%, *Siempre* fue la respuesta más marcada; 30 más (15%) indicaron que *Casi siempre* es necesario hacerlo así, y 17 de ellas (8.5%) considera que sólo *A veces* tendrían qué efectuarse al mismo tiempo.



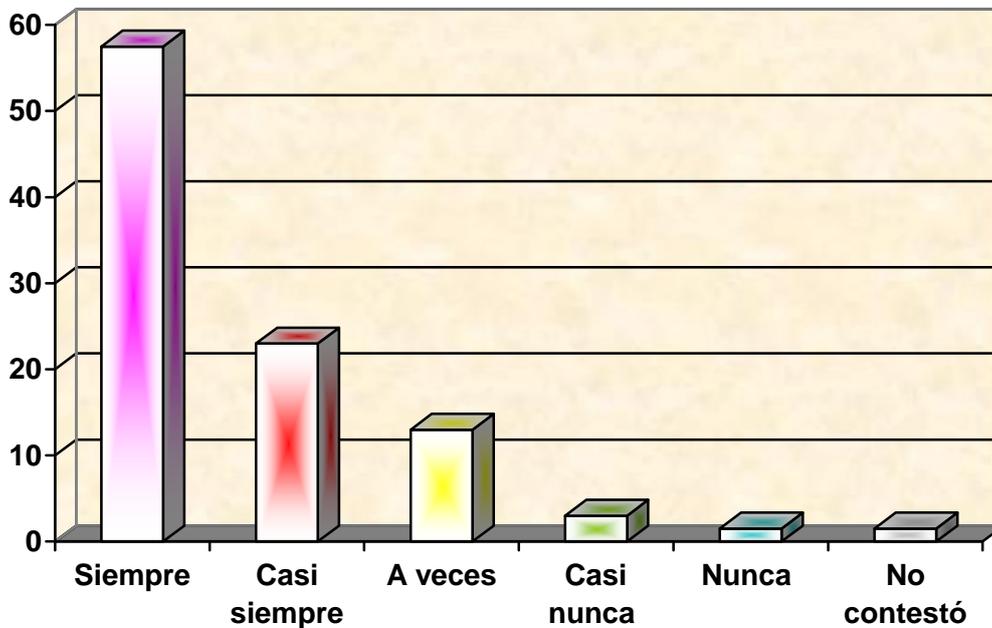
GRÁFICA NO. 9 PAP Y COLPOSCOPÍA EN LA PREVENCIÓN DEL CACU

Desde su punto de vista, sería importante que también el segundo estudio formara parte de las estrategias preventivas de la enfermedad. Sin embargo, el IMSS o el ISSSTE sólo realizan la citología cervicovaginal para identificar anomalías del cuello uterino e interrumpir la progresión de lesiones premalignas en una etapa preasintomática, mediante un tratamiento precoz.

Ciertamente la colposcopia “es un método de diagnóstico complementario y no sustituye ni a la prueba de Pap ni a la consulta médica” [Olvera, 2009]; pero al proporcionar imágenes microscópicas de la superficie del cuello uterino, es posible conocer el tamaño y localización de lesiones precancerosas asociadas a una infección persistente del virus del papiloma humano.

Por ello, si las instituciones de salud pública la implementaran como parte del tamizaje de las mujeres en riesgo de desarrollar CaCu, los programas de detección de lesiones precancerosas se fortalecerían, lo mismo que la cobertura de los tratamientos de dichas lesiones y, con ello, se reduciría la mortalidad por esta causa.

Al cuestionar a las habitantes de la GAM sobre *¿Falta mayor difusión de las campañas preventivas sobre CaCu en su delegación?* 115 afirmaron que *Siempre*, acumulando un 57.5%; 47 que *Casi siempre* (23.5%) y 26 (13%) se inclinaron por la opción *A veces*. Únicamente 6 dijeron que *Casi nunca* (3%) y 3, que *Nunca* (1.5%).



GRÁFICA NO. 10 DIFUSIÓN DE CAMPAÑAS PREVENTIVAS DE PAP EN GAM

De acuerdo con dichos porcentajes, en la demarcación de estudio prevalece una deficiencia informativa de las campañas preventivas efectuadas por las autoridades fuera de las instalaciones del IMSS o ISSSTE, para practicar la prueba de Papanicolaou, como la campaña permanente *Cuídate*, implementada desde abril de 2012 en zonas clasificadas como de alta marginación en la GAM.

Al comparar esta pregunta con las colonias en donde se efectuaron los cuestionarios, se nota con claridad la tendencia en cada una de ellas; ya que de forma casi homogénea, las menciones se dieron en igualdad numérica para las mismas opciones: *Siempre* y *Casi siempre*. Tal como lo muestra la tabla:

**TABLA CRUZADA DIFUSIÓN DE CAMPAÑAS PREVENTIVAS DE PAP EN GAM *
COLONIA**

	La Pradera	La Pradera 2ª. Secc.	Sn. Juan de Aragón 2ª. Secc.	Sn. Juan de Aragón 1ª. Secc.	Tepeyac Insurgentes	Guadalupe Tepeyac	Magdalena de las Salinas	Total
Siempre	14	19	12	15	21	17	17	115
Casi siempre	8	5	10	8	2	7	7	47
A veces	7	3	2	3	4	1	6	26
Casi nunca	0	0	1	1	2	1	1	6
Nunca	0	1	0	0	0	2	0	3
No contestó	0	0	1	0	0	2	0	3
Total	29	28	26	27	29	30	31	200

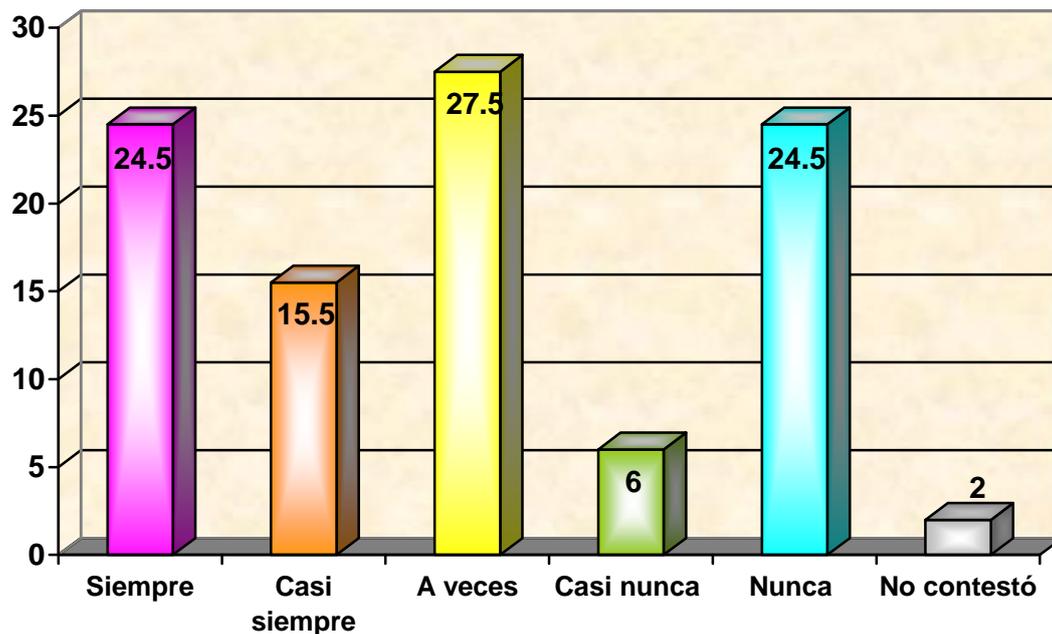
Es preciso que los encargados de difundir esas estrategias (comunicólogos, trabajadores sociales, diseñadores gráficos, relacionistas públicos, etc.) consideren verdaderamente el entorno donde se desarrolla su público objetivo: las mujeres; pues de esas condiciones espaciales y temporales dependerá la efectividad en la recepción del mensaje y la posterior modificación de comportamientos que conlleven a una mayor aceptación del Pap.

De manera que al codificar apropiadamente el mensaje (es decir, traducir una idea en textos, imágenes, sonidos o gráficos en el medio físico de comunicación adecuado), se llegue a una mayor cantidad de esa población vulnerable, informarla del cáncer cervicouterino y, ante todo, influir en sus actitudes para que “la persona sea consciente de su situación conflictiva y adopte una postura activa para solucionarla.” [Libro TS, 2009]

Quizá sea pertinente que, en este tipo de programas móviles de prevención, el trabajador social aplique el método básico de intervención centrado en el individuo y en su ambiente, para lograr un nivel de atención directo. Ello significaría que formara parte del personal de salud que acompañara a los ‘medibuses’ y enfatice en la impartición de pláticas referentes al Papanicolaou: qué es, en qué consiste, cuál es su utilidad y quiénes deben practicársela.

Con un 27.5%, 55 mujeres señalaron que *A veces* experimentan sentimientos como la pena, la incomodidad y el miedo, cuando se acerca la práctica de su PAP. Las respuestas *Siempre* y *Nunca* se ubicaron en segundo lugar con 49 menciones cada uno, equivalente al 24.5%; seguido por aquéllas (31) para las que esa situación

se vive *Casi siempre*. 12 aseguraron que *Casi nunca* han presentado esos sentimientos y sólo un 2% (4) no contestaron.



GRÁFICA NO. 11 SENTIMIENTOS COMO PENA, INCOMODIDAD Y MIEDO EN PRÁCTICA DE PAP

Resultados que son similares a los obtenidos por Farfán–Muñoz [2004], Valdés [2004], Wiesner–Ceballos [2006] y Cerpa [2011], cuyas investigaciones tuvieron por objetivo general identificar los factores o aspectos socioculturales que influyen en las mujeres para no acudir a su toma de Papanicolaou. Situación que, a su vez, afecta las estrategias de prevención integral para la prevención y control del cáncer cervicouterino, establecidas por la Organización Mundial para la Salud.

Estos porcentajes reflejan del “tabú de la sexualidad que refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las partes íntimas” [Wiesner–Ceballos, 2006], como consecuencia de patrones culturales aprehendidos generacionalmente y que tienen por base una concepción patriarcal de lo femenino y su valor.

De allí que las mujeres encuestadas o entrevistadas en los estudios referidos, manifestaran que “otra de las variables que afectan la probabilidad de realizarse la prueba de Pap es la desventaja percibida por las mujeres de sentir pudor o vergüenza durante la misma.” [Valdés, 2004] Sobre todo si “el examen ginecológico, en tanto implica la intromisión de un profesional en partes íntimas del cuerpo, siempre resultará más complicado para las mujeres que una revisión de brazos o piernas.” [Lamadrid, 1998]

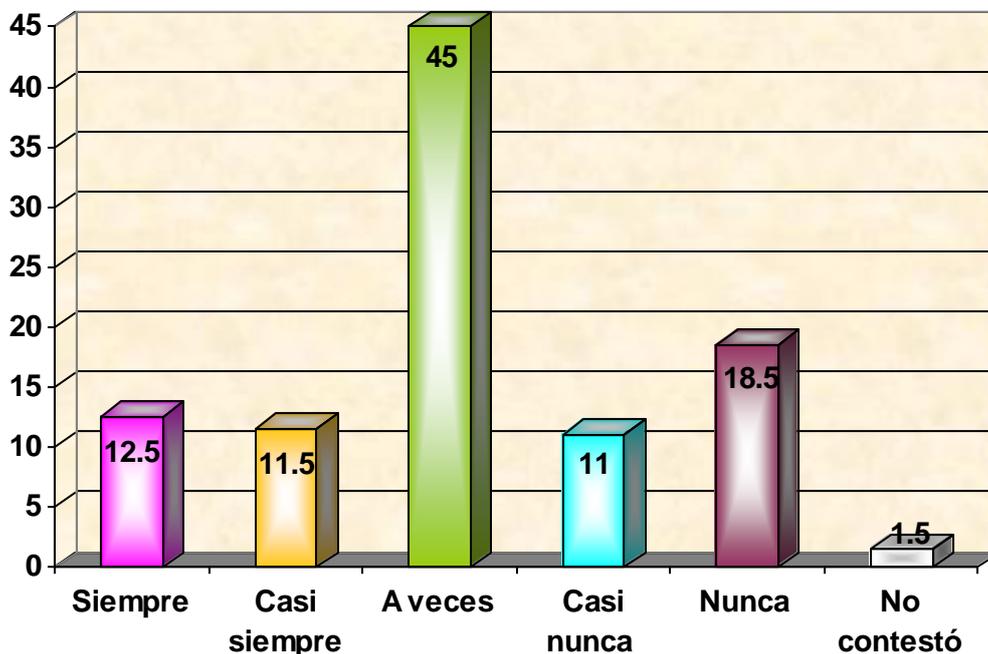
Sin embargo, el que “un 70% de 105 mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS” [Farfán–Muñoz y cols., 2004] expresaran sentir vergüenza ante su citología cervicovaginal, muestra igualmente una barrera derivada

de un patrón cultural que es indispensable cambiar para fomentar verdaderos comportamientos preventivos.

De acuerdo con la Perspectiva de Género, esa barrera subjetiva aludiría a una construcción social y cultural de reglas, normas, creencias, valores y mitos en torno al cuerpo femenino. En particular, de la vagina, la cual se considera “un espacio del cuerpo que es invisible y sólo deja de ser ajeno por acción de la práctica médica.” [Wiesner–Ceballos, 2006]

El problema es que mientras continúe esa percepción en las mismas mujeres, será difícil reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino; pues traen arraigado un discurso milenario, patriarcal y machista de confinar al género femenino al espacio de lo privado. Situación que reduce “la posibilidad de obtener un estado de salud óptimo mediante el empleo de ciertas estrategias comportamentales” [Valdés, 2004], a través de las cuales sean ellas quienes se empoderen de su salud sexual y reproductiva.

Para un 45% de las participantes (90) sólo *A veces*, recibir un diagnóstico positivo de cáncer cervicouterino es sinónimo de muerte. 37 contestaron que *Nunca*, situándose en segundo lugar con un 18.5%; 25 (12.5%) y 23 (11.5%) consideraron lo contrario al marcar que *Siempre* y *Casi siempre*, el desenlace puede ser mortal tras confirmar dicho diagnóstico.



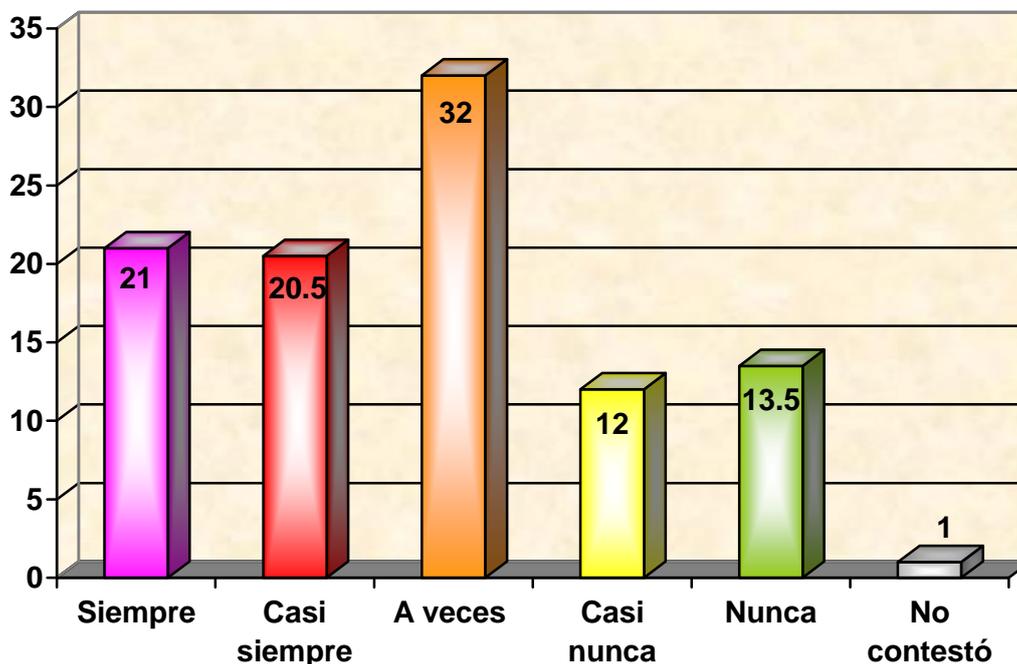
GRÁFICA NO. 12 DIAGNÓSTICO DE CACU COMO SINÓNIMO DE MUERTE

De esas 90 participantes que ‘dudan’ de la *probable* amenaza de muerte que implicaría un diagnóstico canceroso, las frecuencias más altas se dieron en los rangos etarios de 31 a 40 años con 26 menciones; seguidas por las de 41 a 50 años con 25 y, en tercer lugar, las de 21 a 30 años con 22.

Ante tales reacciones, cabría preguntarse por qué ese titubeo. Si sepan que dada la lenta evolución del cáncer cervicouterino, un diagnóstico precoz de lesiones en la zona de transformación del cuello facilita la prevención secundaria al detener el proceso patológico con un tratamiento oportuno, según el tipo de neoplasia o estadio de la enfermedad. O quizá tengan conocimiento de ello, pero “la presencia de creencias fatalistas, influya como una barrera para su prevención.” [Valdés, 2004]

Entre esas creencias está la de considerarlo como “un castigo de Dios, siendo muy poco lo que uno puede hacer para prevenirlo.” [Valdés, 2004] Por tanto, el factor ‘cultura’ influye negativamente en el comportamiento preventivo de las mujeres, sus conocimientos, actitudes y prácticas referentes a su salud sexual y reproductiva; ya que su disposición a actuar o hacerle frente al cáncer cervicouterino es pasivo y, de no recibir una formación pertinente al respecto, seguirá reproduciéndose esa creencia.

En la pregunta No. 13 *¿Si tuviera familiares que padecieron CaCu u otro tipo de cáncer, se sentiría vulnerable a desarrollarlo?*, la opción que mayor frecuencia tuvo fue *A veces* (64) con un 32%; seguida por *Siempre* (21%) y *Casi siempre* (20.5%) con 42 y 41 menciones, respectivamente. 27 apuntaron que *Nunca* se han sentido en riesgo y, por sólo 3 menciones menos, un 12% eligió como respuesta *Casi nunca*.



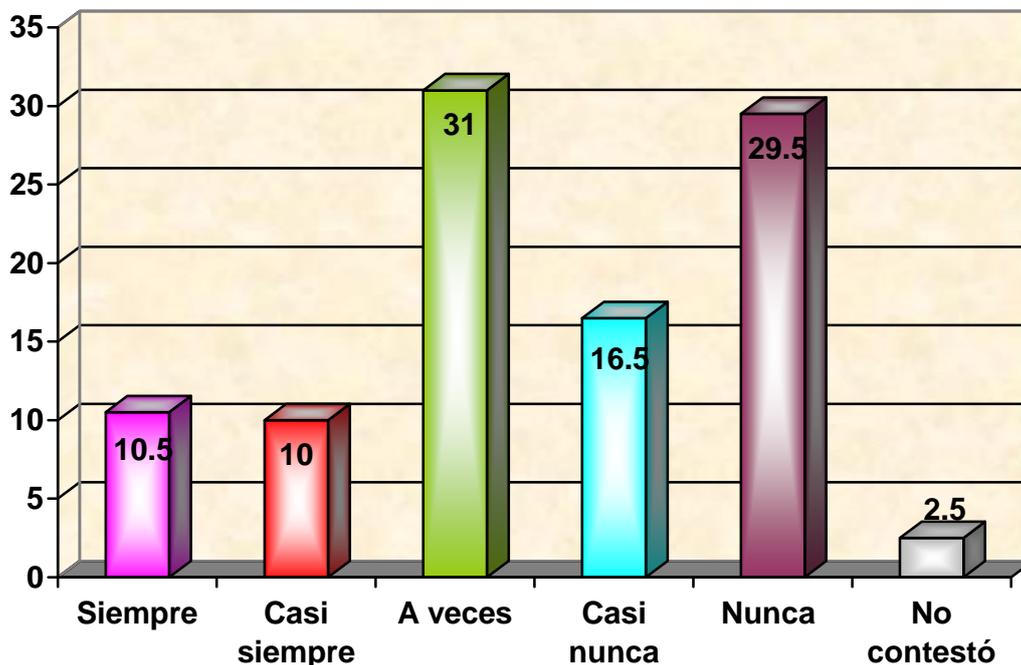
GRÁFICA NO. 13 VULNERABILIDAD POR ANTECEDENTES FAMILIARES

Si “un factor de riesgo es aquél que aumenta las probabilidades de padecer una enfermedad, como el cáncer” [American Cancer Society, 2016], los antecedentes familiares corresponderían a aquéllos que no se pueden modificar porque no dependen de la persona en sí.

No obstante, saber que existe un precedente genético sería motivo para que toda mujer en edad reproductiva y con una vida sexual activa comience a cuidarse. Si bien tal factor no se puede cambiar, sí generaría una mayor conciencia de los que obedecen a sus hábitos de higiene, conducta sexual y revisiones periódicas; los cuales “le han dado un giro a la concepción de la salud como fenómeno bio–psico–social.

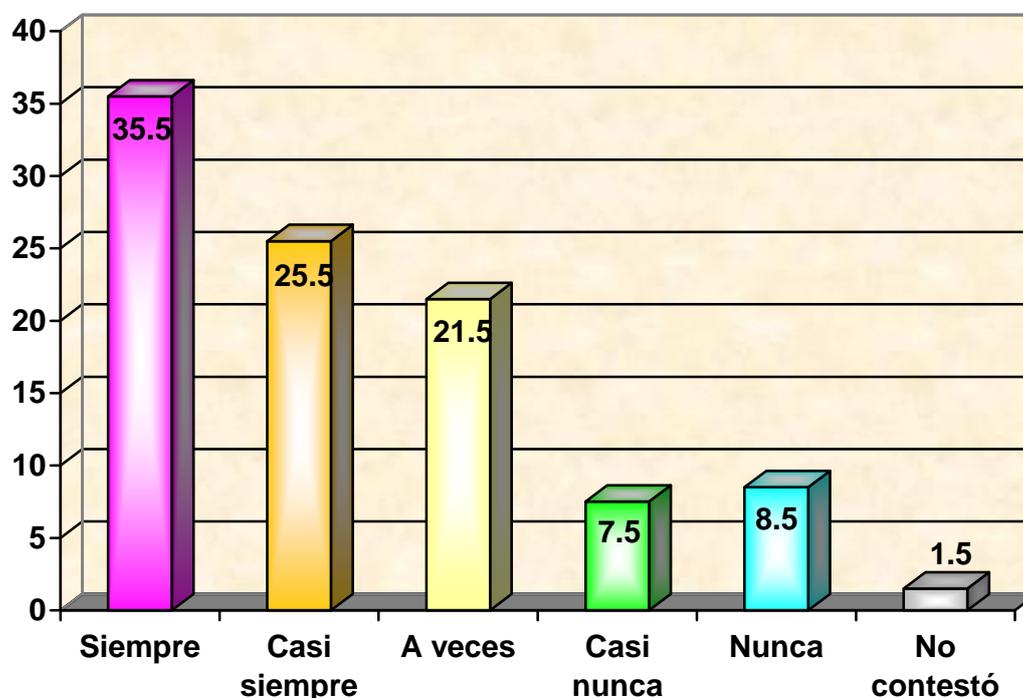
Dicho enfoque permite un abordaje multidisciplinar de las ciencias, en busca de una prevención integral a través del autocuidado: “comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas, aprendizaje mediante las relaciones interpersonales, la comunicación y la cultura.” [Arellano, 2006] Ámbito donde el trabajador social puede intervenir desde la promoción de la salud “al elaborar, ejecutar y valorar programas de divulgación de factores que inciden sobre la salud.” [Velázquez, 2006]

Al cuestionarles sobre si *¿Se puede desarrollar CACU por haber iniciado relaciones sexuales a temprana edad?*, la opción con mayor frecuencia fue *A veces* con 62 menciones (31%); luego *Nunca* que 59 mujeres eligieron como respuesta para darle un 29.5%. Mientras que las alternativas *Siempre* y *Casi siempre* tuvieron porcentajes similares con un 10.5% y 10% cada uno.



GRÁFICA NO. 14 VULNERABILIDAD POR INICIO DE RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS

Con un 35.5%, 71 participantes dijeron que cuando *las mujeres tienen relaciones sexuales con más de una pareja SIEMPRE presentan mayor riesgo de desarrollar CaCu*; similarmente, 51 mujeres más (25.5%) coincidieron en que *Casi siempre es así* y con 43 menciones, la opción *A veces* está en tercer lugar al acumular un 21.5%.



GRÁFICA NO. 15 VULNERABILIDAD POR RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA

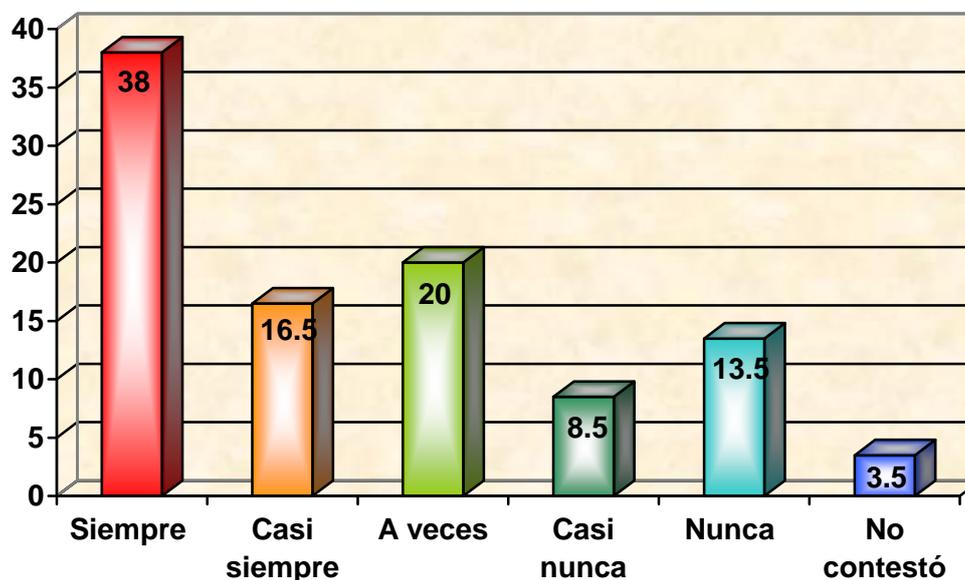
La sumatoria entre los porcentajes de *Siempre* y *Casi siempre* evidencia que para la población en estudio, la causa principal por la cual se sentirían vulnerables a contraer cáncer cervicouterino está relacionada con el ejercicio de la sexualidad, definida como “una negación o disfrute que hacemos de nuestro cuerpo, un espacio que se construye a partir de las prácticas sociales y culturales.” [Sánchez, 2011]

En ese sentido, al afirmar con un 61% que la vulnerabilidad para desarrollar CaCu es mayor en mujeres cuya vida sexual tiende a ejercerse con más libertad de la socioculturalmente permitida al género femenino, se hablaría de una postura asociada “con un sistema de relaciones de género desigual, producto de comportamientos sexuales acorde con lo que la sociedad considera adecuado para cada sexo.” [Lamadrid, 1998]

Si “la sexualidad se conforma a lo largo de la vida gracias al desarrollo de las actitudes en el individuo que le permiten dar sentido y valor a su conducta” [Díaz, 2013], estas cifras significarían que quienes no cumplen con las expectativas del rol tradicional esperado de una buena mujer en el ámbito sexual (en cuanto ‘ser *exclusivamente* para otro’, su esposo) quedarían marcadas bajo el estigma de promiscuas.

En la pregunta No. 16, *¿Su pareja muestra interés en recibir información sobre el CACU y su prevención?*, 76 mujeres de la Gustavo A. Madero (38%) mencionaron que *Siempre* es así; 40 que *A veces* (es decir, un 20%); 33 más dijeron que *Casi siempre* (16.5%), 27 que *Nunca* (13.5%) y 17 más que *Casi nunca*.

GRÁFICO NO. 16 INTERÉS DE LA PAREJA EN INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE CACU



Aunque un 54.5% de las encuestadas respondió positivamente con sus *Siempre* y *Casi siempre*, el resto dejó entrever que tal vez persiste una ideología machista en su pareja, pues al no interesarse por saber sobre una neoplasia que podría afectarlas seriamente, reflejaría “el cumplimiento de un rol donde siempre se establece una relación de desigualdad” [Sitio web: <http://www.iberopuebla.edu.mx>], relacionada con “el cuidado y atención que cada sexo ha aprendido a tener con su propio cuerpo.” [Guzmán y Bolio, 2010]

En *Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino* [1998], Silvia Lamadrid plantea la necesidad de “explorar mucho más en torno a las formas de organización social de la sexualidad y las actitudes de mujeres y hombres ante el cuidado de la salud, particularmente su salud reproductiva.” De allí que la intervención profesional del trabajador social incorpore “el sustrato sociocultural del individuo y el hecho que la persona recibe influencias de su entorno social inmediato.” [Caballada, 2008]

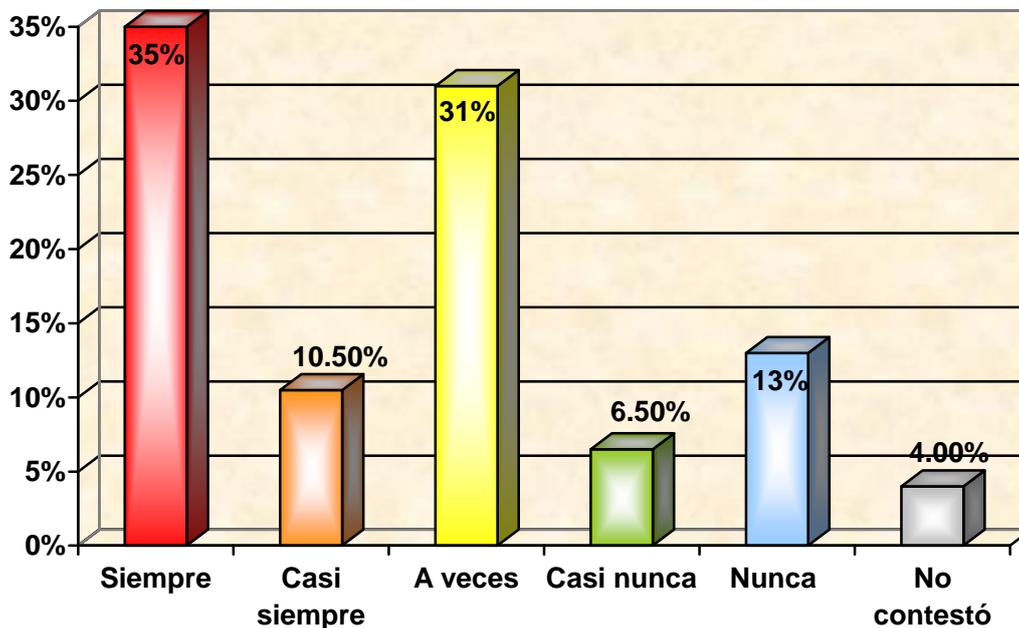
Sobre si *¿Su pareja respeta la abstinencia sexual previa a la realización del Papanicolaou?*, una gran mayoría (69.5%) contestó que *Siempre*, secundadas por 19 participantes más que tacharon la opción *Casi siempre* (9.5%); sólo un 8.5% (17) no respondió.

Estas cifras indicarían que la población masculina de la GAM sabe de la importancia de la práctica del PAP como prueba de detección para prevenir el CaCu “al determinar la presencia de lesiones precancerosas o de cáncer en las mujeres en riesgo.” [OPS, 2013] Asimismo que el temor a su pareja, porque él pueda oponerse a que visite al ginecólogo y sean revisadas por un médico varón, queda descartado como obstáculo subjetivo que las desaliente a hacerse sus pruebas periódicas.

Por tanto, si el objetivo de una intervención social es “producir cambios en la problemática previamente determinada” [Caballada, 2008], la labor del trabajador social en un método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino residiría en integrar a dichos varones en una participación mucho más activa, considerándolos en sus diferentes roles (hijos, pareja, padres) y bajo la Perspectiva de Género.

Con 70 y 62 menciones respectivamente, las opciones *Siempre* (35%) y *A veces* (31%) se situaron en primer y segundo lugar como respuestas de la interrogante: *¿Considera que su pareja debe acompañarla a que se practique su Papanicolaou?* Mientras que para 26 participantes *Nunca* fue la mejor alternativa; seguida por el 10.5% de aquellas (21) que eligieron *Casi siempre*.

GRÁFICA NO. 18 ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA PARA PRÁCTICA DE PAPANICOLAOU



Es interesante que en el cruce de variables entre esta pregunta y el estado civil de las mujeres maderenses hubo una mayor diversidad de respuestas entre las solteras, pues 31 de ellas piensa que *A veces* así debe ser; 30 se inclinaron por apoyar la iniciativa de que la pareja acompañe a su mujer a todas sus pruebas ginecológicas. En tanto, con menciones idénticas, otras (12) se fueron a los extremos: o *Casi siempre* o *Casi nunca*. Aquí la tabla:

TABLA CRUZADA: ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA A PRÁCTICA DE PAP *
ESTADO CIVIL

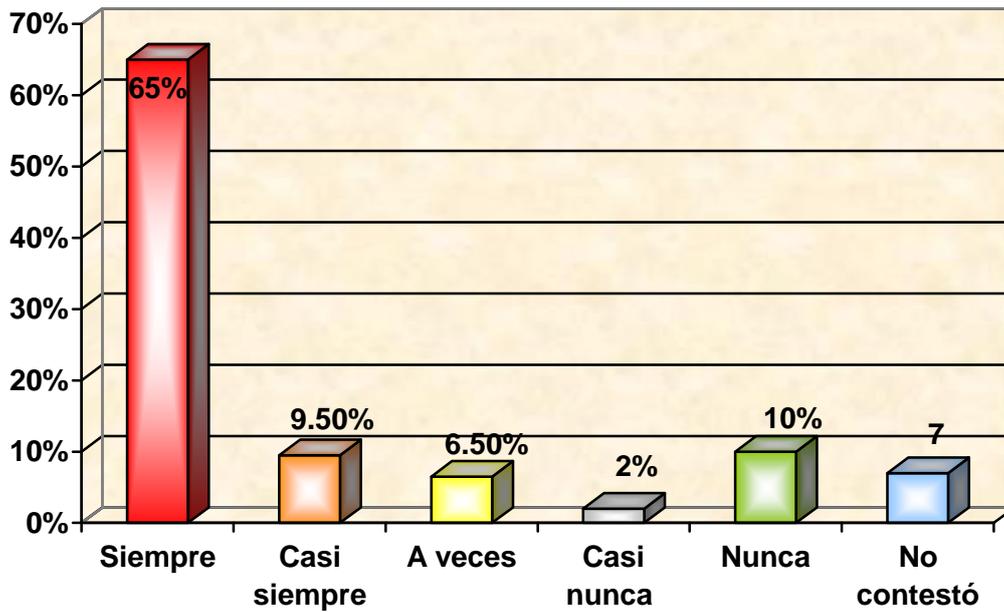
	Soltera	Casada	Unión libre	Separada	Divorciada	Madre Soltera	No contestó	Total
Siempre	30	34	5	0	0	0	1	70
Casi siempre	12	3	0	0	2	4	0	21
A veces	31	20	5	4	2	0	0	62
Casi nunca	12	1	0	0	0	0	0	13
Nunca	10	9	3	0	4	0	0	26
No contestó	5	2	0	1	0	0	0	8
Total	100	69	13	5	8	4	1	200

Con un 65%, 130 maderenses afirmaron que *su pareja está de acuerdo en que a usted la revise un médico varón* y 19 que *Casi siempre* les parece bien. Según estos resultados, el machismo –que establece una relación de desigualdad entre el hombre y la mujer ante el cumplimiento de un rol– no se consideraría un factor cultural que impidiera les practicarse su Papanicolaou y prevenir el cáncer cervicouterino.

Así sucedió en la investigación de Farfán–Muñoz [2004] quien, al aplicar “una encuesta transversal en una muestra de mujeres de 25 a 65 años, del área de responsabilidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 28”, obtuvo que un 75% aseguró que su pareja estaba de acuerdo en que un médico varón le realizara el Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

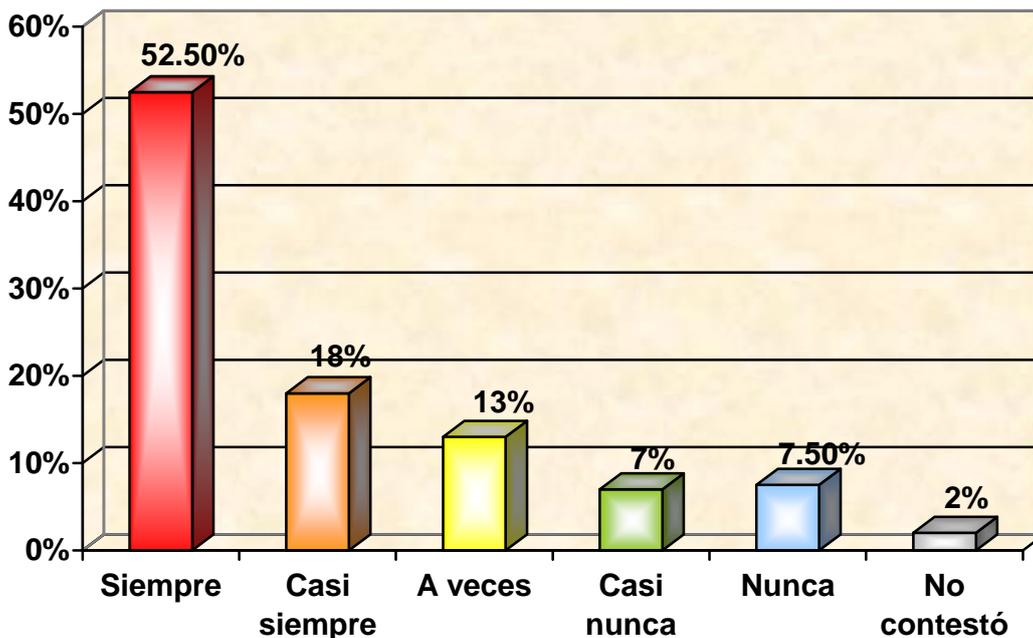
Como se observa en la gráfica, de 200 encuestadas, sólo un 10% expresó que su pareja *Nunca* ha estado conforme con la situación anterior, y un 6.5% más (13) mostraron indecisión al irse por la opción *A veces*. Si bien es un porcentaje menor, ambos representarían la vigencia de un tabú sexual relacionado con la desnudez y la exposición de las partes íntimas, el cual puede influir profundamente en la efectividad de los programas preventivos en torno al cáncer cervicouterino.

GRÁFICA NO. 19 OPINIÓN DE VARÓN SOBRE MÉDICO VARÓN



Poco más de la mitad de las participantes (105) expresaron que *cuando tienen dudas sobre el cáncer cervicouterino, siempre consultan a su ginecólogo*; de modo que ese 52.5% sumado al 18% de aquéllas (36) que se fueron por el *Casi siempre*, habla de una población activa con una noción de la gravedad de dicha neoplasia. Sea por su nivel escolar o experiencias de vida, se sienten vulnerables a padecerla y, pese a la posibilidad de recibir un diagnóstico positivo, ese temor no las orilla a postergar la práctica de su Papanicolaou.

GRÁFICA NO. 20 CONSULTA A GINECÓLOGO POR DUDAS SOBRE CACU



Sin embargo, las 29 habitantes de la GAM que optaron por decir que *Casi nunca* y *Nunca* lo hacen (14.5%), se constituyen en ese sector de la población al cual deben dirigirse los programas preventivos integrales; para que cada vez sean menos las mujeres quienes, aun con una clara percepción del problema, decidan no acudir su clínica familiar o con su médico particular para despejar esa incertidumbre de signos o síntomas negativos de su salud sexual.

En la pregunta No. 21, *¿El temor a recibir un diagnóstico positivo de CACU le ha impedido realizarse su Papanicolaou?*, la opción *Nunca* tuvo la mayor frecuencia con 129 menciones (un 64.5%); seguida por 21 mujeres (10.5%) que *A veces* anteponen ese temor a su propio bienestar, al igual que aquéllas (20) que *Siempre* o *Casi siempre* (5%) lo hacen.

A diferencia de la población estudiada por Ruth Cerpa Padilla, en la Unidad Médica Familiar No. 21 del IMSS en Sinaloa, que en un “83% refirió temor de conocer el resultado del estudio” [2011], las mujeres de la GAM parecen estar conscientes del comportamiento saludable a seguir para prevenir el cáncer cervicouterino, cuya “larga historia natural, ofrece múltiples oportunidades de intervención, mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, junto con un adecuado manejo diagnóstico.” [OPS/ OMS, 2013]

Aunque “el temor es normal cuando se padece una enfermedad seria” [Garza: 2006:13], la labor del trabajador social en dichas estrategias preventivas reside, no sólo en suministrar información del padecimiento (causas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento), sino en estudiar esas actitudes negativas que obstaculizan su participación activa en la toma de decisiones responsables en torno al cuidado de su salud.

Sobre si *¿Considera que estar casada protege a la mujer contra el cáncer cervicouterino?*, 157 de ellas (78.5%) contestaron que *Nunca*; seguida por 19 más (9.5%) que eligieron *Casi nunca*. Así, para la mayoría de las participantes, “los roles de género asignados de acuerdo con un momento cultural e histórico en el cual están insertadas las personas y que son ejercidos por los individuos, según se asuman como hombres o mujeres” [Guzmán y Bolio, 2010], no excluye a ninguna mujer, esposa y madre de desarrollar una neoplasia de ese tipo.

Podría decirse que las habitantes de la GAM han sido influidas por la Perspectiva de Género, “una visión alternativa y explicativa de lo que acontece en el orden de los géneros” [Guzmán y Bolio, 2010]; ya que igualmente en los *focus group* realizados, afirmaron: “el hecho de ser una mujer casada tampoco te salva; a veces es mayor el riesgo bajo la excusa de la fidelidad y la obligación de la mujer para cumplir sus deberes como esposa.”

Dichas creencias siguen vigentes, pues las altas cifras de incidencia y mortalidad por CaCu en edades productivas, evidencian que entre la población femenina mexicana no existe una cultura de revisión médica ginecológica, siendo constante “la inasistencia o la asistencia tardía a sus programas de detección y control.” [Carmona, 2010] Por ejemplo, al confiarle a su cónyuge el cuidado de su salud sexual, como parte de la transmisión generacional de estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad.

En la pregunta *¿Las actividades relacionadas con el hogar impiden que la mujer se efectúe su Pap?*, un porcentaje significativo de maderenses (73%) seleccionó la opción *Nunca* con 146 menciones; siendo secundada por un 10.5% (21 menciones) de quienes piensan que *A veces* es así, y el 8% (16 menciones) de las que *Siempre* priorizan sus labores domésticas, en lugar de ocuparse por su salud.

Dichos porcentajes muestran que la población femenina encuestada cumple con una de las 4 condiciones fundamentales definidas por Marshall Becker en su *Modelo de creencias en salud* [1977]: la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo; misma que desencadenaría en una conducta positiva de salud, al hacer conscientes a las mujeres de la importancia de practicarse con regularidad su prueba de Papanicolaou.

Sin embargo, es una realidad que en los sectores marginados de la sociedad, persiste la desinformación sobre el CaCu como problema de salud pública; ya que el rol genérico femenino sigue vinculado a maneras de ser, de sentir y actuar en el ámbito privado familiar ‘del ser para otros’. Por ende, hay mujeres que anteponen cualquier otra actividad antes que practicarse sus estudios preventivos, al “considerar como un valor más importante que la salud, la conducta de sacrificio y resignación asociada con el mensaje cultural de abnegación.” [Flores, 1993 en Valdés, 2004]

En el penúltimo reactivo *¿Pertener a un nivel socioeconómico alto protege a la mujer de padecer CACU?*, con 168 respuestas (84%), la opción *Nunca* se ubicó en primer lugar; seguida por *Casi nunca* con 16 menciones (8%). Resultados que indican la consciencia de la mayoría de la población en estudio (92%) ante su vulnerabilidad de padecer cáncer cervicouterino, más allá de su nivel socioeconómico.

Como lo afirma la UNICEF, “la pobreza sigue siendo el freno al desarrollo humano y, con ello, la causa principal de la enfermedad” [], ya que al existir una inequidad social que se traduce en un acceso desigual de los servicios de salud, “la marginación y la pobreza son dos variables socioeconómicas que incrementan el riesgo de morir por cáncer cervicouterino, debido a que son formas de exclusión a los servicios de atención ginecológica.” []

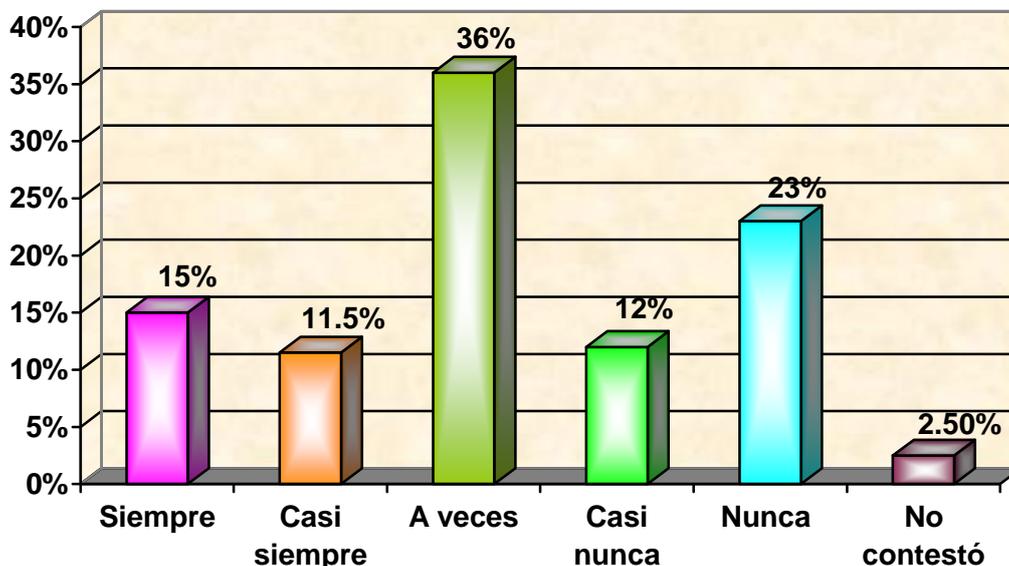
Sí, es necesario que el gobierno preste atención en dichas barreras objetivas, al estar relacionadas con la estructura del sistema y su cobertura, pero también que, desde el campo de intervención del Trabajo Social, se contrarreste la falsa creencia de pensar al cáncer cervicouterino como un padecimiento de pobres.

En su investigación *Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino*, Rosario Valdés Caraveo [2004] encontró que “la probabilidad de no realizarse el Papanicolaou es 1.9 veces mayor en las mujeres que creen que la incidencia de CaCu es menor en mujeres de clase media.” [] Situación que coincide con la postura de una de las participantes de los *focus group* para el presente estudio, quien afirmó que “muchas mujeres de un status más alto, por pensar precisamente que es un padecimiento de pobres, no toman sus medidas de prevención.”

Por tanto, es primordial que el trabajador social genere modelos de intervención con mensajes bien formulados para crear consciencia en toda la población femenina y evitar que, “quizás porque se sientan perfectamente sanas, no vean ninguna razón para acudir a los establecimientos de salud.” [OPS/OMS, 2013] Tal como sucedió en el 2012, cuando, “a nivel mundial, había casi mil millones de mujeres entre 30 y 49 años de edad, la mayoría de las cuales no se había sometido a su prueba de detección ni una vez en su vida.” [OPS/OMS, 2013]

Por último, al cuestionarles que si *cuando se practica su Pap en un laboratorio particular se ve limitada económicamente*, los porcentajes de las respuestas variaron considerablemente. La opción *A veces* obtuvo la mayor frecuencia con 72 menciones (36%); 46 participantes dijeron que *Nunca* (23%), seguidas por 30 para quienes *Siempre* (15%) así sucede. La alternativa *Casi nunca* se ubicó en cuarto sitio con un 12% (24 menciones) y la opción *Casi siempre* en quinto con 15% (30 menciones); sólo un 2.5% (equivalente a 5 mujeres) no contestaron.

GRÁFICA NO. 25 LIMITACIÓN ECONÓMICA POR PRÁCTICA DE PAP EN LABORATORIOS PRIVADOS



Si al porcentaje obtenido por la opción *A veces* le sumamos los de *Siempre* y *Casi siempre*, que harían referencia a las mujeres–amas de casa dependientes de su esposo en el ámbito económico, podría decirse que para un número significativo de las maderenses (un total de 62.5%) el factor económico sí es un obstáculo para la realización del Papanicolaou y, con ello, para la efectiva prevención secundaria del cáncer cervicouterino.

Dado que el estatus o nivel socioeconómico es un indicador importante en la práctica laboral de todo estudio demográfico (como los realizados por el trabajador social), es preciso recordar que se define como “una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona, y de la posición económica y social, individual y familiar, en relación con otras personas.” [Vera–Romero. 2013]

Así, la posición que ocupe una mujer dentro de una estructura social jerárquica, en función de los ingresos percibidos por la ocupación que realice de manera cotidiana, influirá en su decisión de practicarse o no su Papanicolaou en laboratorios privados, cuyos precios dependen de su infraestructura, prestigio y ubicación.

Si una mujer sólo es ‘trabajadora doméstica’ en su hogar y no cuenta con ningún otro ingreso económico, más que el “gasto” que le da su marido, es probable que sea imposible cubrir la cantidad de dinero necesaria para pagar su prueba de tamizaje en laboratorios como *El Chopo* o *Médico Polanco*, donde el costo de la citología cervicovaginal y el estudio clínico colposcópico, aún en promoción, oscilan entre los \$429 y \$469 pesos, respectivamente.

CAPÍTULO V. LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que en el 2012 más de 83,000 mujeres recibieron un diagnóstico positivo y casi 36,000 fallecieron por su causa en América Latina. La Organización Mundial de la Salud sostiene que “si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030, en donde las tasas de mortalidad son tres veces más altas que en Norteamérica.” [<http://www.oms.org>]

Ante dichas cifras se vuelve indispensable abordarlo con una estrategia preventiva integral e interdisciplinaria. Ello implica centrarse en una educación para la salud sexual en adolescentes, la vacunación contra el VPH en chicas adolescentes; el tamizaje de las mujeres en edad de riesgo (más de 35) de desarrollar CACU, mediante la prueba de Papanicolaou, y el tratamiento de todas las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer invasor.” [<http://www.oms.org>]

Como problema sanitario “vinculado con la pobreza, que afecta a las mujeres más desprotegidas y a las comunidades con los mayores índices de marginación” [Bello Ortega, 2010], se convierte en un objeto de estudio tradicional para el Trabajo Social, ya que contribuye “a ampliar la visión de la atención integral, al tratar no sólo los problemas de salud que presenta un paciente, sino también los factores que pueden agravar o aligerar su enfermedad.” [Monrós y Zafra, 2012 en <http://www.san.gva.es>]

Por lo anterior, a continuación se hablará de la importancia de la intervención en el Trabajo Social, una disciplina de las Ciencias Sociales que se caracteriza por “la intervención social con sujetos concretos –individuales o colectivos– con un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción deviene de lo social y recae en lo social, precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto, problema, contexto.” [Tello, 2008]

5.1 LA INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL

Una de las clásicas definiciones del verbo ‘intervenir’, retomada del diccionario, es acción de tomar parte en un asunto, mediar o interceder por uno. Por tanto, situada ya “en el ámbito del Trabajo Social, la intervención está asociada a acciones sociales que buscan interferir, guiar o delimitar otras.” [Evangelista: 2009: 25] Asimismo, “es una acción racional, intencional, fundada en el conocimiento científico, que tiene por objeto desencadenar procesos de cambio social.” [Tello, 2008]

La misma autora también argumenta que “la intervención es un proceso intencional, tiene un inicio y un fin, acontece en un punto dado del presente, pero tiene un pasado que constituyó a la situación–problema en la que tiene lugar la acción y tiene un futuro en el que esa situación problema habrá sido modificada en relación a la tendencia que llevaba.” [2008]

El inicio del cáncer cervicouterino como tema de investigación para el Trabajo Social recae en su pasado como la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas, desde la década de los setentas hasta el 2006, cuando fue superado por el cáncer mamario. Tiene su presente en las cifras de incidencia que van en aumento, a pesar de que actualmente existen las condiciones infraestructurales para “la realización del tamizaje que conduzca al diagnóstico temprano y, consecuentemente, a una decisión terapéutica eficaz.” [Bello, 2010]

Tello [2008] plantea que “no es lo mismo conocer a un sujeto, que entender a ese sujeto en su relación con el problema o carencia que se atiende en un espacio y tiempo dados”, es decir, su contexto. En ese sentido, “la intervención en Trabajo Social puede contemplarse desde varias perspectivas, todas ellas complementarias:

- El Trabajo Social como respuesta a los conflictos de necesidades.
- El Trabajo Social como proceso para resolver problemas.
- El Trabajo Social como participación en las relaciones transaccionales.” [Tesoro: 2010]

Por relaciones transaccionales se entenderían aquellos procesos sociales y personales en donde lo biológico, lo psicológico y lo social determinan la adaptación continua en el periodo de la salud a la enfermedad y viceversa.

La interacción entre el individuo y su entorno durante la aparición y desarrollo de la enfermedad supone desajustes sociofamiliares, en los cuales la intervención del Trabajo Social aportaría alternativas para mediar esas dificultades, “estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.” [Monrós y Zafra, 2012 en <http://www.san.gva.es>]

Si “la relación personal es el principal instrumento de la intervención en Trabajo Social con individuos y familias” [Tesoro, 2010], es indiscutible que se trabaja con la población enferma y sus familiares, con la finalidad de comprender el entorno del paciente, su historia familiar y circunstancias financieras y laborales, como parte del diagnóstico que establecería el tipo de intervención a utilizarse. Así lo refiere Nelia Tello:

“El diagnóstico y la intervención articulan el proceso reflexivo de la práctica misma del Trabajo Social, son un ir y venir que se complementan y se orientan. El diagnóstico, como resultado de una investigación, parte de un planteamiento del problema que siempre tiene que darse, en este caso, desde lo social.

Toda intervención de Trabajo Social parte de un diagnóstico acerca de la unidad de trabajo o situación–problema. Llegar a la conclusión diagnóstica implica haber realizado una investigación que proporciona la información necesaria para estructurar la propuesta de intervención. El diagnóstico no es más que un cuerpo hipotético sobre la situación problema, y la intervención es la propuesta que se ofrece como alternativa de cambio social.” [Tello, 2008]

Debido a su larga historia natural, el cáncer cervicouterino facilita la intervención del trabajador social al permitir identificar los factores sociales, culturales y económicos que inciden en las actitudes de las mujeres en torno al Papanicolaou, la prueba de tamizaje que, de realizarse oportuna y adecuadamente, contribuiría a la disminución en su incidencia y mortalidad, además de ofrecer a las mujeres un pronóstico de vida más saludable.

En conclusión, “el Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar su carácter social.” [Monrós y Zafra, 2012 en sitio web: <http://www.san.gva.es>]

Si “definir la situación problema como la unidad de análisis y la intervención como unidad de trabajo es básica para el crecimiento de Trabajo Social como disciplina social” [Tello, 2008], un estudio cuali y cuantitativo sobre los factores del CACU adquiere un significado preciso, al pretender aportar una comprensión e interpretación de su incidencia en la calidad de la salud de las mujeres.

5.2 LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD

Desde 1905, en el Massachussets General Hospital, se implementó el primer servicio de Trabajo Social Sanitario, bajo la denominación de Servicio Social Médico. Su objetivo: “tratar las realidades, los hechos que, como consecuencia de la enfermedad, de su tratamiento, conforman el corolario social de las personas enfermas, de su familia o red íntima.” [<http://www.directivos.publicacionmedica.com>]

En sus inicios, “el Trabajo Social Sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias, debido a los cambios sufridos como consecuencia de la enfermedad y la muerte.” [<http://www.directivos.publicacionmedica.com>]

Desde entonces, los trabajadores sociales en salud se centran “en la prevención y el fomento de la salud a través de programas preventivos, aplicando la estrategia de detección de riesgo, identificando a las personas en riesgo social para cada programa.” [Monrós y Zafra, 2012 en sitio web: <http://www.san.gva.es>] Se cumple, por tanto, con la premisa de trabajar con sujetos concretos (para la presente investigación, las mujeres) en un contexto particular (la delegación Gustavo A. Madero).

En la práctica profesional, el Trabajo Social Sanitario se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario categorizado en atención primaria, atención sociosanitaria y atención especializada. Mediante sus campos de intervención, garantiza la toma responsable de decisiones “al procurar crear una actitud crítica acerca de las causas–efectos de los problemas sociales, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva, transformadora, que los supere.” [Kisnerman, 1990]

Indagar en los factores sociales, culturales y económicos que influyen en las mujeres en su decisión de practicarse o no su prueba de Papanicolaou, precisamente busca ir más allá de las cifras estadísticas proporcionadas por la OMS. Se pretende poner atención en las actitudes, creencias, hábitos o estereotipos que generan una aparente indiferencia hacia el cuidado de su salud sexual y, ante todo, fijar las bases para persuadirlas en la adopción de una postura activa que transforme su realidad social como seres vulnerables del cáncer cervicouterino por su misma condición genérica.

5.2.1 TRABAJO SOCIAL EN SALUD

De acuerdo con Kisnerman [1990], “el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias” entre la institución de salud, el profesional de dicha disciplina y los usuarios, cuyo objetivo reside en “conocer las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud–enfermedad.” [Monrós y Zafra, 2012 en <http://www.san.gva.es>] Por ejemplo:

- a) “...el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad, y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquéllos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando los que favorecen su logro.
- b) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

- c) Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.” [Kisnerman: 1990]

Formarse como trabajador social en salud representa, pues, participar activamente en la promoción, educación de los individuos, grupos y comunidades desde una perspectiva integral e interdisciplinaria “que ofrece nuevas posibilidades hacia una intervención de mayor impacto en la salud de la población, en espera de sistematizar las experiencias desarrolladas generando modelos de intervención para la acción social.” [Silva, 2009]

Entre las funciones que el trabajador social sanitario debe satisfacer como “pieza fundamental del diagnóstico y plan terapéutico de los problemas de salud de los individuos y de los colectivos sociales, aportando al quehacer sanitario, la visión de la complejidad social” [Monrós y Zafra, 2012 en sitio web: <http://www.san.gva.es>], se encuentran las siguientes definidos por Kisnerman [1990]:

a) DE PROMOCIÓN:

- ❖ “Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.
- ❖ Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

b) DE PREVENCIÓN:

- ❖ Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud. Así como las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- ❖ Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- ❖ Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

c) DE RECUPERACIÓN:

- ❖ Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.
- ❖ Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.”

Esta investigación cumple con las funciones de promoción y prevención que todo trabajador social debe realizar en el área de salud. Al identificar los factores que influyen en la percepción de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou, es posible comprender los motivos que las llevan a no practicársela y generar estrategias de intervención efectivas que contribuyan a cambiar sus ideas negativas en torno a un hábito de salud que podría salvarles la vida en un determinado momento.

La difusión informativa de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres también es una actividad del trabajador social sanitario; la cual, en el caso de la prevención integral del cáncer cervicouterino, se centraría en una educación para la salud sexual enfocada en el virus del papiloma humano. Su propósito: convencer a los padres de familia de permitir que sus hijas (de 9 a 13 años, especialmente) sean vacunadas contra dicho virus.

Otra tarea del trabajador social consiste en planificar, diseñar y ejecutar modelos de intervención de asesorías, dirigidos a ambos sexos y bajo la perspectiva de género; ya que al hacerlo no sólo se capacitaría a hombres y mujeres sobre la importancia de que éstas se realicen periódicamente su Papanicolaou, sino que se les prepararía para saber cómo actuar en caso de recibir un diagnóstico positivo de cáncer cervicouterino. Aún más cuando culturalmente, la mujer representa el pilar de toda familia, debido al rol social que se le ha acuñado como cuidadora de la salud de los demás, más que de la suya propia; siendo que la igualdad genérica aboga por una equidad en el trato de unos hacia otros.

En síntesis: “El perfil del trabajador social en el área de salud debe estar orientado a la investigación socio–médica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud–enfermedad, la administración de los servicios del Trabajo Social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y dinámica de grupos que le lleven a promover la organización de la población, a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.” [Silva, 2009]

CONCLUSIONES

De acuerdo con el planteamiento del problema y el objetivo general de la presente investigación, ambos se cumplieron al determinar cuáles son los factores sociales, culturales y económicos que influyen en la práctica del Papanicolaou en mujeres de la delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal; los cuales comenzaron a hacerse visibles desde el análisis de la técnica de investigación cualitativa (*focus group*) y se corroboraron con las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados en la fase cuantitativa.

A continuación la lista de esos factores sociales, culturales y económicos sobre los que todo trabajador social debe enfatizar, desde la Perspectiva de Género, para elaborar programas de intervención con mayor impacto en la población vulnerable, con el propósito de promover una verdadera participación activa y consciente.

A) FACTORES SOCIALES

- 5 Necesidad de Educación para la Salud
- 6 Necesidad de mayor difusión de campañas preventivas en la GAM
3. Desconfianza en las instituciones de seguridad social
4. Preferencia por la práctica del Papanicolaou en instituciones privadas
5. Conocimiento parcial de medidas preventivas
6. Conocimiento parcial sobre factores de riesgo
7. Falta de profesionalismo en la práctica del Papanicolaou
8. Seguridad Social
9. Nivel socioeconómico

En los tres focus group realizados, las mujeres coincidieron en que los tres primeros factores influyen de forma negativa en la práctica del Papanicolaou, porque al no existir una educación no formal sobre sexualidad en la familia (basada en la comunicación y confianza entre padres e hijos, alejados de tabúes), no sólo se reproduce una desinformación entre las nuevas generaciones, sino también hábitos perjudiciales para la salud, como sería no acudir a revisiones constantes con el ginecólogo desde el inicio de la vida sexual.

En tanto, consideran que la falta de difusión de campañas preventivas en la delegación Gustavo A. Madero es un reflejo del desinterés de las autoridades, por promover estrategias que podrían contribuir también a formar en las mujeres una consciencia sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Salvo cuando esas campañas se traducirían en números estadísticos que, al referir a una cierta cantidad de citologías realizadas, igualmente les beneficiaría para su popularidad.

Asimismo, la desconfianza en las instituciones de seguridad social es una percepción constante de las maderenses que como derechohabientes se han forjado, debido a las experiencias vividas durante la práctica de su Papanicolaou; las cuales se caracterizan por una deficiencia en la calidad de la atención, desde la toma de la muestra hasta la entrega tardía de resultados que, en caso de tener un diagnóstico positivo de lesión intraepitelial, obstaculizaría el inicio del tratamiento.

De los factores sociales que, por el contrario, juegan a favor de la práctica del Papanicolaou en las mujeres de la delegación Gustavo A. Madero estaría el nivel socioeconómico; pues, por un lado, muestra esa independencia que el sexo femenino ha alcanzado en la actualidad al convertirse en su propia “jefa”, gracias al autoempleo y la autonomía para actuar a favor de su salud sin subordinarse a su pareja. Además indica que están conscientes de la gravedad del cáncer cervicouterino como problema de salud pública, que puede afectar a cualquier mujer sin importar su condición socioeconómica.

B) FACTORES CULTURALES

10. Percepción de vulnerabilidad general
11. Participación de la pareja en la práctica del PAP
12. Falta de cultura preventiva
13. Experiencias y creencias adversas en la práctica del PAP
14. Tipo de identidad genérica

Los factores culturales que juegan a favor de la práctica del Papanicolaou son la percepción de vulnerabilidad general, sobre todo la asociada a la vida sexual y el riesgo de infectarse del virus del papiloma humano, por un ejercicio promiscuo de la sexualidad masculina y femenina. Así como la participación de la pareja al acompañar a su mujer a realizarse la citología cervicovaginal, mostrar un interés por saber más sobre el cáncer cervicouterino y a través de una solidaridad que se expresa en respetar la abstinencia sexual previa al estudio para no alterar los resultados.

Mientras que la falta de cultura preventiva influye negativamente en las maderenses y la decisión de realizarse su PAP, porque al tener arraigados hábitos familiares que van en contra de un cuidado responsable de la salud, promueven actitudes y comportamientos adversos cuya base es la desinformación transmitida de generación en generación. Creencias que a su vez fomentan un temor ‘natural’ al cáncer cervicouterino estigmatizándolo como un padecimiento mortal sobre el que ‘ya nada puede hacerse’.

C) FACTORES ECONÓMICOS

15. Apoyo Económico de la Pareja

16. Costos de estudios

Ninguno de estos dos factores económicos influye de forma negativa en la práctica del Papanicolaou, ya que si bien los costos de los estudios preventivos para el CaCu son medianamente altos en los laboratorios privados, la realidad nos habla de mujeres cuyo rol supera al de la madre–esposa para evolucionar al de una trabajadora que tiene la capacidad de solventar sus gastos sin depender del esposo.

Con las respuestas obtenidas tras la aplicación de cuestionarios en la fase cuantitativa, se corroboró la influencia negativa de ciertos factores sociales, culturales y económicos categorizados en la fase cualitativa, por ejemplo:

- La falta de comunicación entre padres e hijos (90%)
- La necesidad de una Educación para la Salud relacionada con el fomento del uso del preservativo para evitar infecciones por el virus del papiloma humano. (93.5%)
- Necesidad de mayor difusión de campañas preventiva en la delegación Gustavo A. Madero (81%)
- La entrega tardía de los resultados en el IMSS o el ISSSTE. (56.5%)
- La falta de calidad de la atención al recibir un mal trato del médico durante la práctica del Papanicolaou (49.5%)
- La creencia del cáncer como sinónimo de muerte (45%)

Respecto a los factores que influyen de manera positiva para la práctica del Papanicolaou pueden citarse los siguientes:

- Percepción de protección por pertenecer a un nivel socioeconómico alto (Nunca 84%)
- Percepción de vulnerabilidad por promiscuidad sexual masculina y/o femenina (Siempre y Casi siempre, 61%)
- Interés de la pareja por temática del cáncer cervicouterino (Siempre y Casi siempre, 54.5)
- Solidaridad mediante la abstinencia sexual (Siempre 69.5%)
- Percepción de protección por ejercer el rol de madre–esposa (Nunca, 78.5%)
- La no realización de estudios por darle prioridad a otras actividades propias del rol madre–esposa (Nunca, 73%)

Sin embargo, hubo factores culturales que no concordaron con los descritos por las maderenses en los focus groups, como negativos en la prevención del CaCu:

- Vulnerabilidad asociada a la vida sexual, en particular, el inicio precoz de relaciones sexuales (A veces, 31%)
- Experiencias adversas en la práctica del Papanicolaou que generen sentimientos como la pena, la incomodidad y el miedo. (A veces, 27.5%)
- Temor a padecer cáncer cervicouterino, es decir, recibir un diagnóstico positivo. (Nunca, 64.5%)

SUGERENCIAS

- Es preciso orientar a los padres de familia sobre la aplicación de vacunas profilácticas contra el VPH en instituciones de salud pública como el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud, donde no implica ningún costo.
- Dado que el método básico del Trabajo Social se centra en la interrelación entre el individuo y su entorno, resulta imprescindible que haya una mayor difusión informativa del cáncer cervicouterino. De modo que la labor del trabajador social se concentre en “capacitar a las personas para que puedan asumir el papel de sujetos y asimismo tener una actitud transformadora” [2009], al enfocarse en las estrategias de promoción mediante la “elaboración, ejecución y valoración de programas de divulgación de factores que inciden sobre la salud.” [2009]
- Es necesario informar adecuada y precisamente sobre los procedimientos de la colposcopia y el Papanicolaou, como medidas preventivas del cáncer cervicouterino una vez iniciada la vida sexual, sin importar la edad en la cual se haya dado. Además de elegir el medio idóneo para promover su práctica gratuita en los llamados ‘medibuses’ del programa *Cuídate*, implementado por la delegación desde 2012.
- Sería importante que a médicos, enfermeras y residentes se les capacitara para sensibilizarlos sobre el respeto y la comunicación que debe existir entre ellos y su paciente, pues juntos establecen una interacción que “permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud, y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes.” [Sitio web: <http://www.institutoroche.es>] De modo que desde un inicio y hasta el final, efectúen el procedimiento del Papanicolaou con un buen tacto, debido a la sensibilidad que se tiene en esta parte íntima del cuerpo.

*** REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. Carolina Wiesner-Ceballos, Marcela Vejarano-Velandia, Juan C. Caicedo-Mera, Sandra L. Tovar-Murillo y Ricardo Cendales-Duarte.

Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. Silvia Lamadrid Alvarez.

Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. Rosario Valdés Caraveo.

Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. Ulises Trejo Amador, José Arturo Granados Cosme, Luis Ortiz Hernández y Guadalupe Delgado Sánchez.

Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Lina Sofía Palacio-Mejía, Eduardo Lazcano-Ponce, Betania Allen-Leigh, y Mauricio Hernández-Ávila.

Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, México. Raúl Aguirre Hernández, Leopoldo Medina Carrillo, Héctor Montoya Fuentes, José Guadalupe Sandoval López, Miguel Padilla Rosas, Valentín García Silva, Armando Jáuregui Martínez.

Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad de Buenos Aires. Nanci Giraudó, Vilda Discacciati, Karina Bakalar, Natalia Basualdo y Claudia Dreyer.

El cáncer cervicouterino: el nivel de conocimiento, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México. Aideé C. Arellano Ceballos y Ma. Guadalupe Chávez Méndez.

Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación. Patricia Aranda G., Ma. del Carmen Castro.

Intervenciones dirigidas a mujeres para alentar la captación en el tamizaje cervical.
<http://apps.who.int/rhl/gynaecology/cancer/mjgcom/es/index.html>