

Aspectos socioculturales de la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Estudio en dos Unidades de Medicina Familiar IMSS, Hermosillo, Sonora

Patricia Aranda G.*

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación es una primera reflexión sobre el material etnográfico recopilado en una investigación sobre las prácticas y representaciones sociales relacionadas con la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acuden al servicio de medicina preventiva para realizarse la prueba de Papanicolaou. El estudio se llevó a cabo en dos Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

La práctica de detección oportuna de cáncer (DOC) de las mujeres es compleja, ya que incluye diversos elementos socioculturales. Entre otras cosas, se requiere tener acceso a las instituciones de salud pública o privada o, de alguna manera, tener contacto con personas capacitadas para la

* Profesora-investigadora de El Colegio de Sonora.

toma de una citología del cuello de la matriz, lo que a su vez implica contar con los recursos económicos para pagar el transporte, así como disponer de tiempo y permiso en el trabajo, en caso de ser trabajadoras; apoyo de redes familiares o vecinales para el cuidado de los hijos, ancianos y trabajos del hogar; información sobre la importancia de la prueba y certeza de la necesidad de realizarla en su caso; información precisa sobre la periodicidad adecuada en su caso; confianza en la calidad y calidez del servicio médico, lo cual incluye confianza en la discreción de la información de quienes toman la muestra sobre cualquier resultado.

El hecho de que una mujer acuda regularmente a la DOC implica vencer diferentes barreras. Una de las más importantes es el miedo a que el resultado sea positivo, debido a que por lo general no se cuenta con información clara sobre la posibilidad de tratamientos del cáncer de cérvix. Al mismo tiempo y con la misma magnitud, como resultado de los procesos de socialización, las mujeres enfrentan la vergüenza, el pudor o la pena de mostrar su cuerpo. Los genitales femeninos no son nombrados y las mujeres no tienen información anatómica clara sobre su morfología. Sus saberes sobre el cuerpo en este sentido se construyen en un entramado compuesto por las representaciones socialmente compartidas sobre el mismo y sus experiencias personales de sexualidad y de atención a la salud.

En este trabajo describimos de manera breve el problema de la mortalidad por cáncer cervicouterino de las mujeres en nuestro país, para centrarnos posteriormente en el análisis de la relación que se establece entre el personal de enfermería y las mujeres durante la rutina de la toma de la muestra para la prueba de Papanicolaou.

El proyecto de investigación mencionado con anterioridad tiene un avance de 70% en la actualidad. Se realizó trabajo etnográfico durante cuatro meses, dos en cada Unidad de Medicina Familiar, en que se observó la relación entre

enfermeras y usuarias; también se hicieron entrevistas grupales con médicos y enfermeras; se aplicó un cuestionario a una muestra de 100 mujeres que acudieron al servicio médico y se logró contactar a las que asisten a consulta pero que tienen una práctica de primera vez, regular, esporádica o nula de la prueba de Papanicolaou gracias al apoyo de las asistentes médicas que laboran en el instituto. Se realizaron entrevistas semiestructuradas posteriores a la toma de la muestra, y en la actualidad se están llevando a cabo entrevistas semiestructuradas en el hogar.

El cáncer cervicouterino

El cáncer del cuello del útero es considerado un problema de salud pública en el mundo, pues es el segundo más común en las mujeres, después del cáncer de mama. La mayoría de los casos (80%) proviene de países clasificados como en vías de desarrollo. Las tasas de incidencia más elevadas se ubican en África, en Latinoamérica y en algunos lugares de Asia, mientras que las más bajas se encuentran en el norte y sur de Europa, en Estados Unidos, Canadá y en el Medio Oriente (Muñoz, Nubia, 2000:144), lo cual lo asocia con condiciones de pobreza, bajos niveles de educación y escasa accesibilidad a servicios.

Los datos de la Secretaría de Salud en México nos señalan que en todo el país el cáncer es la primera causa de muerte en las mujeres a partir de los 25 años (cuadro 1). Es decir, dentro de los diferentes tipos de cáncer, a partir de esta edad, el cervicouterino ocupa el primer lugar.

En el cuadro podemos observar cómo las principales causas de mortalidad desde los 25 años de edad son distintas si las analizamos por sexo. Diferentes factores sociales y culturales se entretajan con los biológicos para darnos este panorama en el que los hombres jóvenes mueren más por

accidentes, agresiones, VIH y alcoholismo, mientras que la muerte por cáncer ocupa el primer lugar en el caso de las mujeres, seguida por accidentes y problemas durante el embarazo, parto y puerperio.

Los datos de mortalidad de 1995 nos hablaban ya de 4 357 defunciones en nuestro país, con una tasa de 21.5 por 100 mil mujeres mayores de 25 años. Los estados más afectados fueron Nayarit, Colima, Yucatán, Michoacán y Veracruz. Por otra parte, Nuevo León, Baja California Sur, Baja California, Quintana Roo y Durango presentaron tasas más bajas que el promedio nacional (IMSS, 1998:6-7).

Cuadro 1

Las cinco principales causas de mortalidad por sexo en personas de 25-34 años. México, 2001

Orden	Hombres	Mujeres
1	Accidentes De tráfico de vehículos de motor	Tumores malignos Del cuello del útero De la mama
2	Agresiones	Accidentes De tráfico de vehículos de motor
3	Enfermedad por VIH	Embarazo, parto y puerperio
4	Enfermedades del hígado Enfermedad alcohólica del hígado	Enfermedades del corazón
5	Tumores malignos Leucemias De testículo	Diabetes mellitus

Fuente: INEGI (2002), *Estadísticas demográficas*, Cuaderno no. 14, pp. 145-146.

Hasta el momento no se conoce con certeza todo lo relacionado con el cáncer cervicouterino, pero se han establecido asociaciones consistentes con factores presentes en la mayor parte de las mujeres que lo presentaron. Entre los más importantes se encuentra el virus del papiloma humano (VPH). Se han identificado más de 70 tipos de este virus, pero de ellos sólo 20 afectan el tejido de los genitales y provocan lesiones celulares que pueden evolucionar hasta convertirse en cáncer. Se sabe que alrededor de 90% de los cánceres del cuello uterino se relacionan con la presencia del VPH (Muñoz y Bosch, 2000:143), sobre todo el VPH 16, el 18, el 45 y el 31. Los vínculos que se presentan en los estudios son consistentes en países con alto y bajo riesgo de cáncer del cuello uterino. La forma de transmisión de este virus es por medio de las relaciones sexuales, y los portadores masculinos desempeñan un papel importante en la transmisión de la enfermedad. También se ha señalado la asociación positiva de la enfermedad con el nivel educativo de las mujeres y de sus parejas masculinas (Muñoz y Bosch, 2000:145). Es necesario considerar que el VPH no tiene un comportamiento similar al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). No es causa única ni suficiente para que se manifieste la enfermedad, sino que se requiere de la existencia de otros factores.

Factores relacionados con el cáncer cervicouterino

El Programa de Detección Oportuna de Cáncer en el IMSS señala los factores que incrementan la probabilidad de que se presente este problema. En este sentido, la "Guía de comunicación educativa" (IMSS, 1998a: 12) y la "Guía para laboratorios de citología cervical" (IMSS, 1998: 8) mencionan como principales los siguientes:

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

Cuadro 2
Tipos de diagnósticos en diferentes sistemas de clasificación

Descriptiva	NIC*	Sistema Bethesda	Papanicolaou
Normal	Normal	Normal	Clase I
Negativo con inflamación	Atipia	CEASND**	Clase II
Displasia leve	NIC*I	LEI***de bajo grado o VIP	Clase III
Displasia moderada	NIC II	LEI de alto grado	Clase III
Displasia severa NIC III		LEI de alto grado	Clase III
Carcinoma <i>in situ</i> (CIS)	NIC III	LEI de alto grado	Clase IV
Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Clase V
E invasor	E invasor	E invasor	

*NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

**CEASND: células escamosas atípicas de significado no determinado (en inglés, *atypical squamous cells of undetermined significance*, ASCUS).

***LEI: lesión escamosa intraepitelial (en inglés, *squamous intraepithelial lesion*, SIL).

Fuente: IMSS (1998c: 23).

La enfermedad puede pasar por diferentes etapas o procesos, mismos que han sido clasificados utilizando diferentes sistemas y nombres, los cuales se describen en el siguiente cuadro. Sin embargo, es necesario aclarar que su recorrido no es lineal, pues la enfermedad puede retroceder por sí sola, de tal manera que no todas las displasias evolucionan hasta convertirse en cáncer; aproximadamente 35% desaparece espontáneamente, 20% se mantiene en forma estacionaria y 45% progresa hacia el cáncer (IMSS, 1998a: 9).

Un diagnóstico de inflamación, displasias o carcinoma *in situ* es considerado como 100% tratable y curable. Si se trata de cáncer invasor y se encuentra en estadio inicial, se requiere tratamiento y se tienen altas posibilidades de curación. De encontrarse en una etapa avanzada, posiblemente se deba recurrir a técnicas de radioterapia o quimioterapia. Recordemos que no todas las displasias evolucionan hasta convertirse en cáncer, a lo que habría que añadir que el proceso entre una displasia severa y un cáncer invasor puede durar desde uno hasta 14 años. Son procesos largos que requieren de un seguimiento de detección que varía de acuerdo con la edad, por lo que la normatividad relacionada con el cáncer cervicouterino señala que las mujeres mayores de 25 años con vida sexual activa o que hayan iniciado sus relaciones sexuales antes de esta edad han de comenzar una práctica de la prueba de Papanicolaou. La primera vez que se tome la muestra, si sus resultados son negativos, se pide que se repita la prueba al siguiente año (subsiguiente), y si se obtiene el mismo resultado, se recomienda que la prueba se realice cada tres años (*Diario Oficial*, 6 marzo 1998: 34). La necesidad de este reconocimiento inicial se debe, en parte, a las fallas detectadas en 1996 en la calidad del servicio en nuestro país, sobre las cuales se ha estado trabajando, y a los límites de error de la prueba misma (Lazcano *et al.*, 1996).

La edad promedio en la que se han detectado de manera más frecuente los primeros cambios en las células, conocidas en el lenguaje médico como displasias, es como se describe a continuación (IMSS, 1998d: 6-7).

Cuadro 3

Diagnósticos de acuerdo con la edad

Diagnósticos	Edad promedio (años)
Displasias leves	25-30
Displasias moderadas	30-35
Displasias graves o cáncer <i>in situ</i>	35-45
Cáncer microinvasor	45-50
Cáncer invasor	50 en adelante

Fuente: IMSS (1998c: 23).

En 1996, en todo el país, el IMSS registró 3 139 casos y 1 208 defunciones por cáncer cervicouterino, datos que confirmaron entonces un comportamiento estacionario de la morbilidad y mortalidad en la población derechohabiente en los últimos 20 años. Su persistencia como un problema de salud prioritario fue explicada, entre otros aspectos, por una cobertura de detección insuficiente, así como por fallas en la organización del programa y en la capacidad resolutive de la atención médica. Una de las razones por las que no es posible la evaluación del programa es la ausencia de un sistema de vigilancia que proporcione los datos necesarios para la identificación sistemática y oportuna de problemas y desviaciones. (IMSS (1998d: 6-7). Es decir, durante los últimos veinte años, el cáncer cervicouterino se ha mantenido como la primera neoplasia más frecuente en la población femenina derechohabiente del IMSS. La tendencia de la morta-

lidad por esta causa no varió en la población derechohabiente, sino que se mantuvo dentro de un rango de 6.4 a 9.3 defunciones por 100 mil mujeres derechohabientes usuarias.

Esta situación llevó a investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública a realizar una serie de evaluaciones sobre el Programa (Lazcano *et al.*, 1996) utilizando métodos cuantitativos y cualitativos para identificar los principales problemas para disminuir la mortalidad.

Entre los factores de riesgo de cáncer cervicouterino identificados en el estudio de casos y controles realizado en la Ciudad de México, se encontró que los principales fueron la multiparidad vaginal (más de dos hijos), la historia de dos o más parejas sexuales, la edad temprana del inicio de la vida sexual y el nivel socioeconómico bajo, como el grupo que muestra mayor predominancia en la enfermedad. Se señala que existe un efecto protector significativo en los niveles socioeconómicos medio y alto. La presencia del virus del papiloma humano (VPH), sobre todo los subtipos 16 y 18, llega a incrementar hasta siete veces más el riesgo de la enfermedad (Lazcano *et al.*, 1996:380).

Estudios en Sonora sobre el cáncer cervicouterino

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

Salazar, 2001: 58). La de Sonora, para 1999, fue de 99.55% (Álvarez, 2001: 19), y actualmente se trabaja con indicadores del programa de calidad, cuya oportunidad y eficacia está en proceso de evaluación temprana.

El promedio de escolaridad reportado por la Secretaría de Educación y Cultura de Sonora es de 8.5 grados de estudio, uno más respecto al promedio nacional. Las mujeres sonorenses tienen en promedio 8.0 grados y los hombres 8.5.

En 1990, la seguridad social cubrió a 66.2% de la población. En 1995 se registró una disminución a 53.4% vinculada con los problemas económicos de este año, principalmente con el cierre de fuentes de trabajo. En el caso del IMSS, la cobertura de 1990 fue de 56%, mientras que en 1995 disminuyó a 41.2%. Para este mismo año, el IMSS registró, en todo el país, una cobertura de 47.5% (Castro y Salazar, 2001:59); en 1999 hubo una cobertura del IMSS cercana a 60% en Sonora (Álvarez, 2001:20).

El trabajo del Dr. Romero Cancio nos señala que para Sonora, la cobertura del programa de DOC se planteó como meta un 25% de lo que sería la población a la cual va dirigido. La Delegación del IMSS en el estado reporta que entre 1991 y 1995 se logró una cobertura de 23.4%, dos puntos por debajo de la cobertura nacional, que fue de 25.3% (Romero Cancio, Guiscafré y Santillana, 1997: 228). El mismo estudio, con relación a los factores que fomentan la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, informa que quienes menos asisten a la prueba son mujeres menores de 35 años o mayores de 54, las cuales tienen una escolaridad menor a los 10 años aprobados, viven a más de 30 minutos de la Unidad y desconocen la prueba de Papanicolaou. En este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de un esposo o compañero. La escolaridad tuvo un comportamiento varia-

do. La ocupación no mostró asociación significativa, tampoco las condiciones de vivienda, el costo del transporte, el tiempo de espera para entrar al consultorio de Detección Oportuna de Cáncer, el tiempo de espera para la toma de la muestra para la prueba de Papanicolaou dentro del consultorio, el número de personas presentes al momento de la toma, pero sí la presentó el conocimiento acerca de la prueba de Papanicolaou y la lejanía de las unidades de salud (Romero Cancio, Guiscafré y Santillana, 1997: 228-229).

En el estudio sobre cáncer cervicouterino en la frontera México-Estados Unidos (Denman *et al.*, 1999) participaron 2400 mujeres de 15 años o más, que viven en la frontera de Arizona y Sonora. Se encontró una incidencia de 7.5 entre las personas no hispanas blancas (la tasa entre hispanas es la segunda tasa más alta en los Estados Unidos, antecedida solamente por las mujeres vietnamitas). Se menciona que en México la tasa más alta de muerte en mujeres mayores de 25 años fue de 21.5 por 100,000, mientras que en Sonora fue de 22.98. En todo el país, las muertes corresponden en 41% a población abierta; es decir, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública, mientras que 43.2% fueron derechohabientes del IMSS. Se informa que las tasas de mortalidad se incrementaron en 387.8% entre 1990 y 1995, de 6.88 en 1990 a más de 34 en 1995, vinculadas a una mejor captación de información.

En el mismo estudio se da a conocer que las mujeres en la frontera están familiarizadas con el examen de Papanicolaou y tienen información sobre el cáncer cervicouterino, pero esto no significa que acudan regularmente a la prueba. Las mujeres de más edad fueron la excepción debido a que en su mayoría pensaban que después de la menopausia ya no era necesario el examen. La condición de migrantes ilegales provoca desconfianza en las mujeres para acudir a las clínicas en Arizona. Mientras que en México el acceso al servicio médico es un derecho constitucional, lo cual no niega

diferencias en la calidad del servicio al que se puede tener acceso, en Arizona de entrada es la cuestión de recursos socioeconómicos lo que limita el acceso. (Denman *et al.*, 1999:48)

En el estudio de Castro y Salazar sobre los elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino, se informa sobre la aplicación de una encuesta a una muestra representativa del sector medio y popular en la ciudad de Hermosillo, Sonora, que se diseñó después de la realización de cuatro entrevistas grupales para posteriormente llevar a cabo entrevistas a fondo (Castro y Salazar, 2001).

Las autoras señalan que en el intervalo de 25 a 55 años de edad, 11.5% de mujeres dijeron tener una práctica inexistente del examen de Papanicolaou, 48.6% reconocieron tener una práctica inadecuada y 39.6% una práctica adecuada.* Entre quienes utilizaron el IMSS, más de 70% manifestó tener una percepción positiva o muy positiva de la prueba de Papanicolaou (Castro y Salazar, 2001:78).

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

* Por práctica inexistente se entiende la de las mujeres que nunca se han hecho el examen de Papanicolaou; inadecuada, la de quienes se lo practican con una periodicidad de dos años y/o tienen más de dos años sin practicárselo, y/o cuando iniciaron la práctica del examen después de varios o todos los hijos.

básica en 63% de la muestra. Es decir, las mujeres han oído hablar de la prueba de Papanicolaou y saben que se relaciona con la detección del cáncer. Establecen este vínculo de manera poco clara, pues declararon tener poca o nula información sobre el proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a) (Castro y Salazar, 2001:67).

Las mujeres de la muestra expresaron haber acudido a su último examen "porque ya les tocaba" en 51.9% en el caso de las mujeres del sector popular y de 73.6% en el caso del sector medio. En el estudio se realizaron entrevistas en profundidad a ocho mujeres con base en las cuales se interpreta que su actitud frente a la detección oportuna es, en general, de resistencia a la prueba, lo que, según las autoras, tiene que ver con una cultura del cuerpo y de la salud, así como con valores creados en torno a la sexualidad y el matrimonio. Finalmente, el estudio apunta que la mayor parte de la información sobre el proceso de s/e/a del cáncer cervicouterino y de la prueba de Papanicolaou lo ha recibido en las instituciones médicas.

El Programa de DOC en el IMSS

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes toman la muestra para la prueba de Papanicolaou son las enfermeras, y en las Unidades Médicas Familiares (UMF) analizadas hay un área dedicada a ello como parte del espacio destinado a Medicina Preventiva.

Según el plan de acción (IMSS, 1998), el objetivo del Programa de Detección Oportuna de Cáncer es normar los procedimientos para disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical en la población derechohabiente del IMSS, mediante la detección y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cáncer en etapas tempranas. Entre sus metas se encuentra promover la detección del cáncer cervi-

cal en el 100% de la población derechohabiente femenina de 25 años y más, por medio de la educación para la salud, la promoción de la salud, así como de la participación social y comunitaria. Se plantea evaluar el programa en forma continua y permanente en todas las unidades médicas con actividades de vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervical.

En los servicios de primer nivel, el programa de DOC incluye la participación de los directores de las unidades médicas familiares, los jefes de educación médica, el jefe de medicina familiar, las enfermeras de atención materno-infantil, la trabajadora social, las enfermeras, los promotores de salud, los técnicos de atención y orientación, los técnicos en seguridad industrial, las asistentes médicas, los médicos familiares, los epidemiólogos, las enfermeras especialistas en salud pública, las auxiliares de enfermería en salud pública, las auxiliares universales de oficinas de salud comunitaria y las coordinadoras de asistentes médicas.

Según el *Manual de procedimientos* (IMSS, 1998e), las auxiliares de enfermería en salud pública son quienes reciben a las mujeres, les informan en qué consiste la prueba de Papanicolaou, realizan el procedimiento para la toma y explican a las usuarias lo que deben hacer de acuerdo con los resultados.

La "Guía para la detección" (IMSS, 1998a) se refiere a la relación entre usuarias y enfermeras de la siguiente manera:

El éxito de un programa de detección depende no sólo de alcanzar altas coberturas, sino mantenerlas [...] el personal que toma la muestra y proporciona orientación a las mujeres juega un papel muy importante en la adherencia de la población femenina a los programas de detección periódica, por lo que es necesario contar con personal capacitado, amable y con alta disposición.

El estudio se ha centrado principalmente en reconstruir la relación que se establece entre mujeres derechohabientes y personal de enfermería. Se considera la información proveniente de las mujeres usuarias del servicio médico, así como de los médicos y paramédicos de la institución que se relacionan de manera directa con el programa de DOC. Si bien el estudio incluye diferentes técnicas de recolección de datos (las cuales se mencionan en el siguiente cuadro), la información que presentamos es un análisis preliminar de las transcripciones de 21 pruebas de Papanicolaou de la UMF "A", considerándose a la par algunos elementos del diario de campo que será necesario ampliar con las transcripciones de las UMF "B" y la triangulación de la información del cuestionario y entrevistas en el hogar.

Técnicas de recolección de datos utilizadas en el estudio

- Cuestionarios aplicados con muestreo aleatorio/sistemático a 100 mujeres que acudieron a Medicina Preventiva para la prueba de Papanicolaou.
- Etnografía en los servicios de Medicina Preventiva (4 meses trabajo de campo).
- Entrevistas a médicos, enfermeras, trabajadora social y asistentes médicas.
- Entrevistas semiestructuradas a las mujeres que acudieron a la toma subsecuente de la prueba en la UMF "A".
- Entrevistas semiestructuradas en el hogar, selección por tipo de práctica (práctica nula, primera vez, regular y esporádica) y edad.
- Información de contexto.

La forma en que se lleva a la práctica el programa de detección oportuna de cáncer (DOC) en dos Unidades Médicas Familiares del IMSS varía en los siguientes aspectos: a) la información que se da a las mujeres durante la prueba de

Papanicolaou, b) la duración de la toma, c) los requisitos solicitados para tomar la muestra; d) las indicaciones para tomas subsecuentes; e) los espacios; f) la utilización de materiales de promoción sobre la detección oportuna; g) el número de auxiliares de enfermería y enfermeras dedicadas a la toma; h) los criterios de definición de casos considerados anormales en los resultados que ameritan que se busque a las mujeres para una revisión más especializada; i) los servicios ofrecidos a las derechohabientes en sus centros de trabajo.

Requisitos solicitados por el personal de enfermería

En el manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical de la Secretaría de Salud en México se señala una sola causa de contraindicación para dicha toma: la presencia de menstruación. En la práctica observada, encontramos que cuando una mujer acude a solicitar el examen en el IMSS, el personal de enfermería de Medicina Preventiva le señala que para que se le pueda tomar la muestra necesita estar "en condiciones", lo que significa que haya pasado una semana empezando a contar desde el último día de la menstruación; no haber utilizado medicamento por vía vaginal; no haber tenido relaciones sexuales las últimas 48 horas (en otras ocasiones se pide 24) y su baño diario "normal". Las indicaciones que dan las enfermeras a las mujeres no incluyen las modificaciones recientes referidas a los requisitos que la Secretaría de Salud y el IMSS señalan en sus documentos como necesarios para la práctica del examen de Papanicolaou. En el siguiente cuadro podemos ver las diferencias entre lo que normativamente se pide y lo que en la práctica sucede. Las rutinas institucionales y las prácticas de atención cambian más lentamente que las normas y responden a negociaciones con las usuarias y entre las diferentes formaciones y experiencias del personal que está a cargo del programa en lo cotidiano.

Cuadro 4
Condiciones requeridas a las solicitantes
de la prueba de Papanicolaou, según institución

SSA	IMSS	UMF "A"	UMF "B"
No estar menstruando	No estar menstruando	7 días después del último día de menstruación	No estar menstruando
	No estar bajo tratamiento con óvulos vaginales	No utilizar medicamento vaginal	No relaciones sexuales la noche anterior (no siempre solicitado)
		No relaciones sexuales 48 o 24 horas previas	
		Baño diario normal	

Fuente: elaboración propia con base en IMSS (1998c 14), y entrevistas en las UMF.

Información sobre subsecuencia

De los 21 exámenes de Papanicolaou observados y audio-grabados, sólo en cuatro se dio información sobre subsecuencia. En México, la norma oficial establecida por el gobierno federal y la Secretaría de Salud señala que la citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer (Secretaría de Salud, 1998).

Cuadro 5

Subsecuencia recomendada de la prueba de Papanicolaou, según institución

SSA/IMSS	UMF "A"	UMF "B"
Cada tres años, en mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a VPH o cáncer	Mínimo cada dos años, cuando hay dos consecutivas con resultados negativos a cáncer	Anual cuando hay resultados negativos a cáncer o VPH

Fuente: elaboración propia con base en IMSS (1998c: 14) y entrevistas en las UMF.

Información sobre el procedimiento

La información que se da sobre el procedimiento varía de acuerdo con la edad de las mujeres; se tiene más cuidado cuando son jóvenes y es la primera vez que se realizan la prueba. Cuando las usuarias lo han hecho con anterioridad, se da por supuesto que "saben a qué van" y el personal de enfermería no da mucha información al respecto.

En contadas ocasiones, sólo en siete de los 21 exámenes analizados, hubo alguna breve explicación.

Durante la realización de la prueba en una de las UMF, las enfermeras avisaron a las mujeres, de manera consistente, como parte de la rutina, que se les introduciría un aparatito o espejo en "sus partes" para tomar la muestra. Lo enseñan brevemente y de lejos cuando la mujer ya está en la mesa de exploración.

Información sobre factores de riesgo

En ninguno de los consultorios de Medicina Preventiva de las dos clínicas se brinda información sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino a las mujeres; ni durante la toma de la muestra ni en los momentos previos a la misma.

Información sobre resultados

Por lo general, los resultados de las pruebas citológicas llegan después de transcurrido un mes. La información puede recogerla la mujer, quien por lo general pregunta al personal de enfermería por los resultados. Si no acude por ellos, el documento va directamente a su expediente para que el médico le informe durante la consulta. Durante la prueba de Papanicolaou, las enfermeras hacen algunos comentarios sobre úlceras, inflamaciones, infecciones y problemas de hongos. Le sugieren, si lo amerita el caso, que acuda a su médico antes de recibir sus resultados para que le den tratamiento o bien mande llamar a su médico familiar para que observe el caso.

Durante las tomas de las muestras observadas y grabadas, cuando se dio alguna explicación sobre la inflamación, úlceras o infecciones, no queda claro si existe alguna relación con el cáncer. En las entrevistas en el hogar de estas mujeres se manifestó confusión de esta relación, lo cual

hace vivir los tratamientos de estos problemas con la angustia de estar cercana a tener cáncer.

En la clínica "A", la entrega de resultados y cualquier comentario o canalización de las mujeres con el médico se realiza dentro del consultorio de medicina preventiva. Sin embargo, en la UMF "B" los resultados se entregan en la ventanilla de recepción de esta área, misma que se encuentra frente a la sala de espera y donde hay siempre mucha gente cerca. La indicación del personal de enfermería sobre la necesidad de ir con el médico no guarda la confidencialidad que las mujeres requieren.

Lo que no se nombra del cuerpo

Durante la interacción que se produce al tomarse la muestra, el personal de enfermería nunca nombra la vagina o labios sino que se refiere a ellos como "su parte", "ahí"; en contadas ocasiones nombran el cuello de la matriz o cérvix. Cuando se refiere a que un cérvix está sano, lo hace señalando su limpieza: "está limpiecito". Esta forma de nombrar el cuerpo no es diferente de la que encontramos en la vida cotidiana de las mujeres cuando se les entrevistó en el hogar. Refuerza con ello una cultura del cuerpo femenino en la que los genitales y la sexualidad son vistos como algo negativo, de manera que son una parte del cuerpo a la que no damos nombre, no conocemos y es motivo de vergüenza.

Temas de distracción

La relación que se establece con el personal de enfermería es clave durante la toma de la muestra, ya que de ella depende la confianza y relajación de las mujeres. Para lograrlo, las enfermeras han desarrollado en la práctica, sin capacitación formal al respecto, la utilización de temas diferentes para distraer a las mujeres durante lo que es un momento desa-

gradable. Algunos de los temas que encontramos como recurrentes es la pregunta sobre el número de hijos, la experiencia en el parto, anticoncepción, nombres de los hijos.

Esta plática se combina con las indicaciones de que se pongan “flojitas”, “no aprietes”, “no hagas fuerza” y “relájate”.

Al margen de la efectividad que estos temas traen consigo para la toma, se requiere de algún momento para la explicación de cómo es el procedimiento de manera sencilla, dejando a las mujeres que escojan si prefieren recibir la información antes, durante o después de la misma.

Definición de sensación: dolor/molestia

Durante el examen de Papanicolaou, en ocasiones antes del mismo, se asegura a la mujer que no duele, sino que molesta; esta aclaración la hace el personal de enfermería. Las sensaciones de las mujeres se definen de manera distinta; ellas señalan dolor y las enfermeras corrigen: “molestia”.

Más que redefinirla, habría que hablar del temor al dolor antes de la prueba de Papanicolaou, sobre todo cuando ha habido una mala experiencia previa o es la primera vez.

Actividades de promoción sobre DOC del personal de enfermería que trabaja en Medicina Preventiva

En la UMF “A” trabajan una enfermera y dos auxiliares de enfermería; dos laboran en el turno matutino y una en el vespertino. Las actividades de promoción que realizaron durante el tiempo que duró la etnografía (dos meses en cada clínica) fueron las siguientes: tienen un cartel sobre la prueba de Papanicolaou, a la vista, al entrar al consultorio, y en una de las paredes se encuentra enmarcado un cartel con información sobre su normatividad. Hay un solo folleto que tiene la trabajadora social, quien de vez en cuando lo presta a alguna mujer, y le pide que lo regrese para que

otras lo puedan leer. Cuando hubo estudiantes de la escuela de enfermería que realizaban su servicio, les pidieron que hicieran promoción de vacunas y DOC en la sala de espera. En la UMF "B" hay ocho auxiliares de enfermera, pero una de ellas se encarga exclusivamente de tomar la muestra. Ella misma sale a la sala de espera a buscar mujeres para invitarlas a que se hagan la prueba. En las paredes hay información sobre el cáncer de mama pero no del cervicouterino.

Promoción en los centros de trabajo

La UMF "A" depende de las solicitudes que hacen desde los centros de trabajo para que se acuda a tomar la muestra y vacunar en estos lugares. En la UMF "B" hay un epidemiólogo que labora junto con el equipo de medicina preventiva, y es quien hace contactos con los centros de trabajo para que envíen a las mujeres en ciertos horarios a la UMF.

La experiencia de los médicos sobre el acercamiento del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino a los centros de trabajo no ha sido muy positiva. En las evaluaciones sobre esta práctica, señalan que si se ofrece la prueba sin las condiciones de confianza y privacidad, es decir, si los compañeros de trabajo pueden enterarse del tipo de prueba que las mujeres se van a realizar, éstas prefieren no acudir. En ocasiones, las mujeres buscan servicios médicos alejados de sus domicilios y centros de trabajo porque desconfían de la confidencialidad que puedan guardar quienes tengan acceso a sus resultados.

Algunas consideraciones

Las consideraciones siguientes son una serie de reflexiones que surgieron en el proceso del levantamiento de la información a modo de sugerencias preliminares, principalmen-

te sobre la capacitación del personal del instituto y de la relación que se establece con las derechohabientes durante el examen de Papanicolaou.

1. Existe la necesidad de homogeneizar la capacitación sobre los requerimientos para la toma de la muestra.
2. Considerar la posibilidad de capacitar a las asistentes médicas para que promocionen la detección oportuna de cáncer entre las mujeres que acuden a consulta.
3. Realizar encuentros entre el personal dedicado a la toma de la muestra en las diferentes Unidades de Medicina Familiar para compartir experiencias y para que cuenten con información sobre los logros y dificultades del programa de DOC.
4. Acercar/vincular el servicio de planificación familiar/ revisión de DIU/toma de la muestra para la prueba de Papanicolaou, para aumentar la subsecuencia de acuerdo con la norma, en mujeres jóvenes y en edad reproductiva.
5. Cuidar la forma de ofrecer el servicio de DOC junto con los otros servicios de medicina preventiva en la fábrica.
6. Sobre la relación entre el personal de enfermería y las mujeres durante la prueba, se requiere que no presuman el conocimiento de la prueba ni del cuerpo y utilicen palabras sencillas y eviten aquellas que pudieran asociarse con objetos que pueden lastimar (espejo, piquetito, raspado).
7. Evitar reproducir los juicios o valoraciones sobre las mujeres, cuestionar sobre decisiones de planificación familiar. Explicar, con ayuda de dibujos sencillos lo que es la prueba, e identificar al mismo tiempo las partes del cuerpo, enseñando a llamarlas por su nombre.

8. Considerar el miedo al resultado-muerte y el vínculo con la vergüenza, evitando juzgar la “desidia”, y buscar comprender sus causas. Finalmente, no olvidar que las mejores promotoras son las mismas mujeres, sobre todo si tienen una buena experiencia sobre la prueba y sobre el cáncer

Bibliografía

Álvarez Hernández, Gerardo (2001), *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*, Hermosillo, El Colegio de Sonora (col. Avances de investigación).

Castro, Ma. del Carmen y Gilda Salazar (2001), *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: Un estudio en Hermosillo, Sonora*, Hermosillo, El Colegio de Sonora (Serie Cuarto Creciente no. 7).

Denman, Catalina A. *et al.* (1999), “The Problem of Invasive Cervical Cancer along the U.S.-México Border: Planning and Implementation of a Binational Research Project”, *Women & Cancer*, vol.1, no. 5, pp. 45-50.

IMSS (1998a), “Guía de comunicación educativa”, anexo, en *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

_____ (1998b), “Guía para laboratorios de citología cervical”, anexo, en *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

_____ (1998c), “Guía para la detección”, anexo, en *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino*.

_____ (1998d), “Guía para la vigilancia epidemiológica”, anexo, en *Manual de procedimientos para la vigilancia, pre-*

vención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.

_____ (1998e), *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.*

_____ (1998f), "Programa de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cancer cervicouterino", anexo, *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino.*

Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Nájera Aguilar, Patricia Alonso de Ruiz, Eva Buiatti y Mauricio Hernández Ávila (1996), "Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional", *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 42, no. 3, pp.123-140.

Muñoz, Nubia y X. Bosch (2000), "Cáncer del cuello uterino y virus del papiloma humano. Evidencia epidemiológica y perspectivas de prevención", en P. Alonso de Ruiz, E. C. Lazcano Ponce y M. Hernández Ávila (coords.), *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, México, Panamericana, UNAM, INSP.

Romero Cancio, José Alfredo, Héctor Guiscafré y Manuel Santillana (1997), "Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar", *Revista Médica del IMSS*, vol. 35, no. 3, pp. 227-232.

Secretaría de Salud (1998a), *Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical*, Secretaría de Salud, México.

_____ (1998) "Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994", en *Diario Oficial de la Federación* (6 marzo 1998), *Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer*, p. 34.