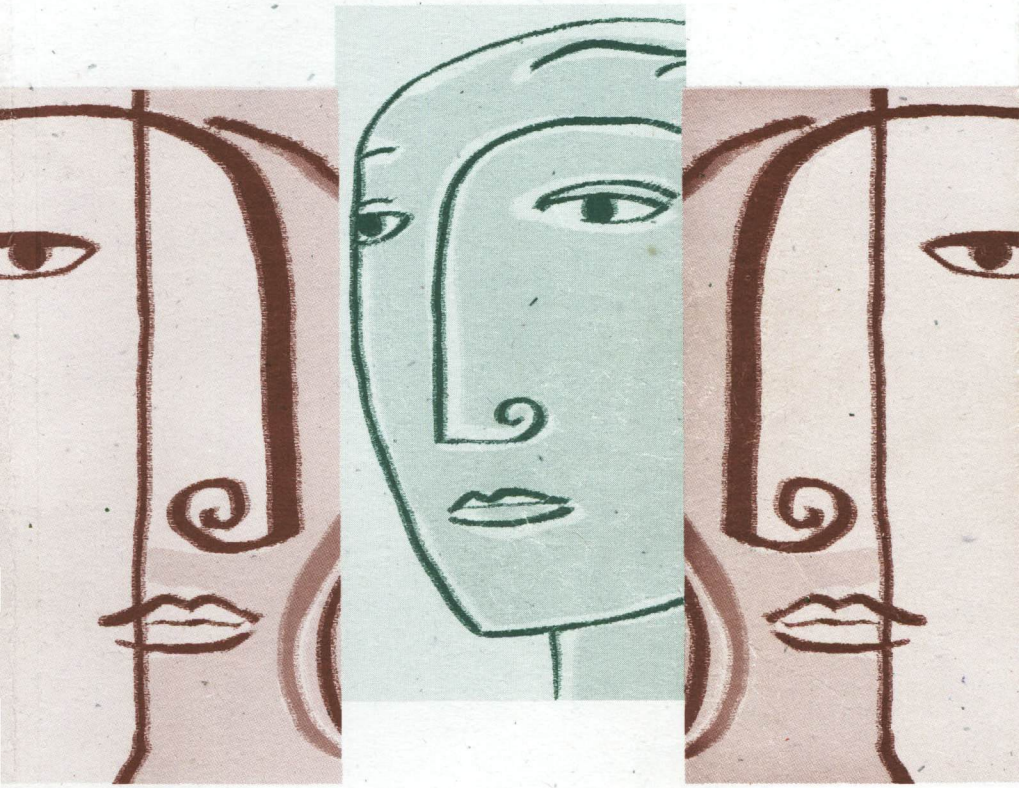
CUADERNOS CUARTO • CRECIENTE 7



Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino

Un estudio en Hermosillo, Sonora

Ma. del Carmen Castro V.
Gilda Salazar Antúnez

EL COLEGIO DE SONORA

Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino

Un estudio en Hermosillo, Sonora

Ma. del Carmen Castro V.
Gilda Salazar Antúnez

EL COLEGIO DE SONORA

616.994097217 Castro Vázquez, Ma. del Carmen
C355s Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino : un estudio en Hermosillo, Sonora / María del Carmen Castro Vázquez, Gilda Salazar Antúnez. -- Hermosillo, Son. : El Colegio de Sonora, 2001.

232 p. ; 22 cm. -- (Cuadernos. Serie cuarto creciente ; 7)
Incluye bibliografía y anexos

ISBN 968-6755-37-3

1. Mujeres en Hermosillo, Son. - Salud e higiene - Aspectos sociales 2. Mujeres - Mortalidad - Hermosillo, Son. 3. Útero - Cáncer - Hermosillo, Son. 4. Útero - Cáncer - Prevención 5. Útero - Cáncer - Factores de riesgo.

El Colegio de Sonora
Rector: Ignacio Almada Bay

Edición:
Inés Martínez de Castro N.
Diseño de portada:
Guadalupe Zúñiga Elizalde
Formación:
Marlene Morfín Schad

Obregón 54, Centro
Hermosillo, Sonora, México.
C. P. 83000

ISBN 968 - 6755 - 37 - 3

Este cuaderno se publica con el apoyo de CONACYT
Proyecto 4223-S9608
y la Fundación Mexicana para la Salud, Capítulo Sonora (FUNSALUD).

Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino

Un estudio en Hermosillo, Sonora

ÍNDICE

Presentación

El contenido de este cuaderno es el resultado no sólo de la investigación y más de dos años de trabajo en el Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora, sino además el producto de la reflexión cotidiana sobre la salud de las mujeres. En Sonora, el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte de mujeres, ¿cuál es el origen o los orígenes profundos de dicho problema? Como estudiosas de la realidad social, no tenemos la respuesta completa, pero sí queremos dejar explícita nuestra preocupación por un problema serio y complejo. Sabemos también que los resultados de investigación que se presentan tocan sólo una parte del problema. En este sentido, nuestra esperanza es haber hecho una pequeña aportación para la reflexión sobre la problemática. Esperamos con esto sembrar la semilla y generar la inquietud para que se realicen otras investigaciones de este corte sobre el cáncer cervicouterino, enfermedad que amenaza la vida de muchas mujeres.

El trabajo que hoy compartimos en esta publicación no hubiera sido posible sin la ayuda de muchas personas e instituciones. Queremos agradecer primero a todas las informantes que participaron en el estudio y sin cuyas largas conversaciones con nosotras la investigación simplemente no habría sido posible. Muchas mujeres y amigas colaboraron no sólo como entrevistadas, sino también como enlace para realizar las entrevistas. A todas, aunque no las mencionemos aquí, siempre les estaremos infinitamente agradecidas, por su tiempo y por permitirnos conocer parte de su vida.

Nuestro reconocimiento a nuestras colegas Catalina Denman e Ivonne Szasz, por sus acertados co-

mentarios sobre los instrumentos de recopilación y los resultados de investigación. En este mismo sentido, a nuestros colegas del seminario de El Colegio de Sonora que nos escucharon durante la presentación y discusión de los resultados finales. Al Grupo del Seminario del Programa Salud Reproductiva de El Colegio de México y a los colegas del Centro de Investigación en Salud de Comitán, A.C., Chiapas, quienes también escucharon atentos y comentaron con interés parte de los resultados de la investigación.

A Gabriela Grijalva, por su trabajo y sus opiniones siempre estimulantes. La asesoría en el análisis estadístico, que estuvo a su cargo, es parte central del desarrollo de la investigación. A Ana Lucía Castro, quien realizó el manejo de la base de datos, agradecemos también su participación. Ambas nos permitieron adentrarnos en los resultados y compartir una mirada diferente de los datos.

Agradecemos a Alba Rosa López el cuidadoso trabajo de captura de los datos de la encuesta y la corrección de los cuestionarios, así como la ardua y minuciosa tarea de transcribir las entrevistas, nuestra gratitud por su paciencia a Mayoya Fonseca, quien apoyó estas tareas.

Agradecemos el apoyo financiero del Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT), durante el periodo 1997-1999, y a la Fundación Mexicana para la Salud, Capítulo Sonora, particularmente al Dr. Abraham Katase y al señor Enrique Mazón, por su apoyo y confianza.

Carmen Castro V.*
Gilda Salazar Antúnez**

* Investigadora de El Colegio de Sonora.
** Investigadora del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD).

Introducción

El objetivo general del trabajo es aportar elementos que contribuyan a dar respuestas a la pregunta de investigación que se planteó, a saber:

¿Cuáles son los elementos socioculturales que facilitan o dificultan la práctica de la prueba de Papanicolaou en las mujeres del sector popular y medio de la ciudad de Hermosillo?

Se parte del supuesto de que la detección oportuna del cáncer cervicouterino involucra elementos sociales y de la cultura de los sujetos inmersos en dicha problemática. Ello orientó a tratar de comprender y encontrar explicaciones sobre cuáles son algunos de estos elementos. En el presente trabajo se definió el término *elementos socioculturales* como aquellos aspectos de edad, sector social de pertenencia, escolaridad, manejo de información sobre la prueba de Papanicolaou y la enfermedad del cáncer cervicouterino, y el uso y acceso a los servicios de salud, por una parte, y por otra, aspectos de la cultura a la que pertenecen los sujetos que intervienen y propician la conformación de una identidad particular que se asocia a las actitudes y prácticas de cuidado, así como a las percepciones e ideas acerca de su salud. Esta segunda dimensión fue vista en la información que se transmitió en la familia, en la cultura del cuerpo y la sexualidad, en la práctica del examen y su relación con los servicios de salud; ambas partes se consideran elementos constitutivos en la construcción social de los sujetos.

Con esto se enfatizan la complejidad y las distintas dimensiones que conforman el desarrollo del

cáncer cervicouterino como enfermedad y como un problema de salud pública. El problema de estudio es abordado desde esta perspectiva, incluyendo de manera importante la perspectiva de género como categoría de análisis en la búsqueda de la comprensión del fenómeno, en la medida en que nos plantea cómo las ideologías de las identidades de género en ese campo contribuyen a conformar los comportamientos, las actitudes y las ideas y percepciones que tienen las mujeres sobre el cuerpo y la salud.

El estudio estuvo orientado a conocer: 1) qué información tenían las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, sobre todo de tipo médico[1] y cuáles eran las nociones e ideas que las mujeres tenían sobre la prueba y la enfermedad; 2) la cultura del cuerpo femenino en la construcción de esas nociones; 3) cómo era la práctica del examen entre las mujeres entrevistadas para este estudio, y si las dimensiones de sector de pertenencia, escolaridad e información le imprimían diferencias y, 4) cuál era su percepción sobre los servicios de salud.

En este contexto definimos *noción* como un concepto que alude a los conocimientos o ideas que las personas tienen sobre un problema. Estas nociones están relacionadas con los saberes creados colectivamente. La idea nos remite a la aprehensión intuitiva, imagen o representación que del objeto percibido queda en la mente, es decir, nos remite al concepto

1 "...en nuestra civilización, el marco dentro del cual adquiere sentido el concepto de enfermedad es el conocimiento médico, que ofrece un fundamento para establecer lo que el investigador ha de entender por cada uno de los nombres a través de los cuales se denomina a las diversas expresiones de la patología, en los distintos niveles de integración que conducen hasta su identificación (síntomas, signos, síndromes, enfermedades)." (Schteingart, 1997:528)

o juicio formado de una experiencia. Por *percepción* se entiende la acción de aprehender la realidad por medio de un dato recibido por los sentidos; las percepciones están también en relación con las ideas, valores y nociones que se conforman en una cultura desde un lugar en la propia biografía. Por *actitud* entendemos, según lo define Villoro (1984:44),[2] "un estado mental o neuronal de disposición, organizado mediante la experiencia que ejerce una influencia directiva y dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que está relacionado".

El trabajo presenta dos aproximaciones metodológicas: la cualitativa y la cuantitativa. Se aplicaron ambas metodologías con el objetivo de obtener información de distintos niveles de profundidad, así como diferentes dimensiones del problema que se investigó, además de que se consideran métodos y técnicas complementarias.

El género y la salud de las mujeres

La desigualdad histórica entre los géneros es uno de los factores que ha definido la morbilidad y la mortalidad de hombres y mujeres. Debido a su condición de género, las mujeres enfrentan circunstancias

2 Ampliando esta definición, se señala que la actitud, al ser una respuesta "dirigida", tiene una dirección favorable o desfavorable hacia el objeto. Esta definición permite distinguir la actitud de las disposiciones instintivas y de los rasgos caracterológicos, por una parte, puesto que se reduce a disposiciones *adquiridas* por la experiencia y de los sentimientos, por la otra, ya que presenta una *dirección* positiva o negativa frente al objeto; podría aplicarse, en cambio a las creencias. Tanto valoraciones y afectos como intenciones y creencias quedarían, en rigor, incluidos en este concepto de actitud.

desfavorables para el cuidado de la salud; su rol de género le define una posición social y un rol específico en la familia, en un marco de condiciones sociales de inequidad que las coloca en una situación de vulnerabilidad frente a la reproducción. Aunque, como lo señala Szasz (1995), las propias condiciones biológicas de fortaleza de las mujeres se expresan en una esperanza de vida mayor que la de los hombres, las condiciones sociales adversas en las que viven afectan su salud de manera que presentan mayor morbilidad. Sabemos que una mayor esperanza de vida no implica una mejor calidad de la misma.

La investigación sobre la salud de las mujeres desde una perspectiva de género se ha iniciado recientemente en nuestro país. A esto han contribuido de manera central, desde la década de los setenta, las luchas feministas, que han llamado la atención sobre la condición social y de género de las mujeres y su relación con la problemática de la salud (Ravelo, 1995). A raíz de la comprensión de las dinámicas de género y su relación con la salud de las mujeres, el marco de referencia teórico de este trabajo parte de las siguientes consideraciones: 1) la experiencia de ser mujer en una cultura patriarcal tiene que ver con la forma en la que las mujeres se enferman; ello significa que existen elementos que propician la enfermedad y dificultan el estado de salud, que están relacionados, no sólo con el cuerpo en tanto ente biológico, sino también con un cuerpo femenino que se encuentra en una cultura que le asigna a ese cuerpo-persona un valor, lugar y papel específico en la reproduccción social, 2) vivimos en una sociedad que ha negado el cuerpo como existencia concreta, con necesidades particulares; dicha negación ha hecho que los seres humanos tengan poco conocimiento y, por lo tanto, poco control sobre sus cuerpos. Para el

cuerpo femenino ello ha significado una especial y mayor vulnerabilidad, en la medida en que ha sido orientado básicamente a la reproducción biológica, lo que ha desembocado en la conformación de seres humanos-mujeres-desposeídas de poder, entendida esta falta de poder como ausencia de autonomía y, por lo tanto, de capacidad de decisión, debido al desconocimiento y la no valoración de sus propios cuerpos, 3) la ausencia de este poder desemboca en una falta de autonomía de las mujeres sobre el cuerpo y la sexualidad, lo que repercute en las formas del cuidado de la salud.

El enfoque de género[3] aplicado al análisis de la salud de la mujer está orientado hacia la dinámica entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, en términos de probabilidades de gozar de salud, de enfermedad o morir (Gómez G., 1993). La categoría de género, en el análisis de los procesos de salud-enfermedad de la mujer, enriquece los marcos teóricos explicativos de dichos procesos, que junto con las categorías, ya conocidas, de clase, etnia, región, inserción laboral, etc., construye una mirada diferente, que aporta un aspecto de la realidad frecuentemente olvidado en los perfiles epidemiológicos de la población.

Un ejemplo que ilustra la diferencia que construyen los elementos de género sobre la salud de las mujeres es la sobremortalidad femenina por cáncer durante la edad adulta, "asociada menos con una mayor letalidad de los cánceres propios de la mujer

3 La categoría de género reconoce una dimensión de desigualdad social distinta a la dimensión de desigualdad de clase, que nos refiere a las expectativas diferenciadas que se tienen sobre el comportamiento entre hombres y mujeres, sustentada en la pertenencia a un sexo.

que con la accesibilidad limitada a la tecnología médica de detección temprana y de tratamiento en sus etapas iniciales" (Restrepo, 1993).

El cáncer cervicouterino, sobre todo en los países en vías de desarrollo, se ha ido incrementando durante las últimas décadas, de tal forma que se le considera un serio problema de salud pública. Esta enfermedad tiene entre sus factores de riesgo aspectos que involucran la ideología de género que pone a las mujeres en un lugar en el que la desinformación y la formación en aspectos vitales como la propia biología, el cuerpo y la sexualidad deben tomarse en cuenta entre los factores de riesgo y explicación de los fenómenos que se estudian. De igual manera, estas identidades de género contribuyen al hecho de que las mujeres vean como prioridad tanto las cargas domésticas como la atención hacia todos los miembros de la familia, antes que atender o sentir sus necesidades propias. La identidad femenina construida como un "ser para otros" desde un "cuerpo depositario de otros" (Basaglia, 1978; Lagarde, 1990), que configuran la autoestima y conforman una valoración social, no sólo de las mujeres como personas sino del cuerpo femenino como agente secundario en el cuidado de los procesos de la salud reproductiva, es un elemento que impregna las formas en las que las mujeres asumen los cuidados de su salud y que, como señalan algunas autoras, son aspectos que no les permite actuar "en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar" (Szasz, 1995:14).

Los patrones de valoración social de las mujeres por su maternidad han definido prácticas que conllevan algunos riesgos para desarrollar el cáncer cervicouterino. Estos son el inicio de la vida sexual en edades tempranas y la multiparidad, las cuales au-

mentan las probabilidades de infecciones y lesiones en el cuello de la matriz. En el plano de la sexualidad, la inequidad de género se expresa en la relación de subordinación de las mujeres a sus parejas, lo que incrementa la posibilidad de los contagios de enfermedades de transmisión sexual, como el virus del papiloma humano (VPH), que ha sido asociado de manera cada vez más directa con el desarrollo del cáncer cervicouterino.

Esa desigualdad que marca que las cargas domésticas, la crianza de los hijos y el cuidado de la salud de la familia son tareas de la mujer, forma parte de las condiciones de su vida que pueden obstaculizar la práctica de la detección oportuna del cáncer cervicouterino. De la misma manera, el mandato a las mujeres de ser sexualmente recatadas les impone un pudor que prohíbe el acceso a ver y/o mostrar sus genitales a otras personas que no sean sus esposos; la incorporación en la subjetividad de las mujeres de "ser para todos los otros" —padre, madre, hijos(as) abuelos—, orienta una práctica hacia la salud en la que ellas relegan su propio bienestar.

Contenido del trabajo

Se inicia con una descripción breve del panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino en Sonora y México. El capítulo I presenta los resultados de la investigación de campo organizados en dos apartados: 1) el abordaje cuantitativo presenta los datos de la encuesta ; 2) el abordaje cualitativo ofrece la información obtenida en entrevistas en profundidad sobre nociones, ideas y percepciones sobre la prueba de Papanicoloau y la enfermedad. Cada uno de los apartados está organizado en subapartados, que siguieron los principales ejes de análisis.

Al final de cada uno de los apartados se presenta una discusión y reflexión parcial a manera de conclusiones, lo que se conjunta posteriormente en la discusión y reflexiones finales de la investigación, así como algunas recomendaciones que se desprenden de los resultados más importantes y que conforman el capítulo II; éste también incluye algunas consideraciones del proceso mismo de la investigación, sobre todo lo referido a las implicaciones metodológicas que por su relevancia se presentan en este apartado.

El capítulo III contiene las consideraciones metodológicas, en las cuales se van señalando las decisiones metodológicas realizadas a lo largo de la investigación.

Al final del documento se ofrece un anexo que presenta la memoria estadística, el cuestionario contenido en la encuesta. Se incluye también la guía de entrevista y la carta de presentación y agradecimiento a las mujeres que fueron entrevistadas para la encuesta.

Breve panorama del cáncer cervicouterino en México y Sonora[4]

En México, el aumento de las tasas de cáncer cervicouterino ha sido sostenido durante las últimas dos décadas; actualmente es la segunda causa de muerte de mujeres mayores de 25 años. En 1970, la mortalidad por tumores malignos llegó a figurar en las primeras 10 causas de muerte y en 1980 ocupó el quinto lugar. En Sonora, a partir de 1985, la mortalidad por esta causa ha sido la segunda en importancia. Cabe señalar que México cuenta desde los años 70 con un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. A pesar de ello, es uno de los países de América que ha presentado un incremento mayor en la mortalidad de mujeres en la última década.

En 1991, los tumores ocuparon el tercer lugar dentro de la relación general de las causas de mortalidad femenina en México; el grupo de 20 a 59 años la presentó como primera causa de muerte. De todos los tipos de tumor, el de cuello uterino y de mama ocuparon el primer y el segundo lugar, con el 37% y 21%, respectivamente, pero en el grupo de 20-59 años, el cáncer cervicouterino aumentó a casi el 45% y el mamario al 27%. Este mismo grupo de edad representó el 54% de todas las mujeres que murieron

4 La información estadística contenida en este apartado fue tomada de Castro y Salazar A. (2000).

por tumor maligno de cérvix y casi el 59% por tumor en la mama.[5]

Para 1995, esta situación se mantuvo, por lo que el cáncer del cuello del útero fue la segunda causa de muerte: el 16.8% de todos los cánceres detectados en mujeres de todas las edades fueron de este tipo. Casi el 80% de éstos fueron en mujeres mayores de 45 años y el resto en el grupo de mujeres de 20 a 44 años. En cuanto a cáncer mamario, el 88% de todas las mujeres son del grupo mayor de 45 años y el 22% del grupo de 20 a 44 años. En ambos grupos de edad son la primera y segunda causa de muerte.[6]

Las tasas promedio de mortalidad en el periodo de 1989-1991 correspondientes a estas enfermedades son más altas en la frontera norte que a nivel nacional. Mientras la tasa promedio de mortalidad por cáncer de cérvix fue de 10 por cada 100 mil habitantes en el país, en la frontera norte alcanzó el 13. Al observar el total de casos en este periodo, hay que hacer notar que el promedio anual se ubica por encima de las 4 mil muertes.

Durante estos mismos años, de todos los estados fronterizos sólo Nuevo León tuvo un promedio sensiblemente menor al nacional en cuanto al cáncer de cérvix, a diferencia del cáncer mamario, que presenta la tasa más alta de los estados fronterizos y mayor al del promedio nacional, con una tasa de 9 por 100 mil habitantes.[7]

Aunque Sonora registra tasas menores en cáncer cervicouterino a las de la frontera, es muy similar a

5 SSA, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección de Enfermedades Crónico-degenerativas, Subdirección de Cáncer.

6 Dirección General Estadística e Investigación, Dirección General de Salud Reproductiva, Subdirección de Cáncer, Departamento Cáncer Genitourinario.

7 Secretaría de Salud, México. Tomado de *Perfiles de salud de las comunidades hermanas Frontera México-Estados Unidos, 1989-1991*, Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud.

la tasa nacional del 10.3 (por 100 mil habitantes), con una tasa de 10 por 100 mil habitantes. Los estados de Baja California, Chihuahua, Coahuila y Tamaulipas mantienen una tasa mayor a la nacional.

No obstante, si las tasas se obtienen con base en la población femenina mayor de 25 años, reflejan más cercanamente la incidencia: en 1994, la tasa nacional fue de 22 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años. De los siete estados fronterizos, cuatro de éstos se ubicaron por encima: Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Baja California Norte. Por debajo de la tasa nacional estuvieron Sonora, Nuevo León y Baja California Sur. A nivel nacional, Campeche es el estado de mayor incidencia, con una tasa de 37 por 100 mil mujeres igual o mayores de 25 años.[8]

El grupo de edad mayor de 45 años es el que presenta la mayor tasa de mortalidad, considerando, por una parte y la más importante, es la que registra la menor tasa de práctica y cobertura de la prueba de Papanicolaou, y por otra, porque la edad constituye un factor de riesgo. Aunque hay que señalar que durante la última década se ha observado un aumento paulatino en el número de muertes en mujeres más jóvenes.

La prueba de Papanicolaou, usualmente la más empleada para la detección oportuna del cáncer cervicouterino se utiliza de manera diferente por las mujeres de los distintos grupos de edad. Dicha prueba permite hacer una detección oportuna de lesiones en el cuello del útero, así como de otras anomalías e infecciones vaginales. Por grupo de edad, la mayor parte de dicho examen se realiza en el grupo donde ocurre el menor número de muertes. En 1994,

8 Dirección General de Estadística e Investigación, Secretaría de Salud Pública.

el 59% de las citologías se practicaron en mujeres de 25 a 44 años, grupo que representó el 22% del total de muertes por esta causa. Sin embargo, el grupo de los 45 a los 64 años representó la proporción mayor de muertes y sólo el 16% de las pruebas de Papanicolaou a nivel nacional. Dos años después, estas proporciones no habían cambiado.[9].

En números absolutos, la mayor parte de los casos problema (con displasias y cáncer *in situ*) se concentraron en el grupo de edad de los 25 a los 44 años, pero según tasas, es el grupo de 45-64 años el que concentra la mayor, grupo que presenta la mayor tasa de mortalidad.[10]

Estos datos sugieren que los casos de mujeres diagnosticadas con cáncer invasor quizás nunca se hayan sometido a la prueba de Papanicolaou en su vida. Por otro lado, considerando que el desarrollo de un cáncer microinvasor e invasor que tenga un desenlace fatal, tarda entre 5 y 10 años en desarrollarse, sugiere que estas mujeres mayores nunca se habían realizado la prueba de Papanicolaou, o dejaron de practicársela 10 años atrás, muchas de ellas cuando terminaron de tener hijos.

Sin embargo, es de especial importancia no perder de vista que en los últimos años la enfermedad se ha presentado en mayor medida en mujeres de menor edad, de tal forma que actualmente la clasificación y registro de las muertes se presenta iniciando el primer grupo en los 20 años.

Como ya se ha señalado, en el desarrollo del cáncer de cérvix, al igual que en la mayoría de las enfer-

9 Dirección General de Estadística e Investigación, Secretaría de Salud Pública, 1995.

10 Las displasias se clasifican por el nivel de daño en leve, moderada y severa.

medades, se ha reconocido que la información, educación y acceso a los servicios de detección oportuna y de tratamiento en caso necesario son aspectos centrales que están presentes en las altas tasas de morbimortalidad que desde hace algunos años registra el país. Al respecto, se ha mostrado en otros estudios que a mayor escolaridad corresponde menor probabilidad de morir por estas causas (OPS, 1991; Corral, *et al.*, 1996).

En Sonora, la mayor parte de las muertes ocurridas durante 1985-1993 fueron de mujeres de menor escolaridad que el promedio en el estado, estimado en 8 años de estudios, es decir, hasta el segundo año de secundaria (INEGI, *Conteo de población y vivienda*, 1995): el 21.33% de las muertes fueron mujeres sin escolaridad y casi el 65% de las que perecieron tenían entre 3 años de primaria y primaria completa. Las mujeres fallecidas con preparatoria o estudios profesionales representaron el 3% (INEGI, Sonora. *Estadísticas Sociodemográficas 1994. Mortalidad*, vol. 3).

En diversos estudios se ha aceptado que la pobreza de las mujeres, traducida en ingresos menores, acceso reducido a la información y a los servicios de salud y baja escolaridad, es un factor de riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino (Díaz de Apodaca, 1990).

El cáncer cervicouterino, casi en la totalidad de los casos, se desarrolla en un periodo de 5 a 10 años, y si es detectado en etapas iniciales, es curable. Sin embargo, la alta tasa de mortalidad indica, por un lado, que las mujeres no realizan adecuadamente la práctica regular de la prueba Papanicolaou, y por otro, señala problemas en los servicios de salud como la cobertura baja en la detección temprana, sobre todo en el grupo de mujeres mayores donde se concentra la mortalidad. Otra de las deficiencias es la

calidad de la toma y la lectura de las muestras de Papanicolaou, en las cuales, sabemos, existe una proporción importante de falsos negativos, condiciones que no han permitido la disminución de esta enfermedad (Lazcano, *et al.*, 1992:201; Hernández A., *et al.*, 1994:201-209).

En 1994, se registró en México una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino del 21.8 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años; Sonora presentó una tasa de 18.5.[11] Estos índices ubican al cáncer cervicouterino en el tercer lugar como causa de muerte a nivel nacional y en segundo lugar a nivel estatal, de mujeres mayores de 25 años. La baja cobertura en la detección oportuna de cáncer dentro del grupo de mujeres que ha iniciado su vida sexual activa es uno de los elementos que ha contribuido a esta situación: en esta década la cobertura ha sido menor al 30% a nivel nacional; en Sonora, de 1989 a 1996 ha estado alrededor del 20%,[12] a pesar de que la campaña pública y el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino se han considerado acciones prioritarias en la atención a la salud de las mujeres desde hace algunos años (Castro y Salazar, 2000).

El problema se agrava si consideramos que este cáncer es una enfermedad en gran medida prevenible y curable si se detecta en etapa temprana. Es decir, un gran número de muertes podrían evitarse. Este problema de salud pública se complica, ya que sus dimensiones son de orden biológico y cultural e intervienen diferentes actores sociales: las mujeres, sus parejas y familias, los prestadores de servicios de salud y los responsables de las políticas públicas.

11 Estadísticas de la Secretaría de Salud Pública de Sonora, 1997.

12 Dirección General de Estadística e Investigación, Secretaría de Salud Pública, 1997.

Consideramos que en la medida en que el cáncer cervicouterino sea tratado más como un problema esencialmente biológico y médico, no se abatirán las altas tasas de mortalidad; por otro lado, el reconocimiento de la dimensión cultural, sin tener en cuenta las inequidades de género que viven las mujeres, dificultará la disminución de muertes por esta causa.

Capítulo 1

Resultados de investigación

Las mujeres en Hermosillo y el cáncer cervicouterino

Descripción de la población

La encuesta se llevó a cabo con base en un muestreo probabilístico polietápico entre mujeres pertenecientes a los sectores medio y popular. Se aplicaron 331 cuestionarios de tipo cerrado; 200 en el sector popular (60%) y 131 en el sector medio (40%), previamente definidos y de acuerdo con la ponderación de la población de cada sector en la ciudad.[13] Se eligieron para la muestra mujeres madres entre los 25 y 55 años de edad.

Según los datos levantados en la encuesta, se clasificó al 68.2% de la muestra como del sector popular (SP), un poco más que lo estimado en el diseño de la muestra, y el 30.6% como del sector medio (SM), un poco menos que lo estimado (cuadro 1). Dentro de la zona del sector medio, un 3.5% de las mujeres no respondieron a la pregunta sobre el monto de sus ingresos.

El 80% de las mujeres del SP y el 83% de las del SM nacieron en el estado de Sonora. De este grupo, la

13 Se amplía la información metodológica en el capítulo correspondiente y sobre aspectos más específicos de la encuesta, veáse la "Memoria estadística" en el anexo.

mayoría tenía más de 20 años o toda su vida residiondo en la ciudad de Hermosillo. Las menos, el 15% en ambos sectores, tenían menos de 11 años. La importancia de este dato para el estudio es el hecho de haber observado que la mayoría de las mujeres encuestadas tenían muchos años viviendo en la ciudad, lo cual implica ciertas características en cuanto al acceso a la información y a los servicios de salud, así como uso y recepción de medios de comunicación, diferentes a las mujeres que viven en el medio rural, a partir de lo cual suponemos que influye en la toma de decisión para la práctica de la prueba de Papanicolaou.

La estructura familiar de la población encuestada en su mayor parte fue de familia nuclear (el 66% del SP y 76% del SM). En el SP hay un 12% que declaró que vivía otro familiar en su casa, pero menos del 8% del SM estaba en esta situación. La mayoría de las mujeres estaban unidas y tenían pareja (el 83% de las del SP y el 90% de las del SM).

Llama la atención que en el SM casi el 73% de las mujeres tenían entre uno y tres hijos(as), y ninguna ocho o más hijos; estas proporciones para las mujeres del SP son del 58% y casi el 5% de ellas declararon tener 8 o más hijos(as). También el número de mujeres que tenían entre cuatro y siete hijos(as) es mayor en el SP (37%) que en el SM (27%). Lo anterior indica, en este caso, que las mujeres del SM tienen menos hijos que las del SP.[14]

14 El uso de anticonceptivos no se exploró en la encuesta, pero en la Encuesta Nacional de Salud se reportó que las mujeres de menor ingreso y escolaridad tienen menor acceso a los anticonceptivos y/o a los servicios de salud, entre otras razones, por lo que presentan un promedio mayor de hijos. *Encuesta Nacional de Salud*, 1988; otras investigaciones concluyen sobre lo mismo: Cisneros de Cárdenas, (1994); Corral *et. al*, (1996); De los Ríos R. y Gómez G. (1992); INEGI (1995), entre otras.

Según los resultados, se observa que las mujeres del SP tienen una menor escolaridad que las del SM: prácticamente no se encontraron mujeres sin escolaridad (sólo 6) en el total de la muestra y pertenecían al SP; la mayoría de las encuestadas en este sector declaró tener estudios hasta primaria (47%). En cambio, el 45% de las mujeres del SM tenía algún estudio medio, pero cercanamente a esta cifra, el 32%, declaró tener algún estudio superior, contra el 3.7% de las del SP. Es decir, que las proporciones presentadas en el SP disminuyen a medida que la escolaridad se eleva, a diferencia de las del SM, las cuales se incrementan a medida que la escolaridad también aumenta.

Debido al interés por conocer el tipo de ocupaciones de las mujeres, que pudieran incidir en sus tiempos y cargas domésticas y como asalariadas, se indagó al respecto. Más mujeres del SM reportaron tener alguna ocupación económica que las del SP[15] (cuadro 2): casi el 46% de ellas dijeron tener alguna actividad económica, mientras que las del SP representaron el 36%. De las que realizaban alguna actividad, sobre todo las mujeres del SP, el 45.6%, obtenían ingresos llevando a cabo alguna actividad económica en casa como elaboración de alimentos, venta de artículos de belleza y pequeños abarrotes; este tipo de actividad informal en el SM fue menor, representando el 35%, pero en ambos grupos ese tipo de actividad fue la de mayor proporción, es decir, las mujeres realizan actividades para obtener ingresos principalmente en casa, de manera doméstica e informal.

Otras diferencias por sector en cuanto tipo de actividad asalariada fueron: de las mujeres del SM, el 25% ejercían como maestras o profesionistas, contra

15 En el cuestionario se preguntó si realizaban alguna actividad para obtener ingresos, ya que muchas mujeres consideran que el realizar alguna actividad informal "no es trabajo" y nos interesaba conocer sus cargas laborales.

un 5.1% del SP; en cambio, las del SP reportaron casi el 42% ocupadas como empleadas de servicios, contra el 29% del las del SM.

Con el mismo objetivo, se preguntó a las encuestadas si participaban en algún grupo social organizado, es decir, grupos comunitarios, partido político o religiosos o en la escuela de sus hijos (cuadro 3). De la muestra, el 60% declaró formar parte de algún grupo; de éstas, las proporciones más altas representaron a las que participaban de manera activa en grupos religiosos.

Cuadro 1

Perfil sociodemográfico de la población encuestada

		Popular	Medio
Entidad federativa de nacimiento			
	Sonora	79.7%	83.3%
	Sinaloa	7.4%	6.1%
	Otro estado	12.9%	10.5%
Estado civil			
	Solteras	8.3%	1.8%
	Unidas	83.4%	89.5%
	Divorciadas/separ./viudas	8.3%	8.8%
Nivel de escolaridad alcanzado			
	Sin escolaridad	1.8%	-
	Primaria incompleta	22.6%	1.8%
	Primaria completa	21.7%	3.5%
	Secundaria incompleta	8.8%	2.6%
	Secundaria completa	18.0%	15.8%
	Algún estudio medio	23.5%	44.7%
	Algún estudio superior	3.7%	31.6%
Número de hijos			
	1-3 hijos	58.5%	72.8%
	4-7 hijos	36.9%	27.2%
	8 y más hijos	4.6%	-
Edad			
	25-34 años	40.1%	20.2%
	35-44 años	30.0%	39.5%
	45-55 años	30.0%	40.4%
Servicio médico			
	IMSS	47.0%	32.5%
	ISSSTESON	6.9%	14.0%
	ISSSTE	5.1%	10.5%
	Ninguno*	38.2%	36.0%
	Otros	4.1%	7.9%

* En esta categoría se incluye a las mujeres que acudían a los servicios privados.
Fuente: Todos los cuadros pertenecen a la encuesta del proyecto de investigación *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres de Hermosillo, Sonora*, de Ma. del Carmen Castro y Gilda Salazar, Programa Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora, 1997.

Cuadro 1 (cont.)

Perfil sociodemográfico de la población encuestada

		Popular	Medio
Años de residencia en Hermosillo			
	Toda su vida	46.5%	42.1%
	Menos de 11 años	14.7%	14.9%
	11-20 años	16.6%	15.8%
	Más de 20 años	22.1%	27.2%
Tienen pareja actualmente			
	Sí	83.9%	90.4%
	No	16.1%	9.6%
Ingreso familiar en múltiplos del salario mínimo			
	Hasta 2 salarios mínimos	48.8%	-
	Más de 2 hasta 4	42.9%	-
	Más de 4 hasta 5	8.3%	-
	Más de 5 hasta 8	-	25.4%
	Más de 8 hasta 10	-	14.9%
	Más de 10 salarios mínimos	-	56.1%
	No especificado	-	3.5%
	Media	1,596.9	10,573.1
	Mediana	1,500.0	8,000.0
	Desviación estándar	688.2	7,177.5
Tipo de hogar			
	Con pareja e hijos	66.4%	76.3%
	Sólo con hijos	9.2%	5.3%
	Con pareja, hijos y otros familiares	6.0%	3.5%
	Con hijos y otros familiares	6.0%	7.0%

Cuadro 2

Actividades extradomésticas para obtener ingresos

	Sector		Significancia
	Popular	Medio	
Realizan/no realizan			0.1035
No realizan ninguna actividad	63.6%	54.4%	
Sí realizan actividad	36.4%	45.6%	
Actividad realizada, en su caso			0.0036**
Empleadas de servicios	41.8%	28.8%	
Obreras en maq. u otra empresa	2.5%	9.6%	
Actividad informal	45.6%	34.6%	
Maestras o profesionistas	5.1%	25.0%	
No especificado	5.1%	1.9%	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Cuadro 3

Participación en organizaciones

	Sector	
	Popular	Medio
Participan en grupo comunitario	1.8%	7.9%
Participan en partido político	6.9%	8.8%
Participan en grupo religioso	20.7%	35.1%
Participan en grupo de escuela	12.9%	17.5%
Participan en otros grupos	1.8%	7.0%

Contexto familiar

Dentro de este rubro, el interés era conocer la carga de trabajo doméstico de las mujeres y si éstas tenían apoyo del resto de la familia o de empleada doméstica. Primeramente (cuadro 4) se observa que las mujeres, en una mayoría abrumadora, son responsables de actividades como compra de alimentos, preparar y servir los mismos, ordenar la casa, lavar y planchar y realizar el pago de los servicios. Las mujeres del SP reportaron ser las principales responsables de todas las actividades, aunque en menos proporción en la actividad del pago de servicios (agua, luz, teléfono, impuesto predial), en donde un poco más de un tercio de ellas declaró que otra persona lo realizaba, a diferencia de las mujeres del SM que en más de la mitad dijo que otra persona llevaba a cabo esta tarea.

Las mujeres del SP se dedicaban en una mayor proporción que las del SM a las labores domésticas. Aunque éstas también eran responsables de casi todas las actividades mencionadas, presentan mayores proporciones en la opción de "otra persona" en la realización de las tareas.

En el caso en que las responsabilidades domésticas no eran exclusivas de la mujer (cuadro 5), es ilustrativo observar que las mujeres del SM tenían mayores condiciones de ayuda o apoyo, ya sea de otros miembros de la familia o de una empleada doméstica. Se mencionó al esposo, los hijos, las hijas, la empleada doméstica y otros familiares.

En las actividades de compra de alimentos y pago de servicios, el esposo es el encargado de hacerlas en ambos sectores (entre el 77% y el 87% de los

casos). En las demás actividades mencionadas arriba se observa que las que consisten en servir los alimentos, ordenar la casa y lavar y planchar, en el SP son las hijas las encargadas; el rol de género femenino para las hijas se observa en esta distribución de responsabilidades domésticas.

Las condiciones de las mujeres del SM de contar con mayores ingresos les da la posibilidad de pagar una empleada doméstica que se haga cargo de las actividades domésticas, sobre todo lo referido a la preparación de alimentos, ordenar la casa y lavar y planchar.

El cuidado de los hijos pequeños requiere gran tiempo de la vida cotidiana de las mujeres, tanto en términos de responsabilidad como de hacerse cargo de ellos directamente (cuadro 6). El cuestionario indagó, con respecto a las mujeres con hijos menores de 12 años, cómo se distribuía esta responsabilidad y carga. En ambos sectores, las actividades de mandar a los hijos a la escuela, apoyarlos en tareas escolares, cuidar y atender a bebés y atender a los niños cuando enferman, son responsabilidad de la mujer. Excepto en la actividad de cuidado de bebés, las mujeres del SM declararon en una mayor parte que otra persona es la que se encarga de ellos, debido a su capacidad económica mayor.

En el caso en que estas actividades no eran responsabilidad exclusiva de la mujer (cuadro 7), llama la atención que el esposo se señaló como el que participa en todas, tanto en el caso de las mujeres del SP como de las del SM.

Con estos datos podemos resumir que el nivel de carga doméstica para las mujeres de la muestra va de "media" a "muy alta". Las mujeres del SM se distribuyen con un nivel de carga "medio" y "alto", a diferencia de las del SP, en que la mayoría se ubica en un nivel "muy alto" y le siguen las de nivel "alto".

En un panorama del comportamiento de las mujeres encuestadas por su nivel de carga por edad, escolaridad y pareja (cuadro 9), es altamente significativo que las más jóvenes, entre los 25 y 35 años, son las que presentaron una mayor carga; esto sugiere que la atención de los hijos pequeños, menores de 12 años, representa gran parte de esa carga, como ya se señaló en la descripción anterior.

Más de la mitad de las mujeres encuestadas en ambos sectores se ubicaron con un índice de nivel de carga doméstica de "alta" a "muy alta". Por grupos de edad, son las mujeres jóvenes las que se clasificaron en la carga doméstica "muy alta" (49%), a diferencia del grupo de mujeres de mayor edad que representaron el 9%.

Por nivel de carga doméstica según escolaridad, las mujeres sin escolaridad se ubicaron en un nivel "muy alto" y aunque las mujeres profesionistas representaron la menor proporción (15%) en este rango, sí representan la mayor parte de las que se clasificaron en el nivel "alto" (52%). La condición de trabajadoras de las mujeres o el hecho de que hayan cursado algunos niveles de escolaridad no las exenta de responsabilizarse de las tareas domésticas.

Si este nivel se contrasta con la variable de si tienen pareja o no, las que no la tienen presentan un nivel de carga doméstica menor que las mujeres que sí la tienen. El 46% de las mujeres sin pareja se ubican en un nivel de carga doméstica "media", mientras que las que tienen pareja se sitúan en un 27% en este nivel; el 33% de las mujeres con pareja se clasificaron en un nivel "muy alto" y las sin pareja representaron menos del 20% en este nivel. Esto sugiere que al ser ellas las principales proveedoras del hogar y de su familia, comparten estas cargas con sus hijas, otros familiares o empleadas domésticas. El caso de las

mujeres con pareja sugiere que al tener en casa un proveedor, es más probable que ellas no sean asalariadas o tengan en menor medida alguna actividad económica y sean las responsables de las cargas domésticas y el cuidado de los hijos.

Cuadro 4

Responsables de las actividades domésticas

	Sector		Significancia
	Popular	Medio	
Compra de alimentos			0.6785
Otra persona	11.5%	8.8%	
Mujer y alguien más	23.5%	26.3%	
Sólo la mujer	65.0%	64.9%	
Preparación de alimentos			0.0998
Otra persona	2.7%	7.9%	
Mujer y alguien más	12.0%	12.3%	
Sólo la mujer	85.3%	79.8%	
Servir los alimentos			0.0205*
Otra persona	2.3%	8.8%	
Mujer y alguien más	14.3%	10.5%	
Sólo la mujer	83.4%	80.7%	
Ordenar la casa			0.0000**
Otra persona	6.0%	26.3%	
Mujer y alguien más	23.0%	21.1%	
Sólo la mujer	71.0%	52.6%	

* $p < 0.05$ ** $p < 3.01$

Cuadro 4 (cont.)

Responsables de las actividades domésticas

	Sector		Significancia
	Popular	Medio	
Lavar y planchar			0.0000**
Otra persona	3.7%	36.8%	
Mujer y alguien más	12.4%	14.0%	
Sólo la mujer	83.9%	49.1%	
Pago de trámites y servicios			0.0016**
Otra persona	33.6%	52.6%	
Mujer y alguien más	18.0%	17.5%	
Sólo la mujer	48.4%	29.8%	

* $p < 0.05$ ** $p < 3.01$

Cuadro 5

En los casos en que las responsabilidades domésticas no son exclusivas de la mujer, ¿Quién más participa?*

	Sector	
	Popular	Medio
Compra de alimentos		
El esposo	77.6%	87.5%
Los hijos	6.6%	5.0%
Las hijas	10.5%	10.0%
Empleada doméstica	0.0%	2.5%
Otros familiares y no fam.	13.2%	0.0%
Preparación de alimentos		
El esposo	43.8%	26.1%
Los hijos	9.4%	8.7%
Las hijas	18.8%	17.4%
Empleada doméstica	0.0%	47.8%
Otros familiares y no fam.	37.5%	8.7%
Servir los alimentos		
El esposo	50.0%	31.8%
Los hijos	36.1%	31.8%
Las hijas	52.8%	40.9%
Empleada doméstica	0.0%	27.3%
Otros familiares y no fam.	22.2%	4.5%
Ordenar la casa		
El esposo	29.0%	11.1%
Los hijos	29.0%	16.7%
Las hijas	54.8%	27.8%
Empleada doméstica	3.2%	68.5%
Otros familiares y no fam.	16.1%	0.0%

* Los porcentajes por sector no suman 100 porque puede haber más de una persona compartiendo esa responsabilidad doméstica.

Cuadro 5 (cont.)

En los casos en que las responsabilidades domésticas no son exclusivas de la mujer, ¿Quién más participa?*

	Sector	
	Popular	Medio
Lavar y planchar		
El esposo	17.1%	3.4%
Los hijos	11.4%	3.4%
Las hijas	48.6%	8.6%
Empleada doméstica	11.4%	75.9%
Otros familiares y no fam.	20.0%	12.1%
Pago de trámites y servicios		
El esposo	76.8%	87.5%
Los hijos	11.6%	6.3%
Las hijas	8.9%	2.5%
Empleada doméstica	0.0%	1.3%
Otros familiares y no fam.	8.0%	5.0%

* Los porcentajes por sector no suman 100 porque puede haber más de una persona compartiendo esa responsabilidad doméstica.

Cuadro 6

Responsables del cuidado y atención de los hijos

	Sector		Significancia
	Popular	Medio	
Mandar hijos a la escuela			0.0067**
Otra persona	22.4%	15.5%	
Mujer y alguien más	4.2%	17.2%	
Sólo la mujer	73.4%	67.2%	
Apoyarlos en tareas escolares			0.0785
Otra persona	0.2%	19.0%	
Mujer y alguien más	22.4%	37.9%	
Sólo la mujer	54.5%	43.1%	
Cuidado y atención de bebés			0.0898
Otra persona	38.5%	55.2%	
Mujer y alguien más	7.7%	6.9%	
Sólo la mujer	53.8%	37.9%	
Atención de niños enfermos			0.46714
Otra persona	3.5%	3.4%	
Mujer y alguien más	25.9%	34.5%	
Sólo la mujer	70.6%	62.1%	

* Se consideran solo las mujeres con hijos < de 12 años

Cuadro 7

En los casos en que la responsabilidad del cuidado y atención de los hijos no es exclusiva de la mujer, ¿quién más participa?*

	Sector	
	Popular	Medio
Mandar hijos a la escuela		
El esposo	36.4%	83.3%
Hijas e hijos	13.6%	0.0%
Otros	54.5%	16.7%
Apoyarlos en tareas escolares		
El esposo	79.6%	95.7%
Hijas e hijos	16.3%	8.7%
Otros	6.1%	0.0%
Cuidado y atención de bebés		
El esposo	84.6%	80.0%
Hijas e hijos	15.4%	20.0%
Otros	15.4%	20.0%
Atención de niños enfermos		
El esposo	94.7%	100.0%
Hijas e hijos	2.6%	0.0%
Otros	2.6%	0.0%

* Los porcentajes por sector no suman 100 porque puede haber más de una persona compartiendo esa responsabilidad.

Cuadro 8

Nivel de carga doméstica*

	Sector		Chi-cuadrada Valor p
	Popular	Medio	
Nivel de carga doméstica			0.0000**
Baja	0.9%	8.8%	
Media	24.9%	38.6%	
Alta	33.6%	39.5%	
Muy alta	40.6%	13.2%	

* El nivel de carga doméstica se definió como:

Baja: si índice de carga <= 5
Media: si índice de carga > 5 y <=10
Alta: si índice de carga > 10 y <=15
Muy alta: si índice de carga > 15 y <=20

Cuadro 9

Nivel de carga doméstica, según grupo de edad, escolaridad y pareja

	Nivel de carga				Significancia
	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Por grupo de edad					0.0000**
25-34 años	0.9%	8.2%	41.8%	49.1%	
35-44 años	3.6%	26.4%	34.5%	35.5%	
45-55 años	6.3%	54.1%	30.6%	9.0%	
Por nivel de escolaridad					n.a.*
Sin escolaridad	0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	
Hasta primaria	2.0%	38.2%	31.4%	28.4%	
Hasta secundaria	0.9%	18.2%	28.5%	52.3%	
Estudios medios	4.9%	31.4%	39.2%	24.5%	
Estudios superiores	9.1%	22.7%	52.3%	15.9%	
De acuerdo con si tienen pareja actualmente					0.0373*
Sí tienen	3.9%	27.0%	36.1%	33.0%	
No tienen	2.2%	45.7%	32.6%	19.6%	

* n.a. = no aplicable

Información sobre cuerpo y sexualidad

Al preguntarle a las mujeres, de ambos sectores, de todas las edades y por nivel de escolaridad, el tipo de información sobre cuerpo y sexualidad que recibieron en la familia, resalta el "no" en la mayoría de las respuestas[16] (cuadro 10). Sin embargo, si observamos por aspectos específicos, como información recibida sobre las relaciones sexuales, es altamente significativa la diferencia entre los sectores: según declaró el 72% de las mujeres del SM, sí recibieron este tipo de información, a diferencia de las mujeres del SP que lo informaron en un 42%; de igual manera, respecto a si sabían sobre la menstruación cuando ellas "reglaron" por primera vez, casi un 70% del SM declaró que sí, a diferencia de las mujeres del SP, que la mitad de ellas afirmaron no haber recibido este tipo de información. El nivel de significación de las estadísticas entre ambos sectores se presenta principalmente en estos dos temas, no así con respecto al resto de las preguntas por medio de las cuales se indagó si habían recibido información sobre las diferencias del cuerpo entre las mujeres y los hombres, acerca de sus partes íntimas, y las relaciones sexuales y sobre cómo se embarazan las mujeres; porcentualmente podemos observar que la distribución de las respuestas negativas se ubicaron en un rango del 60% al 75%.

Como se comenta en el párrafo anterior, al cruzar la variable de la información recibida de niña o

16 Sobre las diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres; sobre sus partes íntimas, sobre las relaciones sexuales, de cómo se embarazan las mujeres, sí sabían de las relaciones sexuales y sobre la menstruación.

adolescente, por edad, de los seis aspectos contenidos en este apartado, en cinco de ellos el estadístico presenta diferencias significativas entre los grupos de edad. Aunque porcentualmente la mayoría (entre el 55% y el 84%) declaró no haber recibido este tipo de información, a excepción de los temas de la menstruación y si tenían información sobre las relaciones sexuales, en donde la distribución de las respuestas entre "sí, a veces" y "no", está más o menos equilibrada (entre el 30% y el 50%).

También podemos observar que las mujeres del grupo entre los 25 y 34 años son las que declararon en mayor medida haber recibido información y conforme la edad aumenta estas proporciones disminuyen. Es decir, que las mujeres entre los 45 y 55 años en su mayoría declararon no haber recibido información en cualquiera de los temas explorados. Contextualizando esta información, recordemos que a partir de principios de los 70, se incorporó información sobre la reproducción en los últimos años de la escuela primaria y continuada en el nivel secundaria. En la declaración de las mujeres encuestadas más jóvenes, aunque las preguntas se referían a la información recibida en familia, suponemos que en la retrospectiva hay una amalgama en la identificación de la fuentes de información de cuando ellas eran pequeñas, entre lo que se recibió en familia y lo que se recibió en la escuela, situación que se refleja en el incremento de las proporciones en la medida en que disminuye la edad.

Por escolaridad, los niveles de significancia son mayores entre los diferentes grupos, pero los más altos se refieren a la información recibida sobre relaciones sexuales y menstruación.

Con base en las respuestas a los diversos temas explorados, se definieron varios niveles de infor-

mación recibida durante la infancia y la adolescencia en "nula", "básica", "regular" y "suficiente" de las mujeres encuestadas (cuadro 11), los cuales se presentan por sector, grupo de edad y nivel de escolaridad.

Se resume que, independientemente del sector, edad y escolaridad, las mujeres recibieron información "básica"durante su infancia y adolescencia (en un rango de 37% al 48%), aspectos que creemos inciden en las prácticas futuras de autocuidado y cuidado de la salud y la enfermedad. Se puede afirmar que la familia no fue el canal de información de temas como cuerpo y sexualidad y que esta información fue obtenida de otras fuentes como escuela, amigos y compañeros de trabajo.[17] Lo anterior señala que los temas sobre sexualidad eran un tabú en la información transmitida en la familia, independientemente del sector al que se pertenezca, el grupo de edad y el nivel de escolaridad alcanzado.

En contraste con lo anterior, al indagar con las madres de hijas entre los 10 y 18 años (cuadro 12), si ellas transmitían información sobre los aspectos antes mencionados a sus hijas, los resultados son totalmente opuestos. En la mayoría de los temas, independientemente del sector, grupo de edad y escolaridad de las madres, declararon que "sí" o "a veces", informaron e informaban a sus hijas. No hay diferencias significativas entre los diversos temas y las variables de sector, edad y escolaridad, lo que hace suponer que hay un comportamiento aparentemente generalizado de una práctica de transmisión de información a las hijas, sobre cuerpo y sexualidad (en un rango entre el 62% y 100%).

17 A pesar que se han reformado los programas de estudio desde hace casi tres décadas, hablar de sexualidad y cuerpo en la familia sigue siendo un tema poco tratado. Puede consultarse Amuchástegui (1996).

Clasificando esta variable en los índices de "nula", "básica", "regular" y "suficiente", entonces pareciera que actualmente las madres sí transmiten a sus hijas esa información en un nivel "suficiente" (entre el 52% y el 65%), según podemos observar en el cuadro 13, independientemente del sector, edad y escolaridad. Las estadísticas no mostraron significancia entre los grupos y nivel de información en ninguna de las variables.

En relación con lo anterior y con el objetivo de mostrar la percepción que tenían las mujeres del "otro", sus congéneres, es pertinente señalar aquí que según la opinión de las mujeres sobre el cuidado de la salud (cuadros 25-27), en las primeras cuatro variables que nos interesa enfatizar en este marco, la mayoría de ellas opinó que las mujeres "sí" cuidan la salud, independientemente del sector de pertenencia, grupo de edad, escolaridad y la información que ellas recibieron de pequeñas. El estadístico de mayor significacia se presentó entre el sector de pertenencia y su percepción de cuidado.

Llama la atención el comportamiento en la distribución porcentual, según escolaridad: a medida que aumenta el nivel de escolaridad, disminuye el porcentaje de respuestas afirmativas de que las mujeres sí cuidan su salud: el 60% de las mujeres con nivel primaria opinaron que sí cuidaban su salud; en cambio, las profesionistas lo afirmaron en un 35%.

Otros aspectos sobre este cuidado de la salud tienen que ver con prácticas de atención en trastornos de la menstruación y ante problemas ginecológicos (cuadros 26 y 27). En ambos problemas, en mayor porcentaje las mujeres dijeron acudir al médico a tratarse (en un rango entre el 38% y el 52%). Las otras opciones contempladas en este tema fueron

que nunca habían tenido ese tipo de trastornos, que esperaban a que les pasara, que usaban productos naturales o consultaban con una amiga. Seguida cercanamente a esta opción, el segundo lugar lo ocupó la opción de que nunca habían tenido esos trastornos (entre el 20% y el 39% de las mujeres).

Cuadro 10

Información recibida en familia durante la infancia y la adolescencia

		Sector			Grupo de edad				Nivel de escolaridad				
		Popular	Medio	Significancia	25-34 años	35-44 años	45-55 años	Significancia	Hasta primaria	Hasta secund.	Est. medios/téc.	Estudios superior.	Significancia
Sobre diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres				0.1085				0.0510					0.0002**
	Sí, a veces	33.2%	42.1%		44.5%	35.5%	28.8%		20.8%	49.4%	37.3%	47.7%	
	No	66.8%	57.9%		55.5%	64.5%	71.2%		79.2%	50.6%	62.7%	52.3%	
Sobre sus partes íntimas				0.6945				0.0001**					0.0010**
	Sí, a veces	29.5%	31.6%		45.5%	26.4%	18.9%		16.0%	41.8%	33.3%	36.4%	
	No	70.5%	68.4%		54.5%	73.6%	81.1%		84.0%	58.2%	66.7%	63.6%	
Sobre las relaciones sexuales				0.9853				0.0024**					0.0004**
	Sí, a veces	25.3%	25.4%		36.4%	23.6%	16.2%		11.3%	36.7%	27.5%	34.1%	
	No	74.7%	74.6%		63.6%	76.4%	83.8%		88.7%	63.3%	72.5%	65.9%	
Sobre cómo se embarazanlas mujeres				0.6306				0.0005**					0.0001**
	Sí, a veces	29.0%	31.6%		42.7%	28.2%	18.9%		14.2%	43.0%	34.3%	34.1%	
	No	71.0%	68.4%		57.3%	71.8%	81.1%		85.8%	57.0%	65.7%	65.9%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 10 (cont.)

Información recibida en familia durante la infancia y la adolescencia

		Sector			Grupo de edad				Nivel de escolaridad				
		Popular	Medio	Significancia	25-34 años	35-44 años	45-55 años	Significancia	Hasta primaria	Hasta secund.	Est. medios/téc.	Estudios superior.	Significancia
Antes de tener relaciones sexuales, ¿sabía lo que eran?				0.0000**				0.0196*					0.0000**
	Sí	41.9%	71.9%		58.2%	57.3%	41.4%		26.4%	55.7%	65.7%	77.3%	
	No	58.1%	28.1%		41.8%	42.7%	58.6%		73.6%	44.3%	34.3%	22.7%	
Cuando menstruó, ¿sabía lo que era?				0.0009**				0.0013**					0.0000**
	Sí	50.2%	69.3%		70.0%	54.5%	45.9%		36.8%	55.7%	70.6%	75.0%	
	No	49.8%	30.7%		30.0%	45.5%	54.1%		63.2%	44.3%	29.4%	25.0%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 11

Nivel de información sobre cuerpo y sexualidad recibida en el hogar durante la infancia y la adolescencia

	Información recibida				Significancia
	Nula	Básica	Regular	Suficiente	
Sector					0.0465*
Popular	25.8%	41.9%	14.3%	18.0%	
Medio	13.2%	46.5%	14.9%	25.4%	
Grupo de edad					0.0002**
25-34 años	10.9%	38.2%	21.8%	29.1%	
35-44 años	20.9%	46.4%	13.6%	19.1%	
45-55 años	32.4%	45.9%	8.1%	13.5%	
Nivel de escolaridad					0.0000**
Hasta primaria	38.7%	44.3%	10.4%	6.6%	
Hasta secundaria	16.5%	36.7%	17.7%	29.1%	
Est. medios o técnicos	14.7%	46.1%	14.7%	24.5%	
Estudios superiores	4.5%	47.7%	18.2%	29.5%	

*$p<0.05$ **$p<0.01$

Cuadro 12

Información transmitida por las madres sobre cuerpo y sexualidad a sus hijas adolescentes*

		Sector			Grupo de edad				Nivel de escolaridad				
		Popular	Medio	Significancia	25-34 años	35-44 años	45-55 años	Significancia	Hasta primaria	Hasta secund.	Est. medios/téc.	Estudios superior.	Significancia
Sobre diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres				0.6379				0.9363					0.9284
	Sí, a veces	87.1%	89.8%		85.7%	88.4%	88.6%		87.0%	90.9%	88.2%	84.6%	
	No	12.9%	10.2%		14.3%	11.6%	11.4%		13.0%	9.1%	11.8%	15.4%	
Sobre sus partes íntimas				0.1047				0.5973					0.8207
	Sí, a veces	78.8%	89.8%		76.2%	85.5%	81.8%		81.5%	81.8%	82.4%	92.3%	
	No	21.2%	10.2%		23.8%	14.5%	18.2%		18.5%	18.2%	17.6%	7.7%	
Sobre las relaciones sexuales				0.5077				0.5131					0.82867
	Sí, a veces	65.9%	71.4%		57.1%	69.6%	70.5%		72.2%	66.7%	64.7%	61.5%	
	No	34.1%	28.6%		42,9%	30.4%	29.5%		27.8%	33.3%	35.3%	38.5%	

Nota: La información fue procesada únicamente para las mujeres con hijas entre 10 y 18 años, que en total fueron 134 .

Cuadro 12 (Cont.)

Información transmitida por las madres sobre cuerpo y sexualidad a sus hijas adolescentes*

		Sector			Grupo de edad				Nivel de escolaridad				
		Popular	Medio	Significancia	25-34 años	35-44 años	45-55 años	Significancia	Hasta primaria	Hasta secund	Est. medios/téc	Estudios superior.	Significancia
Sobre cómo se embarazan las mujeres				0.1211				0.4317					0.67211
	Sí, a veces	67.1%	79.6%	61.9%	71.0%	77.3%	70.4%	78.8%	70.6%	61.5%			
	No	32.9%	20.4%	38.1%	29.0%	22.7%	29.6%	21.2%	29.4%	38.5%			
Sobre la menstruación				0.3004				0.6158					0.2834
	Sí	94.1%	98.0%		95.2%	97.1%	93.2%		94.4%	100.0%	91.2%	100.0%	
	No	5.9%	2.0%	4.8%	2.9%	6.8%	5.6%	0.0%	8.8%	0.0%			

Nota: La información fue procesada únicamente para las mujeres con hijas entre 10 y 18 años, que en total fueron 134 .

Cuadro 13

Nível de información transmitida de las madres a las hijas adolescentes*.

	Información transmitida				Significancia
	Nula	Básica	Regular	Suficiente	
Sector					0.3099
Popular	3.5%	16.5%	20.0%	60.0%	
Medio	0.0%	10.2%	28.6%	61.2%	
Grupo de edad					0.9655
25-34 años	4.8%	14.3%	28.6%	52.4%	
35-44 años	1.4%	14.5%	21.7%	62.3%	
45-55 años	2.3%	13.6%	22.7%	61.4%	
Nivel de escolaridad					0.0000**
Hasta primaria	3.7%	14.8%	16.7%	64.8%	
Hasta secundaria	0.0%	12.1%	27.3%	60.6%	
Est. medios o técnicos	2.9%	14.7%	26.5%	55.9%	
Estudios superiores	0.0%	15.4%	30.8%	53.8%	

*$p<0.05$ **$p<0.01$

Información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino

Los supuestos de trabajo principales que guiaron la investigación se refirieron a que en la medida en que las mujeres del SM contaban con un nivel de escolaridad más alto y un mayor acceso a la información y los servicios de salud, su práctica de la prueba de Papanicolaou sería también mayor o encontraríamos más mujeres de este sector con una práctica adecuada de dicho examen. En contrapartida, las mujeres del SP, con menor escolaridad y menor acceso a la información y un acceso a los servicios de salud más restringido, en esa medida su práctica de la prueba se vería más obstaculizada. Por ello se incluyeron preguntas para indagar sobre qué tipo de información acerca del examen de Papanicolaou y el cáncer de cérvix tenían las mujeres, tanto del sector medio como del popular. Como se describe en este apartado y en el siguiente, las diferencias entre los sectores y por nivel de escolaridad son más importantes en lo referente a la información sobre la prueba que sobre el cáncer de cérvix.

Las preguntas pueden dividirse en dos tipos, aquéllas que indagaron acerca de información general y aquéllas que indagaron sobre aspectos más puntuales de la prueba de Papanicolaou y del cáncer de cérvix. Se puede afirmar, en lo general (cuadro 14), que las mujeres del SM, ligeramente en una mayor proporción que las del SP, tenían más información sobre estos temas; sin embargo, el comportamiento es el mismo que el del SP entre las preguntas más generales y las más específicas.

Al preguntar si conocían algún cáncer propio de las mujeres (las opciones eran cáncer de la matriz, de ovario, de mama), sí hubo diferencia entre las proporciones: del sector medio, casi el 100% de respuestas afirmativas y el sector popular con casi el 88%. Específicamente en cuanto al cáncer de cérvix, la diferencia fue menor entre los dos sectores (84% y 82%).

Respecto a la pregunta de que si habían oído hablar de la prueba de Papanicolaou, prácticamente ambos sectores agruparon al 100% de afirmaciones.

En las preguntas de información más específicas (cuadro 15), se encontró que las proporciones de respuestas afirmativas fueron significativamente menores, en ambos sectores; sobre los factores de riesgo para contraer y desarrollar el cáncer de cérvix (por herencia, por tener muchos hijos, por la edad, por infecciones vaginales, por tener muchas parejas sexuales), el 42.7% de las mujeres del SM afirmaron conocer cuando menos uno de ellos; SP presentó una proporción menor, el 31.5%. Este mismo comportamiento se observó al indagar si las mujeres conocían si la prueba de Papanicolaou tenía otra(s) utilidad(des) (cuadro14), además de detectar el cáncer de cérvix: en el SM el 57.3% de las mujeres afirmaron conocer otra de las utilidades, a diferencia de las del SP, donde la proporción disminuyó al 41.6%.

El factor de riesgo más mencionado por las mujeres de los dos sectores fue el de infecciones vaginales y el menos mencionado fue el de la edad; es decir, apenas el 3.6% de las mujeres del sector medio y el 4.1% de las del sector popular consideraron que la edad representaba un riesgo para el cáncer de cérvix. Llama la atención que la proporción de respuestas en "otros" fue alrededor del 25% en am-

bos sectores que incluyeron respuestas como golpes, no tener hijos, falta de higiene y uso prolongado de anticonceptivos, entre otros.[18]

Se definieron tres niveles para agrupar las respuestas sobre la información con que contaban las mujeres encuestadas sobre el examen de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: "nulo o básico", "regular" y "suficiente". El 72% de las mujeres se ubicaron en el nivel "regular" de información sobre la prueba (cuadro 16), a diferencia del nivel de "suficiente", que representa el 17%. Aquellas mujeres que declararon no tener información o contestaron sólo una o dos de las preguntas, representaron el 11% de la muestra y se les definió con un nivel "nulo o básica".

Al contrastar los niveles de información con las variables de sector, edad, escolaridad, información recibida sobre el cuerpo e información sobre el cáncer cervicouterino (cuadro 17), la mayor parte de las mujeres se ubicaron en un nivel "regular", según las diferentes variables contrastadas.

Lo importante a resaltar sobre esto es el comportamiento homogéneo que se observa también dentro de las variables: ambos sectores tienen alrededor

18 La causa "falta de higiene" no está del todo errada como información sobre factores de riesgo. Según el acercamiento cualitativo, la "falta de higiene" está referida como causa de infecciones vaginales y el desarrollo de tumores. En este sentido se podría decir que es una información correcta dentro de las opciones contempladas en el cuestionario, pero al no explicitarlo y confirmarlo con otras preguntas, se le clasificó en "otros". El "uso prolongado de anticonceptivos" como factor de riesgo, según se ha registrado en investigaciones, es aún controversial: M. L. Slattery, J. Overall, T. French, L. Robinson y J. Gardner (1989), "Sexual activity, contraception, henital infections and cervical cancer: support for a sexually transmitted disease hypothesis", *Am. J. Epidemiol*, no. 130, pp. 248-258; Z.F. Zhang, D.M. Parkin, S.Z. Yu, J. Steve y X.Z. Yang (1989), "Risk factors for cancer of the cervix in a rural Chinese population", *Int. J. Cancer*, no. 43, pp. 762-767. Citados en Lazcano *et al.* (1995).

del 72%,así como en el nivel de información sobre el examen y por grupo de edad. También por escolaridad es cercano al 72% en todos los niveles.

Según la información que las mujeres declararon tener sobre el cáncer cervicouterino (cuadro 18), la mayor proporción se ubicó en el nivel "nulo o básico", con el 63%, es decir, o no contestaron ninguna de las preguntas en relación con este tema o sólo respondieron afirmativamente una o dos de un total de cinco preguntas planteadas. La distribución entre los demás niveles definidos ubica al 35% de las mujeres en un nivel "regular" de información y apenas el 2% de la muestra representó el nivel de "suficiente" de esta información.

Aquí cabe comentar que una de estas preguntas se refirió a la información que tenían sobre factores de riesgo; llama la atención que las mujeres de mayor edad del SP, grupo reconocido como el de mayor riesgo por tener la tasa de mortalidad más alta, ninguna mencionó la edad como factor de riesgo.

Al contrastar los índices de nivel de información con las variables de sector, edad, escolaridad e información sobre el cuerpo (cuadro 19), todas las proporciones se ubicaron entre el 54% y 72% en el nivel de "nulo o básico"; es decir, independientemente de sus características, las mujeres tienen muy poco o nada de información sobre el cáncer cervicouterino. Aunque sí hay diferencias porcentuales entre las características específicas, no hay diferencias por nivel de significancia.

Tales diferencias porcentuales fueron:

Las mujeres del SP presentaron una mayor proporción, con el 65%, mientras que las del SM corresponden al 60%.

Llama la atención que el grupo de las mujeres más jóvenes, de entre 25 y 35 años, es el que tiene

una mayor participación en este nivel, con el 72%. Son ellas las que poseen menos información sobre el cáncer cervicouterino, a diferencia de las mujeres de mayor edad, entre los 35 y 55 años, que representan alrededor del 59%. Quizás esto se deba a su experiencia con los servicios de salud, es decir, tienen más años acudiendo a los servicios, o más experiencia en cuanto a los eventos reproductivos, cuidado de los hijos y de la familia, etc. Sin embargo, esto no es consecuente con el hecho de que es este grupo de edad el que tiene una menor práctica de la prueba de Papanicolaou, como se describe más adelante.

Se observó que no hay grandes diferencias porcentuales entre los distintos niveles de escolaridad; aunque el 70% de las mujeres con estudios de primaria son las que representaron la mayoría; les sigue el 63% de las mujeres con estudios medios y el 58% de las mujeres con estudios de secundaria y las de estudios superiores.

En cuanto al índice de nivel de información "suficiente", llama la atención que las mujeres con mayor escolaridad, es decir, con estudios superiores, representaron prácticamente el mismo porcentaje del 2% que las mujeres con escolaridad de primaria. Esto reafirma, en términos generales, que no necesariamente la información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer de cérvix es mayor, en tanto aumente la escolaridad.

También las mujeres que durante su infancia y adolescencia no recibieron información o recibieron muy poca sobre cuerpo y sexualidad, o bien que la recibieron de manera regular o suficiente, en una gran proporción se ubicaron en el nivel de "nulo o básico" en cuanto a nivel de información sobre el cáncer cervicouterino.

Cuadro 14

Información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino

Pregunta/sector	Medio %	Popular %
Mujeres que afirmaron conocer cuando menos el cáncer cervicouterino*	84.5	82.4
Mujeres que afirmaron conocer cuando menos un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino	42.7	31.7
Mujeres que afirmaron haber oído hablar de la prueba de Papanicolaou	100.0	98.6
Mujeres que afirmaron saber que la prueba de Papanicolaou es útil para detectar otros problemas, además del cáncer cervicouterino	57.3	41.6

* Las otras opciones fueron cáncer de mama y cáncer de ovario.

Cuadro 15

Información sobre factores de riesgo según sector

Factor de riesgo	Medio %	Popular %
Por herencia, genética	19.1	4.1
Por tener muchos hijos	5.5	4.5
Por la edad	3.6	4.1
Por infecciones vaginales	27.3	22.6
Por tener muchas parejas sexuales	21.8	17.2
Otros	27.3	23.1
No sabe	30.0	45.2
Total de respuestas afirmativas que mencionan 1 ó más factores de riesgo, por sector	42.7	31.5

Cuadro 16

Nivel de información sobre la prueba de Papanicolaou

	Mujeres	Porcentaje
Nulo o básico	38	11.9%
Regular	237	71.6%
Suficiente	56	16.9%
Total	331	100.0%

Cuadro 17

Nivel de información sobre la prueba de Papanicolaou según sector, edad, escolaridad y nivel de información recibida

	Nivel de información			Significancia
	Nulo o básico	Regular	Suficiente	
Sector				0.0000**
Popular	16.6%	70.5%	12.9%	
Medio	1.8%	73.7%	24.6%	
Grupo de edad				0.4372
25-34 años	14.5%	72.7%	12.7%	
35-44 años	8.2%	72.7%	19.1%	
45-55 años	11.7%	69.4%	18.9%	
Nivel de escolaridad				0.0000**
Hasta primaria	26.4%	65.1%	8.5%	
Hasta secundaria	6.3%	72.2%	21.5%	
Estudios medios o técnicos	4.9%	76.5%	18.6%	
Estudios superiores	0.0%	75.0%	25.0%	
Información recibida sobre el cuerpo				0.0588
Nula o poca	14.4%	70.2%	15.3%	
Regular o suficiente	6.0%	74.1%	19.8%	
Información sobre el cáncer cervicouterino				0.0000**
Nula o básica	16.7%	71.3%	12.0%	
Regular o suficiente	2.5%	72.1%	25.4%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 18

Nivel de información sobre el cáncer cervicouterino

	Mujeres	Porcentaje
Nulo o básico	209	63.1%
Regular	115	34.7%
Suficiente	7	2.1%
Total	331	100.0%

Cuadro 19

Nivel de información sobre el cáncer cervicouterino según sector, edad, escolaridad y nivel de información recibida

	Nivel de información			
	Nulo o básico	Regular	Suficiente	Significancia
Sector				0.9769
Popular	65.0%	34.1%	0.9%	
Medio	59.6%	36.0%	4.4%	
Grupo de edad				0.04227
25-34 años	71.8%	25.5%	2.7%	
35-44 años	59.1%	40.9%	0.0%	
45-55 años	58.6%	37.8%	3.6%	
Nivel de escolaridad				0.61363
Hasta primaria	69.8%	28.3%	1.9%	
Hasta secundaria	58.2%	40.5%	1.3%	
Estudios medios o técnicos	62.7%	34.3%	2.9%	
Estudios superiores	56.8%	40.9%	2.3%	
Información recibida sobre el cuerpo				0.01398
Nula o poca	67.9%	30.7%	1.4%	
Regular o suficiente	54.3%	42.0%	3.7%	

*p<0.05 **p<0.01

Las mujeres y la práctica de la prueba de Papanicolaou

El 88.5% de las mujeres de la muestra afirmó haberse realizado *alguna vez* la prueba de Papanicolaou. Sin ser compararativo a nivel geográfico, cabe mencionar que dicho porcentaje resulta contrastante con las tasas de cobertura en la práctica de la prueba del sector salud en Sonora, que no alcanza el 30% de la población. Hay que señalar que por sector la proporción más alta se ubicó en el SM, con el 96.4%, contra el 84.6% del SP (cuadro 20). Otro contraste sería que el grupo de mujeres de menor edad, de 25 a 34 años del SP, es el que representa la proporción menor (76%), a diferencia de las mujeres mayores, de 35 a 55 años, que representaron alrededor del 90%.

Con base en estos datos se definieron tres niveles de práctica (cuadro 21): la *inexistente*, que representa a las mujeres que *nunca* se habían hecho la prueba . Dentro de las que sí se la habían hecho se diferenció una práctica *inadecuada* de una *adecuada*, clasificación que nos permitió profundizar en la caracterización de cómo es la práctica de la prueba de Papanicolaou. Se definieron según los siguientes criterios:

Práctica inadecuada: mujeres que tenían una periodicidad mayor de dos años en la realización de la prueba y/o tenían más de dos años de habérsela practicado.

Práctica adecuada: mujeres que declararon haberse hecho la última prueba hacía dos años o menos.

Las mujeres que nunca se habían realizado la prueba conformaron el 11.5% de la muestra total. Las proporciones que se clasificaron en práctica inadecuada y representaron casi el 27% y aquéllas que

se clasificaron en una práctica adecuada representaron al 62% de las mujeres de la muestra (cuadro 21).

Dentro de estas últimas nos interesa resaltar algunos matices que resultan importantes en la caracterización de la práctica (cuadro 22), y que implica reconocer también algunas posibles relaciones con los servicios de salud: los datos se presentan en un cuadro de 2X2 que incluye cómo fue el inicio y la periodicidad.

Se definió como *inicio adecuado* cuando se hizo por primera vez la prueba de Papanicolaou después de iniciar las relaciones sexuales o después de casarse, si esta condición se toma como igual que la primera, o bien, un poco después, cuando tuvieron al primer hijo. Partimos de la consideración que al iniciar la práctica de la prueba de esta manera habría más posibilidades de tener acceso a información sobre ésta y los servicios de salud donde podría realizarse y conocer la experiencia de la misma, mayor información del proceso en sí, lo que podría aumentar la probabilidad de continuar con la práctica adecuada posteriormente, incluyendo una periodicidad adecuada. Un *inicio inadecuado,* según lo definimos, se refiere a cuando las mujeres habían iniciado su práctica después de varios o todos sus hijos.

La *periodicidad adecuada* se delimitó a los 2 años o menos. La señalada en la Norma Oficial vigente durante el levantamiento de la información indicaba un año o seis meses, según el caso, pero según información conocida en sondeos previos al cuestionario la periodicidad regular podía ser hasta de dos años. La *periodicidad inadecuada* en la práctica de la prueba se definió como aquella que se realiza después de cada dos años.

Según los porcentajes, casi el 40% de las mujeres declararon una práctica adecuada, es decir, con un

inicio y periodicidad adecuados. El porcentaje mayor entre el resto, está el 22%, que aunque tenían una periodicidad adecuada, tuvieron un inicio inadecuado, es decir, son mujeres que se sometieron a su primera prueba de Papanicolaou después de varios o todos los hijos. La relevancia de este aspecto reside no sólo en la probabilidad de mantener la práctica posteriormente, sino además en las implicaciones de acceso a información y servicios de salud. Un 12% de la muestra afirmó haber iniciado adecuadamente la práctica de la prueba, pero mantenía una periodicidad inadecuada.

Estos datos toman mayor relevancia si se comparan por grupos de edad (cuadro 23):

Se constata que las mujeres que tienen una práctica adecuada (inicio y periodicidad) son en su mayor parte del grupo de las más jóvenes, entre 25 y 34 años, con el 55%; le siguen las de mediana edad y las menos son del grupo de 45 a 55 años, con el 33%. Es decir, a medida que se incrementa la edad, disminuye la proporción de mujeres que tienen una práctica adecuada en términos de inicio y periodicidad.

Lo anterior señala que el problema no es que una proporción importante nunca se haya hecho la prueba de Papanicolaou, ya que el 88% de las mujeres del estudio se la habían hecho *alguna vez*, sino la *periodicidad* con la que mantienen la práctica. Alrededor del 30% de las mujeres de todas las edades mantenían una periodicidad inadecuada.

Finalmente, según los datos antes descritos, se contrastó el tipo de práctica de la prueba (inexistente, inadecuada y adecuada) con algunas de las variables centrales (cuadro 24):

Por sector de pertenencia, las del SP son las que presentaron la mayor proporción en una práctica inexistente o inadecuada, mostrando diferencias

significativas con las mujeres del SM. Es decir, es mucho más probable encontrar esta conducta entre las mujeres del SP que entre las del SM.

Las mujeres con primaria o menos representaron casi el 40% de las mujeres con una práctica inadecuada y las profesionistas ocuparon el doble de esta proporción, con una práctica adecuada, con el 80%. Hay un alto nivel de significación entre estas variables.

Las jóvenes representaron el mayor porcentaje de las que declararon no haberse hecho nunca la prueba de Papanicolaou (20%), pero el menor de las que tenían la práctica adecuada (55%), puesto que en ésta son las mujeres de edad mediana quienes ocupan la mayor proporción (67%), seguidas por las de mayor edad (64%).

Las mujeres que recibieron una menor información sobre el cuerpo se ubicaron en menor porcentaje en una práctica adecuada. No hay significancia entre esta variable y el tipo de práctica.

En cuanto al nivel de información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer de cérvix, y, especialmente con respecto al primero, las diferencias parecen más fuertes: aquellas mujeres con menos información de la prueba y el cáncer tenían una menor práctica adecuada; en contrapartida, aquéllas que tenían menos información sobre estos dos asuntos son las que representaron la mayor proporción de una práctica inadecuada.

Respecto a la práctica que mantienen las mujeres según su carga doméstica, se observó que no necesariamente tener una carga muy alta impide que tengan una práctica adecuada; si bien es cierto que de las mujeres que tienen una práctica inexistente declararon en una proporción mayor tener una carga "muy alta" en comparación con las que tienen una

carga baja o alta, también éstas representan una de las proporciones más altas entre las que mantienen una práctica adecuada.

La información con que contaban las mujeres sobre los lugares en donde se realizaba la prueba de Papanicolaou y si ésta es gratuita o no (cuadro 28), llama la atención que el mayor porcentaje refirió conocer la mayoría de los servicios y tener información al respecto. Pero lo que es importante enfatizar es que por tipo de práctica, las mujeres que nunca se habían hecho el examen señalaron, aunque en un porcentaje menor a las mujeres con práctica, conocer este tipo de información. Ello sugiere que las mujeres cuentan, cuando menos, con información sobre dónde se realiza la prueba y si hay cobro por la misma.

Resulta importante describir las razones por las que las mujeres acudieron a la prueba de Papanicolaou, sobre todo para mostrar qué tanto tomaron la decisión como parte de sus prácticas de autocuidado o bien por razones médicas, ya sea por problemas ginecológicos o por petición expresa del médico, y mostrar, además, cómo se distribuyen estas razones por tipo de práctica.

El 52% de las mujeres del SP declaró que acudió a la prueba porque "ya le tocaba", es decir, aludiendo a una periodicidad (cuadro 29); las del SM representaron el 74% dentro de esta categoría. Dentro del SP, la cuarta parte de las mujeres había acudido a la prueba por petición del médico. Aunque no se preguntó expresamente el porqué las habían mandado a realizarse la prueba, suponemos que principalmente por problemas médicos.

En cuanto a nivel de práctica, dentro de las que tenían una práctica inadecuada representaron la mayor proporción de mujeres (casi el 40%) las que fueron a

practicarse la prueba a petición del médico (cuadro 30); en cambio, entre las mujeres con una práctica adecuada, el 75% de ellas acudieron bajo la razón de que "ya les tocaba", es decir, cumpliendo la recomendación de una periodicidad regular de dos años o menos.

Cuadro 20

Mujeres que se han practicado alguna vez la prueba de Papanicolaou, por grupo de edad y sector

Grupo de edad	Sector medio		Sector popular	
	No.	%	No.	%
25-34	22	95.7	66	75.9
35-44	42	95.5	60	90.9
45-55	42	97.7	61	89.7
Totales de sector	106 96.4%		187 84.6 %	

Cuadro 21

Práctica de la prueba de Papanicolaou

Práctica	Mujeres	Porcentaje
Inexistente	38	11.5%
Inadecuada	88	26.6%
Adecuada	205	61.9%

Inexistente: Mujeres que nunca se han hecho la prueba de Papanicolaou.

Inadecuada: Mujeres que tenían una periodicidad mayor de 2 años en la práctica de la prueba de Papanicolaou y/o tenían más de 2 años de la última prueba.

Adecuada: Mujeres que tenían una periodicidad de 2 años o menos y declararon haberse hecho la última prueba de Papanicolaou hacía 2 años o menos.

Cuadro 22

Tipo de práctica de la prueba de Papanicolaou (población total)

Inicio	Periodicidad	
	Adecuada	Inadecuada
Adecuada	39.5%	12.3%
Inadecuada	22.3%	14.2%

Periodicidad: *adecuada* = cuando tenían 2 años o menos de haberse hecho la última prueba de Papanicolaou y/o cuando declararon una periodicidad de 2 años o menos.
inadecuada = cuando tenían más de 2 años de haberse hecho la última prueba de Papanicolaou y/o cuando declararon una periodicidad en la práctica de más de 2 años.

Inicio: *adecuado* = haberse hecho la primera prueba de Papanicolaou antes o después del primer hijo.
inadecuado = haberse hecho la primera prueba de Papanicolaou después de varios o todos sus hijos.

Cuadro 23

Tipo de práctica de la prueba de Papanicolaou por edad

Práctica de la prueba de Papanicolaou	Grupo de edad		
	25-34 años	35-44 años	45-55 años
Inicio y práctica inadecuadas	14.8%	11.8%	21.4%
Inicio inadecuado y práctica adecuada	13.6%	24.5%	35.9%
Inicio adecuado y práctica inadecuada	17.0%	15.7%	9.7%
Inicio y práctica adecuadas	54.5%	48.0%	33.0%

Cuadro 24

Práctica de la prueba de Papanicolaou

	Práctica de la prueba de Papanicolaou			
	Inexistente	Inadecuada	Adecuada	Significancia
Sector				0.0000**
Popular	15.7%	30.9%	53.5%	
Medio	3.5%	18.4%	78.1%	
Grupo de edad				0.0153*
25-34 años	20.0%	25.5%	54.4%	
35-44 años	7.3%	25.5%	67.3%	
45-55 años	7.2%	28.8%	64.0%	
Nivel de escolaridad				0.0003**
Hasta primaria	17.0%	39.6%	43.4%	
Hasta secundaria	11.4%	20.3%	68.4%	
Estudios medios o técnicos	7.8%	23.5%	68.6%	
Estudios superiores	6.8%	13.6%	79.5%	
Información recibida sobre el cuerpo				0.2116
Nula o poca	13.0%	28.4%	58.6%	
Regular o suficiente	8.6%	23.3%	68.1%	

*$p<0.05$ **$p<0.01$

Cuadro 24 (cont.)

Práctica de la prueba de Papanicolaou

	Práctica de la prueba de Papanicolaou			
	Inexistente	Inadecuada	Adecuada	Significancia
Nivel de información sobre el cáncer cervicouterino				0.0001**
Nulo o básico	15.8%	30.1%	54.1%	
Regular o suficiente	4.1%	20.5%	75.4%	
Nivel de información sobre la prueba de Papanicolaou				0.0000**
Nulo o poco	55.3%	39.5%	5.3%	
Regular	6.3%	27.0%	66.7%	
Suficiente	3.6%	16.1%	80.4%	
Carga doméstica				0.1438
Baja	0.0%	35.5%	64.5%	
Alta	9.6%	22.9%	67.5%	
Muy alta	13.8%	26.7%	59.4%	
Carga de trabajo por hijos menores de 12 años				0.0413
Baja	9.0%	26.5%	64.8%	
Alta	10.0%	38.6%	51.4%	
Muy alta	15.5%	19.8%	64.7%	
Trabajo extradoméstico				0.3502
Sí	9.2%	24.4%	66.4%	
No	13.0%	28.0%	59.0%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 25

¿Usted considera que las mujeres cuidamos nuestra salud?

	Sí	Más o menos	No	Significancia
Sector				0.0064**
Popular	56.2%	26.7%	17.1%	
Medio	39.8%	30.1%	30.1%	
Grupo de edad				0.1472
25-34 años	49.5%	33.9%	16.5%	
35-44 años	55.5%	20.0%	24.5%	
45-55 años	46.8%	29.7%	23.4%	
Nivel de escolaridad				0.0382*
Hasta primaria	60.4%	26.4%	13.2%	
Hasta secundaria	45.6%	25.3%	29.1%	
Estudios medios o técnicos	51.0%	29.4%	19.6%	
Estudios superiores	34.9%	32.6%	32.6%	
Información recibida sobre el cuerpo				0.0670
Nula o poca	53.0%	23.7%	23.3%	
Regular o suficiente	46.1%	35.7%	18.3%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 25 (cont.)

¿Usted considera que las mujeres cuidamos nuestra salud?

	Sí	Más o menos	No	Significancia
Información sobre el cáncer cervicouterino				0.5978
Nula o básica	51.9%	26.0%	22.1%	
Regular o suficiente	48.4%	31.1%	20.5%	
Información sobre la prueba de Papanicolaou				0.0432*
Nula o básica	71.1%	15.8%	13.2%	
Regular	50.0%	27.5%	22.5%	
Suficiente	39.3%	37.5%	23.2%	
Práctica de la prueba de Papanicolaou				0.2906
Inexistente	60.5%	23.7%	15.8%	
Inadecuada	52.3%	21.6%	26.1%	
Adecuada	48.0%	31.4%	20.6%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 26

¿Qué hace si tiene trastornos en la regla?

	Nunca ha tenido	Se atiende con el médico	Espera a que se le pase	Usa productos naturales	Consulta con amigas	Otros
Sector						
Popular	25.8%	45.2%	14.7%	9.2%	1.8%	3.2%
Medio	34.2%	43.9%	10.5%	5.3%	1.8%	4.4%
Grupo de edad						
25-34 años	24.5%	42.7%	23.6%	9.1%	0.0%	0.0%
35-44 años	31.8%	40.9%	10.9%	10.0%	0.9%	5.5%
45-55 años	29.7%	50.5%	5.4%	4.5%	4.5%	5.4%
Nivel de escolaridad						
Hasta primaria	27.4%	46.2%	13.2%	7.5%	2.8%	2.8%
Hasta secundaria	30.4%	38.0%	13.9%	13.9%	0.0%	3.8%
Est. técnicos o medios	29.4%	45.1%	11.8%	5.9%	2.9%	4.9%
Estudios superiores	27.3%	52.3%	15.9%	2.3%	0.0%	2.3%
Información recibida sobre el cuerpo						
Nula o básica	29.8%	46.5%	10.2%	6.5%	2.3%	4.7%
Regular o suficiente	26.7%	41.4%	19.0%	10.3%	0.9%	1.7%

Cuadro 26 (cont.)

¿Qué hace si tiene trastornos en la regla?

	Nunca ha tenido	Se atiende con el médico	Espera a que se le pase	Usa productos naturales	Consulta con amigas	Otros
Información sobre el cáncer cervicouterino						
Nula o básica	30.1%	41.6%	15.3%	7.7%	2.4%	2.9%
Regular o suficiente	26.2%	50.0%	9.8%	8.2%	0.8%	4.9%
Información sobre la prueba de Papanicolaou						
Nula o básica	34.2%	36.8%	18.4%	7.9%	2.6%	0.0%
Regular	28.7%	44.3%	11.8%	9.3%	2.1%	3.8%
Suficiente	25.0%	51.8%	16.1%	1.8%	0.0%	5.4%
Práctica de la prueba de Papanicolaou						
Inexistente	31.6%	39.5%	21.1%	2.6%	5.3%	0.0%
Inadecuada	36.4%	30.7%	17.0%	10.2%	2.3%	3.4%
Adecuada	24.9%	51.7%	10.2%	7.8%	1.0%	4.4%

Cuadro 27

¿Qué hace si tiene infección o flujo vaginal?

	Nunca ha tenido	Se atiende con el médico	Espera a que se le pase	Usa productos naturales	Consulta con amigas
Sector					
Popular	19.8%	71.9%	3.7%	2.3%	2.3%
Medio	28.1%	66.7%	0.9%	0.9%	3.5%
Grupo de edad					
25-34 años	21.8%	70.0%	2.7%	0.9%	4.5%
35-44 años	21.8%	72.7%	2.7%	1.8%	0.9%
45-55 años	24.3%	67.6%	2.7%	2.7%	2.7%
Nivel de escolaridad					
Hasta primaria	18.9%	72.6%	5.7%	1.9%	0.9%
Hasta secundaria	21.5%	73.4%	1.3%	3.8%	0.0%
Est. técnicos o medios	20.6%	69.6%	2.0%	1.0%	6.9%
Estudios superiores	38.6%	59.1%	0.0%	0.0%	2.3%
Información recibida sobre el cuerpo					
Nula o básica	22.8%	69.3%	4.2%	1.4%	2.3%
Regular o suficiente	22.4%	71.6%	0.0%	2.6%	3.4%

Cuadro 27 (cont.)

¿Qué hace si tiene infección o flujo vaginal?

	Nunca ha tenido	Se atiende con el médico	Espera a que se le pase	Usa productos naturales	Consulta con amigas
Información sobre el cáncer cervicouterino					
Nula o básica	24.4%	67.0%	4.3%	1.4%	2.9%
Regular o suficiente	19.7%	75.4%	0.0%	2.5%	2.5%
Información sobre la prueba de Papanicolaou					
Nula o básica	26.3%	63.2%	10.5%	0.0%	0.0%
Regular	22.8%	69.2%	1.7%	2.5%	3.8%
Suficiente	19.6%	78.6%	1.8%	0.0%	0.0%
Práctica de la prueba de Papanicolaou					
Inexistente	26.3%	60.5%	10.5%	0.0%	2.6%
Inadecuada	21.6%	65.9%	4.5%	2.3%	5.7%
Adecuada	22.4%	73.7%	0.5%	2.0%	1.5%

Cuadro 28

Información sobre servicios según práctica de la prueba de Papanicolaou

Práctica / Información sobre el servicio	Inexistente	Inadecuada	Adecuada
Sabían sí se cobraba o no	74.8	87.6	88.4
No sabían	25.2	12.4	11.6

Cuadro 29

Razón para hacerse la última prueba de Papanicolaou

Sector	Medio	Popular
Razón		
Porque ya me tocaba	51.9%	73.6%
Porque tenía mucho tiempo que no me la hacía	9.8%	6.4%
Por problemas ginecológicos	13.1%	17.3%
Porque me la mandó hacer el doctor	25.7%	11.8%
Otros	7.7%	2.7%

* Porcientos basados en el total de respuestas.

Cuadro 30

Razón de la última prueba de Papanicolaou según tipo de práctica

Práctica	Inadecuada	Adecuada
Razón		
Porque ya me tocaba	25.0%	75.1%
Porque tenía mucho tiempo que no me la hacía	12.5%	6.8%
Por problemas ginecológicos	14.8%	14.6%
Porque me la mandó hacer el doctor	38.6%	12.7%
Otros	15.9%	1.5%

* Porcientos basados en el total de respuestas.

Uso, información y percepción de la calidad de los servicios de salud

Una de las preguntas de investigación se refirió al uso y la percepción de los servicios de salud en relación con la práctica de la prueba de Papanicolaou. Se partió de la idea y la información que se obtuvo de los grupos focales anteriores a la encuesta, que la calidad y calidez en los servicios de salud, es decir, tanto en términos de acceso, de tiempo invertido, de rapidez, de trato personal y la confianza en general al servicio, es un asunto de especial importancia en la toma de decisiones de las mujeres para acudir a practicarse la prueba, por lo que se incluyeron varias preguntas sobre su experiencia en los servicios.

Según el lugar y tipo de práctica (cuadro 31), los porcentajes de mujeres con una práctica inadecuada acuden principalmente a centros de salud, y en menor medida a clínicas del IMSS y servicio particular (27%, 21% y 22%, respectivamente); en cuanto a las mujeres con una práctica adecuada, la mayor proporción refirió acudir al servicio particular, con el 38%, y al centro de salud, con el 22%. Esto pudiera sugerir aspectos de confianza en el servicio.

Las razones de elección mayormente mencionadas, según lugar (cuadro 32), señalan al IMSS, ISSSTESON e ISSSTE, es decir, los servicios de seguridad social, como los lugares al que "les toca ir". Los centros de salud son mencionados en un 37% como los lugares más cercanos; en términos de eficiencia, el servicio particular es el más mencionado, aunque la Agrupación George Papanicolaou presentó un porcentaje similar (29% y 26%); en términos de confianza y mejor trato, las mujeres se refirieron principal-

mente al servicio particular (84%) y a la agrupación (67%).

Como parte de la calidad de los servicios, los resultados de la prueba de Papanicolaou deberían ser explicados; aunque más de la mitad de las mujeres encuestadas mencionaron a todos los servicios, las diferencias porcentuales son importantes de señalar (cuadro 33): el más alto porcentaje fue para la clínica del ISSSTE y el servicio particular (93% y 92%) y el lugar menos mencionado fue el IMSS (59%).

Según los datos mostrados en los cuadros 34-36, la percepción de las mujeres acerca de los servicios de salud, por sector, tipo de práctica y servicio, en lo general es en términos positivos (entre el 70% y 100%). Hay diferencias significativas en varias de las preguntas, según el sector, que tienen que ver con el tiempo de espera y de entrega de resultados, sobre todo en este último aspecto; el 32% de las mujeres del SP señalaron que era mucho el tiempo de espera y el 27% que era regular. En cambio, las del SM declararon en un 6% que el tiempo era mucho y en un 71%, que era poco. Esto tiene relación con el tipo de servicio al que acuden, ya que las mujeres del SP es más probable que se estén refiriendo a los servicios públicos de salud, y las del SM al servicio particular.

Según tipo de práctica, las mujeres con una práctica inadecuada declararon en un 36% que los servicios no les explicaron el resultado de la prueba y las del SM afirmaron esto en un 19%.

La evaluación que se hace por servicio de salud se observa en el cuadro 35. Se confirma que la percepción de las mujeres, según su experiencia en la toma de Papanicolaou, es buena.

Con los datos anteriores se elaboró un índice sobre la percepción de la calidad de los servicios y se definieron tres niveles: *regular o negativa, positiva y muy*

positiva. El cuadro 36 muestra, según sector, servicio médico utilizado y tipo de práctica, cómo es su percepción y todas las variables presentaron diferencias significativas. El SP agrupó el mayor porcentaje de una percepción negativa o regular, a diferencia del SM que casi el 73% de sus respuestas fue bajo la clasificación de una percepción muy positiva.

Por tipo de práctica es importante señalar que las mujeres con una *práctica inadecuada tienen en mayor porcentaje una percepción regular o negativa de los servicios (21%), a diferencia de las mujeres con una práctica adecuada, que en mayor porcentaje tienen una percepción muy positiva (55%).*

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de las mujeres tienen una percepción positiva en lo general de los servicios, cuando se les preguntó cómo se sintieron cuando se les hizo la prueba (cuadro 37), entre el 55% y el 87% de ellas respondieron haberse sentido "con nervios, malestar e incomodidad". La clínica del ISSSTE presentó el mayor porcentaje con el 87%. Por su parte, el consultorio particular y la agrupación "George Papanicolaou" fueron los servicios de salud con los mayores porcentajes en la categoría de "naturalidad y confianza". Esto señala dos cosas: por un lado, que la prueba para la mayoría de las mujeres resulta ser una experiencia poco agradable, pero en esta situación el tipo de servicio influye en esa sensación. Los servicios particulares y el servicio de la agrupación mencionada resultaron ser los más reconocidos en términos positivos, y se confirma al ubicarlos como los servicios donde las mujeres dijeron sentirse con mayor "naturalidad y confianza".

Llama la atención que a pesar de que la mayor parte de las mujeres refirieron que se enteraron de la prueba por los prestadores de servicios (médicos y

enfermeras), el 70% de ellas nunca había asistido a alguna plática de información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer de cérvix; por tipo de práctica, el 87% de las mujeres que nunca se habían hecho la prueba habían estado en alguna plática sobre estos temas.

Desde la opinión femenina en cuanto a por qué las mujeres (en colectivo, donde se incluyen tácitamente) no se hacen la prueba de Papanicolaou, según sector y tipo de práctica (cuadro 38), podemos señalar lo siguiente:

Tanto las del SP como del SM señalaron principalmente que las mujeres no se hacen la prueba de Papanicolaou por "desidia, flojera, negligencia o descuido" (46% y 61%). Tal razón está dada en términos de responsabilidad individual y de voluntad y es una respuesta que tiene implícito, el "deber ser" en el cuidado de la salud. Si consideramos que en lo general las mujeres de la muestra tenían información sobre la prueba y el cáncer cervicouterino, resulta consistente su reconocimiento de la necesidad de hacérsela como una decisión que ellas deberían tomar.

Aunque en menor porcentaje, pero sin dejar de ser importante en la tabla general, las razones mencionadas en segundo lugar, tanto por las mujeres del SP como del SM, es el de "vergüenza de que las vean..." y/o porque "no le tienen confianza al médico" (42% y 35% respectivamente). Las mujeres del SP aluden en casi el 30% que por miedo (sin especificar a qué, podría ser a la prueba en sí o a los resultados); en cambio las del SM señalaron esta razón en un 16%.

Por tipo de práctica, las mujeres que tenían una práctica inexistente señalaron en un 53% de las respuestas que por "vergüenza" no se hacían la prueba; las de práctica inadecuada y adecuada muestran un porcentaje similar, 35% y 39%, respectivamente.

Según la opinión de las mujeres, tanto de práctica adecuada como de práctica inadecuada, sobre lo que se necesita para que más mujeres acudan a la prueba (cuadro 39), puede agruparse en dos tipos: aquéllas referidas a causas externas, del medio social y de los servicios, y aquéllas de tipo más personal.

En el primer tipo se agrupó el mayor número de respuestas, es decir, las mujeres que tienen una práctica de la prueba de Papanicolaou consideran que las causas externas a la voluntad y a la decisión personal son muy importantes y son factores que influyen en la toma de decisión para acudir a la prueba; en menor medida se refieren a factores que son más propios de su voluntad y aspectos personales.

La opción de otros se refieren a aspectos como la obligatoriedad del examen, miedo a la enfermedad, más apoyo de la familia, servicios gratuitos, entre otros.

Por su parte, las mujeres que nunca se han realizado la prueba opinaron principalmente que necesitan "más tiempo y voluntad" para acudir a hacerse el examen; se refieren a la decisión como una cuestión propia y personal, pero también necesitarían más "valor", es decir, que se les quitara el miedo y la vergüenza, que aluden a aspectos subjetivos ante la prueba. Aparece aquí la razón de la aparición de síntomas, pues al no existir éstos, no se acude al médico. Los menos mencionados fueron los aspectos relacionados con causas externas; básicamente consideran que ellas tienen la capacidad de decidir ir o no a la prueba, y casi no se menciona que necesitan más información al respecto. Esto difiere con la opinión de las mujeres con práctica.

Cuadro 31

Lugar de última la prueba de Papanicolaou según tipo de práctica

Tipo de práctica	Inadecuada	Adecuada
Lugar		
Centro de salud	27.3%	21.0%
Clínica del IMSS	20.5%	18.5%
Clínica del ISSSTESON	6.8%	3.9%
Consultorio o médico particular	21.6%	38.0%
Agrupación G. Papanicolaou	18.2%	12.7%
Clínica del ISSSTE	5.7%	5.9%

Cuadro 32

Razón de elección según lugar de la última prueba de Papanicolaou

Lugar / Razón	Centro de salud	Clínica del IMSS	Clínica del ISSSTESON	Consultorio o médico particular	Agrupación G. Papanicolaou	Clínica del ISSSTE
Porque me queda más cerca	37.3%	1.8%	0.0%	3.1%	11.9%	13.3%
Porque es donde me toca/porque es gratis	32.8%	100.0%	100.0%	13.4%	2.4%	86.7%
Porque es mejor la atención/porque es más rápida	10.5%	5.4%	7.1%	28.9%	26.1%	0.0%
Porque me tratan mejor/les tengo más confianza	23.9%	3.6%	7.1%	83.5%	66.7%	26.6%
Otro	20.9%	5.4%	0.0%	13.4%	19.0%	6.7%

* Porcientos basados en el total de respuestas.

Cuadro 33

Sí le explicaron los resultados, según lugar de práctica de la prueba de Papanicolaou

Lugar / Respuesta	Centro de salud	Clínica del IMSS	Clínica del ISSSTESON	Consultorio o médico particular	Agrupación G. Papaincolaou	Clínica del ISSSTE
No contestó	9.0%	8.9%	7.1%	1.0%	0.0%	0.0%
Sí	76.1%	58.9%	64.3%	91.8%	71.4%	93.3%
No	13.4%	32.1%	28.6%	7.2%	28.6%	6.7%

Cuadro 34

Percepción sobre los servicios de salud donde se practica la prueba de Papanicolaou, según sector y tipo de práctica

	Sector		Significancia	Nivel de práctica		Significancia
	Popular	Medio		Inadecuada	Adecuada	
Explican bien la prueba			0.0756			0.0010**
No	27.3%	18.2%		36.4%	18.5%	
Sí, más o menos	72.7%	81.8%		63.6%	81.5%	
El personal le inspira confianza y seguridad			0.2186 f			0.0747 f
No	4.9%	1.8%		6.8%	2.4%	
Sí, más o menos	95.1%	98.2%		93.2%	97.6%	
Considera que el trato es amable			0.2186 f			0.0928 f
No	4.9%	1.8%		6.8%	2.4%	
Sí, más o menos	95.1%	98.2%		93.2%	97.6%	
El instrumental le da confianza			0.2372			0.3215
No	9.3%	5.5%		10.2%	6.8%	
Sí, más o menos	90.7%	94.5%		89.8%	93.2%	
Considera que el lugar de la toma es adecuado			0.7145 f			0.2469 f
No	3.3%	1.8%		4.5%	2.0%	
Sí, más o menos	96.7%	98.2%		95.5%	98.0%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 34 (cont.)

Percepción sobre los servicios de salud donde se practica la prueba de Papanicolaou, según sector y tipo de práctica

	Sector		Significancia	Nivel de práctica		Significancia
	Popular	Medio		Inadecuada	Adecuada	
Cómo considera el tiempo de espera			0.0003**			0.3934
Mucho	7.7%	6.4%		10.2%	5.9%	
Regular	41.0%	19.1%		33.0%	32.7%	
Poco	51.4%	74.5%		56.8%	61.5%	
Considera que los horarios de toma son adecuados			0.4038			0.3018
No	4.9%	7.3%		8.0%	4.9%	
Sí	95.1%	92.7%		92.0%	95.1%	
Cómo considera el tiempo para entrega de resultados			0.0000**			0.0305*
Mucho	32.2%	6.4%		31.8%	18.5%	
Regular	27.3%	22.7%		19.3%	28.3%	
Poco	40.4%	70.9%		48.9%	53.2%	
Le tiene confianza a los resultados			0.2186 f			0.0197* f
No	4.9%	1.8%		8.0%	2.0%	
Sí, más o menos	95.1%	98.2%		92.0%	98.0%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 35

Percepción de los servicios de salud donde se practica la prueba de Papanicolaou, según lugar

	Centro de salud	Clínica del IMSS	Clínica del ISSSTESON	Consultorio o médico particular	Agrupación G. Papanicolaou	ISSSTE u otro
Explican bien la prueba						
No	23.9%	35.7%	14.3%	12.4%	38.1%	23.5%
Sí, más o menos	76.1%	64.3%	85.7%	87.6%	61.9%	76.5%
El personal le inspira confianza y seguridad						
No	1.5%	10.7%	0.0%	1.0%	4.8%	5.9%
Sí, más o menos	98.5%	89.3%	100.0%	99.0%	95.2%	94.1%
Considera que el trato es amable						
No	3.0%	8.9%	0.0%	1.0%	4.8%	5.9%
Sí, más o menos	97.0%	91.1%	100.0%	99.0%	95.2%	94.1%
El instrumental le da confianza						
No	9.0%	12.5%	0.0%	5.2%	2.4%	23.5%
Sí, más o menos	91.0%	87.5%	100.0%	94.8%	97.6%	76.5%
Considera que el lugar de la toma es adecuado						
No	1.5%	3.6%	0.0%	2.1%	0.0%	17.6%
Sí, más o menos	98.5%	96.4%	100.0%	97.9%	100.0%	82.4%

Cuadro 35 (cont.)

Percepción de los servicios de salud donde se practica la prueba de Papanicolaou, según lugar

	Centro de salud	Clínica del IMSS	Clínica del ISSSTESON	Consultorio o médico particular	Agrupación G. Papanicolaou	ISSSTE u otro
Cómo considera el tiempo de espera						
Mucho	4.5%	12.5%	7.1%	6.2%	4.8%	11.8%
Regular	55.2%	32.1%	21.4%	13.4%	42.9%	41.2%
Poco	40.3%	55.4%	71.4%	80.4%	52.4%	47.1%
Considera que los horarios de toma son adecuados						
No	4.5%	7.1%	7.1%	3.1%	4.8%	23.5%
Sí	95.5%	92.9%	92.9%	96.9%	95.2%	76.5%
Cómo considera el tiempo para entrega de resultados						
Mucho	44.8%	50.0%	7.1%	4.1%	4.8%	5.9%
Regular	31.3%	37.5%	14.3%	16.5%	16.7%	47.1%
Poco	23.9%	12.5%	78.6%	79.4%	78.6%	47.1%
Le tiene confianza a los resultados						
No	4.5%	8.9%	0.0%	1.0%	2.4%	5.9%
Sí, más o menos	95.5%	91.1%	100.0%	99.0%	97.6%	94.1%

Cuadro 36

Percepción de los servicios de salud en referencia a la prueba de Papanicolaou

	Percepción			Significancia
	Negativa o regular	Positiva	Muy positiva	
Sector				0.0000**
Popular	15.8%	47.0%	37.2%	
Medio	7.3%	20.0%	72.7%	
Servicio médico utilizado				0.0000**
Centro de salud	17.9%	59.7%	22.4%	
Clínica del IMSS	26.8%	55.4%	17.9%	
Clínica del ISSSTESON	0.0%	21.4%	78.6%	
Consultorio o médico particular	4.1%	16.5%	79.4%	
Agrupación George Papanicolaou	7.1%	31.0%	61.9%	
ISSSTE u otro	17.6%	29.4%	52.9%	
Práctica de la prueba de Papanicolaou				0.0142*
Inadecuada	20.5%	38.6%	40.9%	
Adecuada	9.3%	36.1%	54.6%	

*p<0.05 **p<0.01

Cuadro 37

Sensación cuando le hicieron la prueba de Papanicolaou, según lugar

Lugar / Sensación	Centro de salud	Clínica del IMSS	Clínica del ISSSTESON	Consultorio o médico particular	Agrupación G. Papanicolaou	Clínica del ISSSTE	Total
Nervios/malestar/	68.7%	57.1%	57.1%	54.6%	57.1%	86.7%	60.8%
incomodidad							
Naturalidad/confianza	32.8%	37.5%	42.9%	46.4%	45.2%	20.0%	39.6%
Otros	1.5%	5.4%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	2.4%

Cuadro 38

Opinión sobre los motivos por los que muchas mujeres no se hacen la prueba de Papanicolaou, según sector y nivel de práctica

	Sector		Nivel de práctica		
	Popular	Medio	Inexistente	Inadecuada	Adecuada
Por vergüenza a que las vean, porque no le tienen confianza al médico	41.9%	35.1%	52.6%	35.2%	39.0%
Por desidia, flojera, negligencia, por descuido	45.6%	60.5%	34.2%	54.5%	52.2%
Por miedo (sin especificar a qué)	29.0%	15.8%	36.8%	20.5%	23.9%
Por miedo a los resultados	11.5%	8.8%	13.2%	13.6%	8.8%
Por ignorancia	11.5%	29.8%	10.5%	6.8%	23.9%
Otros (que no tienen tiempo, dinero, su pareja no la deja, no sienten malestar, no sabe)	28.6%	35.1%	18.4%	37.5%	30.2%

* Porcientos basados en el total de respuestas.

Cuadro 39

Opinión de las mujeres con práctica de la prueba de Papanicolaou sobre lo que se necesita para una mayor práctica

	Práctica	
	Inadecuada	Adecuada
Más pláticas y orientación directamente a las mujeres, en sus casas y colonias	20.5%	28.3%
Mayor difusión en los medios de comunicación de manera constante y mensajes adecuados (que expliquen lo que es y lo que puede pasar)	34.1%	50.7%
Perder la vergüenza, el miedo y una mayor educación de las mujeres	11.4%	6.8%
Tomar conciencia, tenerse autoestima, quererse una misma	18.2%	21.0%
Otros*	33.0%	26.8%

* Las opiniones de "otros"se refieren a: que fuera obligatorio como las vacunas, que las mujeres tuvieran miedo a la enfermedad, que la familia apoyara, que los servicios fueran gratuitos, un mejor acceso a los lugares donde se hace la prueba, que los programas de convencimiento incluyeran a mujeres que ya fueron curadas, que los servicios tuvieran horario más flexible, que las personas que toman las pruebas tuvieran más delicadeza y profesionalismo.

Cuadro 40

Opinión de las mujeres que no se han realizado la prueba de Papanicolaou sobre lo que necesitan para acudir

	Porcentaje de mención
Más pláticas, que hubiera más información	11.1%
Que me empezara a sentir mal	22.2%
Más valor, que no nos diera miedo y vergüenza	25.0%
Más tiempo y voluntad para ir	33.3%
Otros (un susto, no sé, ya no la necesita)	16.7%

Discusión y conclusiones

En la formulación de la investigación partimos de los supuestos de que el sector socioeconómico de las mujeres, en este caso, de los sectores popular y medio, la escolaridad, la información sobre cuerpo y sexualidad en su formación familiar y el acceso a los servicios de salud, así como la información que se tenga sobre la prueba y el cáncer cervicouterino, representan elementos socioculturales de importancia en la decisión de acudir o no a realizarse la prueba de Papanicolaou. De allí que los siguientes comentarios privilegien la discusión sobre dichos aspectos.

Al preguntar a las entrevistadas qué información habían recibido sobre cuerpo y sexualidad en la familia, es tajante el "no" en la mayoría de las respuestas (cuadro 10). Se resume que independientemente del sector, edad y escolaridad, las mujeres recibieron poca información durante su infancia y adolescencia. Esto quiere decir que la familia no fue el canal de información de temas como cuerpo y sexualidad y esta información fue obtenida de otras fuentes, como escuela, amigos y compañeros de trabajo.

Las mujeres que afirmaron que nunca se habían hecho la prueba representan la mayor proporción de las que tenían una información "nula" sobre cuerpo y sexualidad; de las mujeres clasificadas con una práctica adecuada, en su mayoría habían recibido información que se clasificó como "regular o suficiente". En cambio, de las mujeres agrupadas bajo la clasificación de una práctica inadecuada, las proporciones están equilibradas entre las mujeres que se habían clasificado con una información "nula o poca" y "regular o suficiente". Esto sugiere que independientemente de la información recibida en el

seno de la familia sobre cuerpo y sexualidad, se lleva una práctica inadecuada.

La importancia de esta formación reside en que la decisión sobre la práctica de la prueba de Papanicolaou tiene que ver con el cuerpo, que al tener que iniciar la práctica de la prueba, se reflejan los miedos y vergüenza de mostrarse.

Las mujeres de ambos sectores manejan un nivel "regular" de información sobre la prueba de Papanicolaou, según la clasificación de los índices elaborados. Las mujeres sí tienen conocimientos sobre la utilidad de la prueba de Papanicolaou para la detección del cáncer cervicouterino, pero no muchos más sobre otras utilidades. En cuanto a la información que tienen sobre el cáncer cervicouterino, se ubican en el nivel de "nulo básico", pues no poseen conocimientos sobre factores de riesgo, aunque un aspecto importante que informaron saber es que el cáncer de cérvix se puede prevenir. Si bien otros estudios sobre este tema llegaron a la conclusión de que hay una estrecha relación entre conocer la utilidad de la prueba de Papanicolaou y la realización de ésta (Lazcano, *et al.*, 1999), en el presente estudio no se evidencia tal relación, pues pareciera ser que la socialización de la información que se ha logrado entre la población femenina de Hermosillo, de entre los 25 y 55 años, ha sido suficiente para que ellas acudan a la prueba.[19]

El 88% de las mujeres se habían hecho *alguna vez* la prueba de Papanicolaou. Sin embargo, al analizar esta práctica entre las que lo reportaron, se observaron diferencias importantes: la mayor proporción se clasificó en el nivel de práctica adecuada, que repre-

19 Véase cap. III sobre consideraciones metodológicas.

sentó al 62%; aquéllas que se clasificaron como de un nivel de práctica *inadecuada* fueron casi el 27% de la muestra.

De las mujeres con una práctica inadecuada, hay que enfatizar que éstas se distribuyen homogéneamente entre los tres grupos de edad.

Otro de los elementos a considerar es lo referente a los servicios de salud. A pesar de que en lo general las mujeres expresaron una opinión en términos positivos, los servicios médicos del sector público son los más señalados con la opinión de "negativa o regular", a diferencia de la consulta particular, que es el más señalado con una opinión "positiva" y "muy positiva".

Las razones por las que acuden a los diferentes servicios se refieren a aspectos de derechohabiencia, cercanía geográfica, eficiencia y confianza en los mismos. Así, el IMSS e ISSSTESON son los señalados para acudir a ellos por ser los que "les toca" (derechohabiencia). Los centros de salud son los más mencionados como los lugares más cercanos. El servicio particular es el más señalado en términos de eficiencia y de confianza; en este mismo sentido se menciona también a la agrupación "George Papanicolaou".

Nociones, ideas y percepciones sobre el cáncer cervicouterino y la práctica de la prueba de Papanicolaou

A través de la descripción de las temáticas centrales, tratadas durante las entrevistas individuales, se presentan planteamientos que aportan aproximaciones y respuestas a la pregunta de investigación. Los temas que abordamos en este apartado son: a) cultura del cuerpo y de la sexualidad, b) conocimientos e información acerca del cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolaou, c) prácticas de prevención y cuidado de la salud, específicamente la práctica de prevención del cáncer cervicouterino y d) percepción sobre los servicios de salud y la relación con los proveedores. En el primer apartado se hace una breve descripción de las características de las mujeres entrevistadas.

Sobre el primer tema se describe cuál es la información y cuáles son las experiencias que las mujeres entrevistadas tuvieron en relación con el cuerpo y la sexualidad, transmitidas a través de las redes familiares y extrafamiliares —padre, madre, otros parientes, amigas, maestros(as), otros—, para construir las nociones e ideas que sobre los mismos han desarrollado. En el segundo tema se detallan las nociones e ideas que las mujeres tienen acerca del cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolaou, así como las percepciones de la enfermedad y actitudes en el cuidado de su salud en general, y en particular respecto a la práctica de prevención del cáncer cervicouterino. Por último, se explica cómo las mujeres

se relacionan con los servicios de salud y cuáles son sus percepciones sobre los mismos.

Características de las mujeres entrevistadas

Por tratarse de la elección de una población para la parte cualitativa del estudio, se eligió una población heterogénea que mostrara la diversidad y, además, estuviera en congruencia con algunas características de las mujeres de la muestra estadística. Ello significa que fueron elegidas para ser entrevistadas mujeres tanto del sector popular como del sector medio y que hubieran sido madres alguna vez. Otras características comunes no fueron determinadas, ya que se trataba de tener diversidad.

Fueron ocho las mujeres entrevistadas, tres del sector medio y cinco del sector popular. Sus edades fluctúan entre 29 y 48 años. Respecto a la escolaridad, las que pertenecían al sector popular habían cursado la primaria y una de ellas era enfermera; las del sector medio eran universitarias.

Todas las entrevistadas, excepto una de ellas, tenían pareja sexual fija, ya fuera dentro del matrimonio o en unión libre. La de menos hijos(as) tenía uno, y la de más, cinco; las edades de los mismos fueron desde los seis meses de nacido(a) hasta jóvenes no mayores de 19 años. De manera general, aunque se tuvieran apoyos, las responsables directas y fundamentales del cuidado de estos hijos(as) eran las propias madres.

Si bien no todas las mujeres que fueron entrevistadas eran asalariadas en el momento de la entrevista, la vida de todas se caracterizaba por estar siempre en relación con el trabajo, ya fuera fijo o eventual, asalariado o no. Las tres mujeres del sector medio llevaba

relación fija con trabajos asalariados; sólo una de ellas tenía muchos años trabajando de manera independiente, aunque en el momento de la entrevista se encontraba dedicada exclusivamente a las tareas del hogar y la crianza. De las mujeres del sector popular, dos trabajaban de manera asalariada; una de ellas se dedicaba a la preparación y venta de alimentos y las otras dos habían trabajado anteriormente, pero en el momento de la entrevista se ocupaban en las labores de la casa y de la crianza. Una característica de la relación de estas mujeres con el trabajo es el hecho de la movilidad en el mismo; casi todas habían tenido distintos trabajos y además se caracterizaban por haber entrado y salido al mismo por temporadas. Dicha forma de incorporación al trabajo asalariado estaba asociada siempre con su ciclo de vida, ya sea en relación con el matrimonio o con la maternidad.

En términos generales, todas las entrevistadas tenían familiaridad con y acceso a los distintos servicios de salud: de gobierno, particular o algún servicio comunitario. La mayoría eran derechohabientes, ya fuera por su trabajo o por el trabajo del esposo o de algún hijo(a). Dos mujeres del sector popular y una del sector medio estaban en relación muy estrecha con organizaciones no gubernamentales que trabajaban en salud.

Algunas de las entrevistadas son de origen rural pero todas viven actualmente en Hermosillo, con varios años de haber radicado en la ciudad. En algunos casos los padres eran también originarios de la ciudad, pero en otros, provenían de zona rural, como Banámichi, Rayón y Huatabampo.

Cultura del cuerpo: entre la vergüenza y el silencio

La cultura occidental ha negado el cuerpo y la sexualidad[20] como expresión propia e intrínseca al ser humano. Una de las aportaciones de la reflexión feminista sobre la cultura sexual y la educación es precisamente el reconocimiento de que tanto la educación sexual como el tratamiento del cuerpo han sido diferenciadas para niños y niñas, de manera tal que no se les inculcan los mismos valores sobre su cuerpo; durante el crecimiento, a las niñas se les enseña que no deben mostrar su cuerpo y que hacerlo es vergonzoso, mientras que a los niños se les hace sentirse orgullosos del mismo; esto se expresa a través de los juegos, los movimientos y las posturas, entre otras cosas. Contrariamente a este valor sobre el cuerpo de las niñas, algunos medios de comunicación, como es el caso de la televisión, trasmiten imágenes de mujeres que se "muestran" a los hombres y por lo general no de hombres que se muestran. Estas acciones diferenciadas hacia el cuerpo de la niña y el niño, tanto como los mensajes que trasmiten imágenes femeninas encontradas con los valores hegemónicos de cómo debe ser una mujer, conforman parte de las ideologías de género. Ideologías que, como veremos a lo largo de este apartado, guardan estrecha relación con la práctica para la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Uno de los supuestos de la investigación fue que la cultura[21] del cuerpo y la sexualidad que las muje-

20 La sexualidad es un concepto en permanente construcción, pero aquí partimos definiéndolo como un objeto de construcción social y cultural, más que enfatizar su contenido biológico y fisiológico.

21 En este caso cultura se refiere a las ideas y valores aprendidos durante la socialización de los niño(as) en la familia y la escuela, así como las percepciones que se construyen sobre el cuerpo y la sexualidad en este mismo proceso a través de las relaciones con los "otros(as)", en la interacción social.

res tienen está en estrecha relación con elementos que influyen como obstáculos para que las mismas tengan una práctica adecuada de la prueba de Papanicolaou como parte de la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino. Por ello la búsqueda de datos acerca de la cultura de ser mujer, de las concepciones y experiencias del cuerpo femenino que un grupo de mujeres tiene, que aportó información importante para comprender esa estrecha relación.

En dicha práctica están involucrados los genitales femeninos, tanto como la autopercepción, los temores y vergüenzas que las mujeres tienen respecto a su cuerpo; de ahí la importancia de conocer acerca de estos aspectos, en la experiencia de las mujeres entrevistadas para el estudio.

Uno de los eventos significativos de las mujeres en nuestra cultura, en relación con el cuerpo, es la experiencia de la primera menstruación. La manera como se vive dicho suceso expresa mucho sobre la cultura del cuerpo femenino y sugiere la relación que las mujeres van a tener con el suyo. Se reconoce, de manera generalizada, que los cambios en el cuerpo femenino, particularmente la menstruación, se han experimentado durante generaciones con bastante desconocimiento. Aunque en la actualidad esta experiencia está cambiando, las mujeres entrevistadas para la investigación pertenecen a la generación cuyas madres no transmitieron información verbal sobre los sucesos biológicos durante el desarrollo físico-corporal, ni explicaciones explícitas acerca del cuerpo y la sexualidad. La experiencia corporal de las entrevistadas está asociada con mensajes implícitos a través del silencio y la negación del cuerpo y la sexualidad como expresión humana, además de mensajes negativos sobre los eventos biológicos, en

particular sobre la menstruación. Para casi todas las entrevistadas, la primera menstruación fue un evento que desconocían; si bien las madres o amigas les transmitieron alguna información, ésta no fue clara y mucho menos extensa, sino que se concretaba a advertencias sobre la higiene que había que tener. Sólo algunas de las entrevistadas sabían y/o habían oído hablar vagamente de la menstruación y otras habían tenido información de las amigas o de maestras. La mayoría no había recibido información directa de su madre, ni comunicación previa sobre el evento hasta el momento en que vivieron ellas mismas la experiencia.

De manera general, la información recibida sobre la menstruación consistía principalmente en advertencias y expresiones respecto a los "significados" del cambio, asociados todos ellos con los cuidados que debían tener al menstruar, en relación con los significados de riesgo que en nuestra cultura tiene la vivencia menstrual; riesgo de embarazarse por pasar de niña a adolescente, riesgo de ser descubierta al mancharse de sangre menstrual, riesgo de lastimarse, etc. Veamos lo que Margarita, de 29 años de edad, explica en relación con lo que había escuchado y lo que a ella le habían dicho:

> Había oído que era el cambio ya para ser más mujer. Que te iban a crecer los pechos y que ibas a cambiar más en cuanto a manera de pensar... que ya no ibas a ser una niñita, por ejemplo. Allá en la escuela, me acuerdo que nos decía el maestro. Y ya nos enseñaba ilustraciones de todo y... ahí me di cuenta, pero sí es cierto que empecé a sentir cambios, bien rara...
> I. ¿Raros?, ¿cómo?
> Así como un cambio... el cambio entre... dejar de ser niña para ser... un poco más mujer, yo creo. Pero no mujer, ¿no?, adolescente.

I. Oye, ¿y... tu mamá nunca te habló... de las cuestiones de la mujer?
No, es que éramos tantos en la casa, somos once y éramos así... de escalerita, uno cada año. Pero sí, cuando la primera vez que fue mi menstruación, cuando me bajó la regla, sí me dijo "tienes que cuidarte más"...
I. ¿Te dijo tu mamá?
"No andes corriendo ni andes jugando con niños porque te puedes lastimar". Nada, no me explicó nada ella. Pero me dijo "cuídate más... te va a doler el estómago", y así, pero nomás... fue todo (G.MA98)

Como se ve en el testimonio de Margarita, no hay ninguna expresión de alegría, gusto o confianza en relación con la experiencia. Tales advertencias sobre el inicio de la menstruación conforman las ideologías de género, que a su vez constituyen la identidad femenina.

La ausencia de información explícita tanto como el silencio guardado por las madres y personas adultas respecto al proceso del desarrollo biológico femenino, y en particular sobre el sangrado menstrual, conformó, en el caso de las mujeres entrevistadas, una vivencia generalmente asociada con el miedo, en la medida en que ellas experimentaron su primera menstruación, bajo el desconocimiento de la existencia del sangrado.

El mensaje trasmitido por parientes y otros adultos, una vez experimentado el primer sangrado, sobre "algo" que se debe "esconder", guardar discreción y de lo cual nadie debe saber, ha construido una vivencia del cuerpo y de la menstruación misma como un evento que causa miedo, angustia y sentimiento de vergüenza. La vergüenza por la menstruación es uno de los primeros sentimientos que las mujeres entrevistadas experimentaron en relación con su cuerpo. Experiencia que en nuestra cultura da significado al cuerpo y la sexualidad femeninos.

Yo, cuando ya me vino la regla, me asusté porque no sabía y ya tenía 13 años, y me acuerdo que muy asustada le dije a mi mamá: "¡Ay! mamá, me está saliendo sangre y me duele mucho el estómago". Yo pensé que era otra cosa, pues, y ya fue cuando ella (se refiere a la mamá) me platicó y me dijo que nunca me había dicho, porque pensó..., como teníamos una amiga, pues ya más grandecita, ¿no?, y pensó que ella ya nos había platicado... eso me dijo, y no, pues nunca... (C.R98)

Yo estaba en la escuela, en tercer año de primaria, y fue cuando me bajó la regla. Me asusté y me fui con mi mamá, lo normal cuando no tiene información uno.
I. ¿Tú no sabías nada?
No tenía absolutamente nada de información de lo que me iba a pasar. Vivíamos en un pueblo, no tenía información. Cuando me bajó la regla a los 11 años, yo estaba en la escuela, y me asusté mucho. Tenía una amiga que era una señora, porque a mi siempre me gustaron las amistades adultas desde muy chica, y me fui con ella y le dije lo que me estaba pasando. Entonces me preguntó qué sentía. Entonces ya ella me explicó. Era maestra del pueblo y me explicó, porque en ese tiempo no estaban mis papás ahí.
I. Ni con tus hermanas en la casa con tu mamá no se hablaba de nada de... las cosas del cuerpo... ¿nada?
No, nada, nada, nomás me decía: "ya eres tú una señorita, ya te están saliendo los pechos, y que el cuerpo te está cambiando", pero nomás, pero sí, sí hablaba de todo esto, pero nomás así. (G.MA98)

Como relatan las mujeres entrevistadas, la información que recibieron es, principalmente, en términos de advertencias sobre el cuidado del cuerpo y más aún sobre los cuidados que se deben tener, debido al significado de la sangre menstrual, en tanto que representa un cuerpo en desarrollo, un cuerpo sexuado, que representa potencial de reproducción,

y además de placer, los testimonios nos remiten a los cuidados que las niñas deben tener sobre todo en los juegos con los niños. En este sentido, la menstruación conlleva un significado de peligro por el hecho de estar asociada directamente con la capacidad de reproducción de una chica que entra al periodo de la menarquía. Es decir, desde este momento es una mujer que corre el riesgo de ser embarazada; pareciera que ésta es la amenaza y, por lo tanto, parte del significado de la nueva vida frente al cambio biológico. El silencio y el doble mensaje en torno a los cambios del cuerpo van construyendo una cultura corporal relacionada con un concepto de feminidad en la que el pudor, la vergüenza y la seguridad personal a través del "control" van siendo las formas aprendidas de relación con el propio cuerpo.

> Yo no sabía nada, pues no me platicaron, me llegó y ya después me vino a los 10 años.
> ¿No sabías lo que era la regla?
> No, no. Ya después asocié que mi mamá me decía "tráime algo de una cajita", ¿no? Y cuando a mí me vino, fue poco a poco, una manchita así que yo decía: "¿qué es?". Y ya después me dijeron: "ponte esto", y yo pues: "ay ¿qué tengo?", ¿no? Y todo el mundo comentando: "que ya es señorita", y yo toda flaca con cuerpo de niña. Ahora, para sentirme segura, pues siempre que reglo uso ropa negra y puras toallas nocturnas, sobre todo cuando me tocaba salir al trabajo. Era un martirio para mí que me tocara ir así, ¿no? (se refiere a la menstruación) (C.LC98)

Los testimonios muestran una idea que remite a una noción en la cual la expresión de la corporeidad y la posibilidad de la reproducción fuera una sentencia, y, por lo tanto habría que "cuidarse" de ser descubierta por ello y por portar un cuerpo con genitales femeninos. Hay algunos matices en las vi-

vencias sobre la menstruación, particularmente entre las entrevistadas del sector medio, que habían tenido experiencias menos negativas en relación con la menstruación y en las cuales el tratamiento de los temas del cuerpo variaba dependiendo del vínculo con la madre y las relaciones familiares. Sin embargo, el mensaje siempre terminaba siendo similar al que recibieron todas, aunque, como se afirma, matizado.

> Pues eso de que mi mamá siempre nos habló de que, por ejemplo, "cuando sean señoritas, tienen que cuidarse, tienen que lavarse muy bien, asearse mucho, no dejarse tocar, mucho cuidado con las bicicletas". Y mis hermanas y yo nos respetábamos mucho. Si alguien estaba en el baño, no tocábamos la puerta, no molestábamos a nadie. Pero por ejemplo, entre hermanas nos bañábamos juntas, pero hasta la adolescencia, ya nomás empezamos a crecer y cada quien... te entra el pudor de que no te vean. (G.LB98)

Represión y silencio

Las expresiones o los juegos de los infantes relacionadas con la sexualidad son motivo de represión y castigo. Así, sobre todo acto que tiene que ver con eventos que implican al cuerpo, la reproducción, el erotismo y la sensualidad recae un contenido que los convierte en sucesos no "naturales" y con una carga negativa. Así lo muestra el relato de Maura, mujer de 48 años de edad y perteneciente al sector popular :

> I ¿En tu casa no se hablaba de cosas sobre el cuerpo?
> No, no se hablaba, era una cosa especial. Deja que te cuente una anécdota con mis primos. Cuando estábamos chicas, teníamos unas primas, pero ellas, muy

abusadillas las primas según esto, eran hijas de una hermana de mi papá y fueron al rancho donde vivíamos nosotros y fueron a visitarnos, a estar con nosotros ahí en el rancho de vacaciones. Y un día se nos ocurrió decirnos embarazadas a todas, a las primas se les ocurrió y nos pegaron una "pela". Nos pegaron muchísimo porque andábamos vestidas de embarazadas...
I. ¿Y quién les pegó?
Mi amá y los papás de nosotros nos pegaron porque andábamos haciendo eso, pero fue idea de mis primas, íbamos a jugar a las mamás embarazadas. Yo digo que no es tan grave, y en ese tiempo nos pegaron una "pela" con un cinto. Nos pegaron porque andábamos jugando a las embarazadas (ríe). (G.MB98)

Es importante señalar que de ocho entrevistadas, tres relataron experiencias de abuso sexual durante la infancia. Estas experiencias se presentaron de diferentes formas y con distintas características. Si bien en este apartado no es objetivo detallarlas, dado que merecerían un desarrollo aparte, se mencionan por la importancia y el significado que estos eventos guardan en relación con la represión y el silencio sobre el cuerpo femenino. A nuestro juicio, este tipo de experiencias son parte importante en la vida femenina, en la conformación de su sexualidad y en la concepción que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. En los tres casos, la experiencia se dio en repetidas ocasiones y por el mismo individuo; en todos los casos fue un adulto, pariente cercano y/o amigo de la familia. Las mismas entrevistadas relataron que la experiencia no había sido necesariamente violenta. Pero sí consideran que haber vivido la experiencia del abuso sexual durante la infancia ha constituido la forma de cómo ellas perciben su cuerpo y viven actualmente su sexualidad. Dichas experiencias se presentaron tanto en mujeres del sector popular co-

mo del sector medio. También es importante mencionar que ante la experiencia del abuso sexual se guardó un silencio absoluto, nunca se habló del suceso entre la niña-víctima y la madre, quien era la persona más cercana al hecho, ni mucho menos se trató en el ámbito de la familia.

Entender las nociones, ideas y percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo y su sexualidad implica entender la relación que establecen con las ideologías de género, que han implicado la conformación de identidades distintas para varones y mujeres en un orden de género definido por esa ideología y que pone a las mujeres en un lugar de subordinación en la estructura social. Desde una perspectiva de las relaciones de género, las experiencias sobre los eventos que hemos mencionado están estrechamente ligadas con las nociones, ideas y percepciones que las mujeres tienen y que se encuentran implicadas en las prácticas que ellas construyen sobre el cuidado de su cuerpo y su salud. Es decir, por la posición de las mujeres en las relaciones sociales y de género se ha construido la experiencia de su cuerpo como algo desconocido por ellas, sobre el que no tienen control ni decisión, de tal manera que se va desarrollando una percepción de "no pertenencia" que repercute, de manera directa, en las prácticas del cuidado de la salud y en la subordinación que como género tienen frente a los poderes ejercidos sobre su cuerpo por el sistema de salud y el poder médico.

> Pues cuando me hicieron de ella la primera vez, de esta niña, me dijeron que el bebé venía... que ella venía muy chiquita. Entonces que si me pegaban dolores de parto, quizás no resistiera, pero eran mentiras. Pesó tres doscientos cuando nació.
> I.¿Y esa fue la justificación de la...?
> Sí, la justificación de la cesárea.

I. Y tú, ¿qué pensaste?
Que no... o sea que... pues sí... Lo que ellos dijeran, ¿no? Porque yo estaba para lo que ellos dijeran. Si es así, pues ni modo. Pero me hubiera gustado tenerla bien... O sea normal. (G.MA98)

Se trata de un claro ejemplo de la falta de apropiación, de esta mujer, sobre su cuerpo, al expresar lo que ella hubiera querido y señalar su percepción de cómo "ella estaba para lo que ellos dijeran", es decir, para la voluntad y decisión sobre su cuerpo del médico en turno.

El cáncer cervicouterino: temor a la muerte

En la investigación se tenía como supuesto que las nociones y percepciones que las mujeres tienen sobre la enfermedad y sus efectos han sido, en general, un obstáculo para una práctica adecuada de la prueba Papanicolaou en la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino. En este apartado se describen cuáles son las nociones que las mujeres entrevistadas tienen respecto a la enfermedad, y si existe relación con las percepciones, actitudes y prácticas en la detección oportuna del cáncer.

Tanto la enfermedad como la prueba de Papanicolaou son conocidas entre las mujeres entrevistadas y se sabe de la existencia de ambas. La información con que cuentan sobre la enfermedad y su desarrollo es general e imprecisa, en términos médicos o biológicos. Sin embargo, desde una mirada antropológica,[22] entre las entrevistadas se reconocieron nociones e ideas que se han construido sobre la enfermedad, de

22 La mirada antropológica nos habla de cuáles son las nociones que los propios sujetos tienen sobre un evento en la cultura, cuáles son sus construcciones sobre los sucesos que ellos(as) experimentan.

las cuales algunas están en relación con los aspectos y factores de riesgo más conocidos acerca del cáncer cervicouterino.

> O sea, yo pensaba que ya cuando uno tiene hijos es más probable que "caiga", que le dé a uno cáncer...
> I. ¿Y por qué crees que le "caiga" a uno cáncer?
> ...Pues no sé, o sea eso es lo que pensaba, de que ya cuando uno tiene familia, pensaba yo, que por eso "caía", como quedaba lastimada la matriz, que allí empezaba... pero yo no sabía de qué, nomás teniendo relaciones, como le digo yo, eso creía, que después de tener hijos. (C.R98)

En el testimonio anterior podemos constatar la información dudosa que se tiene sobre las razones por las que se puede contraer la enfermedad. Examinemos la expresión de Rosario, mujer del sector popular de 35 años de edad, quien considera la enfermedad como una especie de "suerte", ya que lo vive como "algo" que puede "caer", y muestra tener determinada información cuando la relaciona con la reproducción. Esta noción se combina con la idea de que al tener hijos, la matriz se lastima y puede "caer" el cáncer.

La noción de desarrollar la enfermedad por el hecho de tener hijos (léase relaciones sexuales), contacto sexual temprano o relaciones con diferentes hombres está difundida entre las mujeres que fueron entrevistadas. Ésta se relaciona estrechamente, como se verá más adelante, con la práctica de detección oportuna.

Veamos otras nociones a través del testimonio de Dolores, de 41 años, trabajadora del sector servicios, quien considera que la falta de higiene en los genitales, además del hecho de tener relaciones con "muchos" hombres, puede ser la causa de tener cáncer. No queda claro en su testimonio cuál es la rela-

ción que ella establece entre el origen del cáncer y el significado de la idea de tener "relaciones con diferentes hombres, con muchos", o bien, "tener relaciones muy chica", con respecto al origen del cáncer.

> Dicen que, o sea, cuando tienes relaciones con diferentes hombres, he oído eso, con muchos y luego que cuando empiezas a tener relaciones muy chica y luego cuando tienes relaciones con tu esposo y no te aseas, algo así ¿no? (C.LA98)

Algunas de las entrevistadas saben que el cáncer cervicouterino es posible curarlo si es detectado a tiempo; sin embargo, está presente de manera hegemónica la noción de que la enfermedad se relaciona con la muerte y es vivida como algo "que te acaba". Así lo muestra el testimonio de Manuela:

> Sé que el cáncer es una enfermedad maligna, y que si es detectado a tiempo se puede curar, y si no, te mueres, te mueres porque te acaba. (G.MA98)

Algo importante de mencionar es la estrecha relación de las nociones, ideas y percepciones que se tienen de la enfermedad con la muerte. La población de mujeres entrevistadas en general relaciona el cáncer, y en particular el cáncer cervicouterino, directamente con la muerte. No es predominante en ellas la percepción, ni tienen la información clara o precisa, de que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que puede ser curable. Aunque esto se sepa, la noción que se tiene incorporada y que predomina es la relación de esta enfermedad con la muerte. Cuando se piensa en el cáncer, está siempre presente la idea de muerte y de que la enfermedad es incurable. Esto genera una percepción sobre dicha enfermedad en la que domina el "terror" que provoca la misma

enfermedad o el temor a padecerla. De ahí que muchas veces las mujeres a quienes se entrevistó prefieran evadirla; negando su existencia, o bien a través de hacer caso omiso y/o percibirse ellas mismas exentas del riesgo de desarrollar la enfermedad.

> Pues cuando supe los resultados, me dio gusto, porque pues no, gracias a Dios, no tengo la enfermedad, fíjate, pero sí he sabido de gente que se muere así, que es difícil de curar . Te acaba el cáncer. Sí hay mucha difusión, nomás que hay muchas mujeres muy desidiosas, así que no... no sé... que no se van a hacer la prueba, no sé, por miedo, por... (G.MA98)

> Pues más a fondo, no creas que no veía yo, pero no le daba importancia, veía así que en hospitales, o en algunas partes sí había información, pero no le daba importancia, o sea, decía yo: "ni modo que a mí me vaya a pasar esto o que me vaya a dar esto". O sea que yo lo atribuyo a la ignorancia y a la falta de información. (G.MB98)

La comprensión de las implicaciones de estas ideas y nociones en la vida de las mujeres es de relevancia, ya que constituyen las formas en las cuales las mujeres entrevistadas se ubican frente a la práctica de la prueba de Papanicolaou. Las ideas y nociones sobre la enfermedad conforman, a su vez, la percepción sobre los factores de riesgo, de los cuales no se tiene información clara y precisa. De esta manera, se han desarrollado temores que se combinan con la información que se tiene. Estos llevan una carga negativa y se relacionan con el dolor y la muerte. Como lo mencionan Maura y María, quien no "sabe mucho".

> No, no mucha, mucha información, como te digo, no tengo. Apenas hará tres años para acá que he recibido

poca información. Lo que sí sé es que las mujeres estamos propensas a tener cáncer en la matriz, que hay que cuidarse, que hay que hacerse las pruebas, los síntomas que tienes.

I. ¿Sabes de los síntomas? ¿De eso tienes información? No mucha, que tienes muchas hemorragias abundantes, que tienes dolores. (G:MB98)

I.¿Y qué es lo que sabes de la enfermedad? ¿Tú sabes cómo se adquiere o cómo puede adquirirse el cáncer? La verdad, no, no sé. Pero sé que era como un virus, así como si fuera el SIDA y que te puedes morir (G.MA98)

La práctica de la prueba de Papanicolaou: primero el temor antes que la prevención

A partir de las entrevistas realizadas, se puede afirmar que la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio no cuentan con una información que permita el conocimiento del proceso técnico de cómo se realiza la prueba de Papanicolaou. Si bien entre la población entrevistada de ambos sectores se sabe de la existencia de esta prueba, la ausencia de información precisa sobre el cómo se realiza, tanto como su utilidad, ha tenido como resultado el alejamiento e indiferencia por parte de las propias mujeres. Es decir, la detección oportuna del cáncer es una acción que no está incorporada como parte de sus prácticas en la atención y el cuidado de su salud. Aunque las mujeres reconocen que es "algo que se debe hacer", en realidad es una práctica que está lejos de ser incorporada como parte de sus rutinas de vida. El que la información sea transmitida de manera espontánea entre y por las mismas mujeres, sin tener con qué contrastarla, hace de este hecho un su-

ceso aún más desconocido y lejano y dista de estar incorporado o ser una práctica que ellas decidan y programen.

> No, por pláticas de las amigas, que se han hecho, por eso le digo que no, porque unas me dicen que duele y otras que no duele, como soy muy miedosa yo para el dolor, si para ponerme una inyección le digo, ¡ay! Unos me han dicho que duele, otros que no duele nada y así, y le digo que ya tengo tiempo queriéndomela hacer... (C.R98)

De nuevo está presente la asociación con el dolor y el enfrentamiento con lo desconocido, lo que se vincula con la resistencia presente ante la práctica de la toma de Papanicolaou, además de la información distinta e imprecisa.

> I. ¿Cómo te sentiste?
> Pues... me sentí incómoda cuando metieron esa cosa y... ya después como que le pusieron una jalea al.. patito... así le dicen ... entonces le pusieron como una jalea y ya me tomaron la muestra y la pusieron en un vidrio... en un vidrio así transparente y le hicieron así y le pusieron mis datos. Mi nombre, mi dirección, teléfono y todo, dónde localizarme, en caso de que yo saliera positivo, para llamarme luego. Pues me habían platicado que... te metían un como pato ahí a la matriz... no sé qué parte de la matriz... este... como un patito y te tomaban la muestra... Pero sí, ¡ay!, ¿será muy doloroso eso? Yo me preguntaba. (G.MA98)

Ningún testimonio, incluyendo el de una de las entrevistadas del sector medio y una del sector popular que tuvieron formación de enfermeras, indica que exista información clara sobre el proceso de la toma de la prueba y de cuál es la que se obtiene a través del examen. En este sentido, la orientación y motivación

hacia la decisión de la práctica viene por lo general, como se menciona líneas atrás, de fuera de las propias mujeres. Es una acción que cuando se realiza, se hace por motivos externos a ellas o por sucesos vividos que tienen que ver, como ya se mencionó, con la vida sexual y la reproducción, con una relación cercana a los servicios o bien debido a la vivencia de algún caso cercano a ellas. Ambas explicaciones quedan ilustradas con el siguiente testimonio:

> No me la había hecho, porque... pues porque... ¡ay! me acababan de poner el aparato y... dije: "me lo voy a hacer para ver cómo ando y... que me hagan de una vez el Papanicolaou". Y también me lo hice porque una prima mía salió con principios de cáncer, pero... pero sí se le controló. Sí se alivió. Ya está más aliviada, pero... sí me asustó, o sea, dije: "yo nunca me la he hecho, vale más que me la haga". (G.MA98)

Otros testimonios dan cuenta clara, entre otras cosas, de que la práctica de Papanicolaou se realiza principalmente cuando las mujeres inician su primer contacto con los servicios de salud debido a la maternidad, lo que sugiere que antes de iniciar su vida reproductiva, independientemente de si tienen o no actividad sexual, disponen de menos posibilidades de tener una práctica de detección oportuna del cáncer cervicouterino

> I. Oye y la prueba de Papanicolaou, ¿cuándo empezaste a hacértela?
> Cuando nació el niño, el mayor. (C.LA98)

> Cuando yo me casé estaba embarazada, tenía tres meses de embarazada; al nacer el niño, como a los 3, 4 meses, fui.
> I. ¿Y por qué fuiste?
> No, porque yo sabía que tenía que hacerlo, porque si

tenía relaciones y toda una vida activa, tenía que hacerlo.
I. ¿Y desde entonces eres regular?
Era regular mientras estaba casada, cuando ya dejé de estar casada ya no era regular, pero no pasó tampoco mucho tiempo, lo máximo fueron dos años que anduve de novia y después a partir de entonces de que empecé con el problema ese que te conté (se refiere al descubrimiento de una displasia) fueron ya cada tres meses, y ya era al año del anterior. (G.DB98)

Con los relatos de Dolores y Lourdes, mujeres del sector popular y medio, queda claro cómo la práctica de Papanicolaou está relacionada con la vida sexual, pero la regularidad de la misma tiene que ver también con el reconocimiento de que se lleva una vida sexual activa, lo cual es posible aceptar a partir de la maternidad o bien del matrimonio.

Los primeros cuidados y consejos que las madres dan a sus hijas cuando son adolescentes, más que referirse a cómo cuidar su cuerpo y salud, son advertencias sobre los cuidados que las mujeres "deben" tener, por portar un cuerpo sexuado que es, además y sobre todo, potencial de reproducción. Dichas advertencias proponen valores que más tarde van a ser creencias, actitudes y prácticas que intervienen en las decisiones de las mujeres para la atención a su salud, en particular con las prácticas de atención en las que están involucrados sus genitales.

I. Dime, ¿cuál fue la razón por la que empezaste a hacerte la prueba después de casada?
Porque antes de casarte escuchas: "que si te haces el Papanicolaou pues vas a dejar de ser virgen porque te rompe el himen, pues por el espejo vaginal, entonces es la razón por la que no se hace uno antes de casarse el Papanicolaou. Es muy difícil de que convenzas a una virgen de hacerse el Papanicolaou y eso yo lo veía

cuando pasé por el servicio de detección de cáncer y teníamos que hacerlo, había veces a alguien, entonces yo no lo hacía tampoco, me daba terror.
I. Y al casarte, ¿pronto empezaste?
Sí, cuando ya me casé y del niño ya lo hice. (G.LB98)
I.¿Y nunca te habías hecho la prueba antes?
Nunca, nunca me la he hecho, ¡fíjate!
I. ¿Y por qué?
Pues, desde, o sea cuando tuve a la bebé, como a los seis meses me dijo la enfermera eso, ya puedes hacerte la prueba, y sí quedé de ir tal día y no fui, y ya pues se me fue pasando el tiempo, que hasta el mes que entra, que eso y así, y ahora le digo, pues ya es mucho tiempo, ya son dos años. (C.R98)

Para finalizar, se agrupan en tres consideraciones las distintas explicaciones que las mujeres han señalado para no acudir a realizarse la práctica de detección oportuna del cáncer cervicouterino: 1) la consideración y el reconocimiento de que su salud no es prioritaria, 2) el hecho de que los cuidados a la salud se realizan al sentirse ya enfermas, y 3) aspectos relacionados con la condición social de las mujeres y su rol de género, particularmente en la familia.

Los siguientes testimonios nos remiten a los tres aspectos arriba señalados.

I. Oye, pensando en lo que tú conoces o percibes con diferentes amigas, ¿por qué crees que muchas mujeres no se hacen la prueba?
Mira, todos tenemos conocimiento del problema, de la prueba, todas, yo creo que por lo menos en el nivel donde yo me muevo, de mis amigas, y todo eso. Los niveles sociales son muy importantes, porque si tienes acceso a medios de comunicación, pues tienes acceso a información. Pero yo siento que en el medio donde yo me muevo es más la información que se tiene. Sabes que tienes que hacerlo pero no te lo programas, puede

ser también o te da flojera ir a hacer una cola a una institución o no tienes el dinero para ir a pagar a un particular con la crisis. Pero de que se sabe que se tiene que hacer, sí se sabe. (C.LA98)
...Yo, por ejemplo me cuido cuando estoy enferma nada más; si no estoy enferma, no me cuido. (G.E98)
...Nunca me había hecho la prueba desde que tuve al último niño, hacía como unos 19 años. (G.M98)

I.¿Y qué habrá detrás, no sientes que habrá algo detrás de esa desidia, de no querer, de flojera? ¿Qué habrá?
...¿Qué habrá? Puede ser que estén muy envueltas en su trabajo, que no encuentren tiempo. Mira, a lo mejor también hasta los problemas familiares. Muchas veces, si tienes problemas familiares, o problemas económicos, o problemas de otro tipo van pasando los segundos, como te vas sintiendo bien. No es algo que se te tiene que olvidar, tienes que tener mucha conciencia, de plano tienes que decir: "es que no me importa que no tenga dinero, o no me importa que mi matrimonio se esté cayendo, pero yo me lo tengo que ir hacer". Yo creo que son contadas las gentes que piensan de esa manera, o problemas con un hijo o con varios hijos, no sé... te vas envolviendo.(G.LB98)

Este último testimonio señala la importancia de tener una conciencia y una percepción de un cuerpo propio, que le pertenece a una mujer, que se quiere y por lo tanto que se tiene que cuidar. Construir una apropiación emocional del cuerpo que provoque una actitud en la que se realice una acción a favor de una misma, a pesar de lo que se perciba como obstáculo, es un aspecto que está en relación con las prácticas del cuidado del cuerpo, la salud y salud reproductiva y de manera particular de aquellas enfermedades asintomáticas, como es el caso del cáncer cervicouterino.

I. O sea, ¿digamos que la salud no es una prioridad? O sea que si te sientes sana, mientras no tengas problema, no le das prioridad, por lo menos en mi caso así ha funcionado.
L. Si no te duele nada, pues no, es como cuando te tienes que ir a sacar una muela: si no te duele, pues no vas.
I. Hasta que te duele, entonces sí.
Por ejemplo, por el problema que pasé, entonces yo ya soy mas regular, ya tomé conciencia de que sí me puede pasar. (G.LB98)

Escuchemos ahora a María, mujer de 48 años, perteneciente al sector popular.

I. ¿Y por qué te la hiciste ahora?
Porque cuando me enfermé, que me pegó el parálisis, estuve platicando con el doctor. Me dijo que me tenía que hacer muchos estudios, estar al pendiente de mí, que no nomás hacerme análisis a ver cuánto traía de glucosa alta y nomás no, que tenía que hacerme todos los estudios y por eso ya me empecé a hacer la prueba. Pues desde que tuve el último niño no me había hecho la prueba, también por falta de no sé, tal vez porque vivía en una colonia muy apartada y ahí no había servicios de nada, y luego me dedicaba a trabajar, como tenía a todos los muchachos chiquitos y ahora dije yo: "ahora va la mía, tengo que curarme y tengo que cuidarme ya, aunque después ya de tantos años". (G.MB98)

El testimonio de María señala la importancia del contacto con los servicios de salud para una práctica de la prueba de Papanicolaou. Ella menciona las condiciones particulares de vida y de aislamiento, que hicieron difícil que acudiera a practicarse la prueba de Papanicolaou, que involucra también las condición de ser mujer y su relación con el rol que se tiene en la familia, como un elemento que dificulta dicha práctica.

La educación y en ello la conformación del rol de género que las mujeres han tenido hace que asuman la responsabilidad del trabajo doméstico y la vida familiar como prioridades, aunque algunas de ellas se desempeñen en trabajos remunerados; dichos aprendizajes, aunados a las percepciones del cuerpo, obstaculizan una actitud de cuidados y atención hacia el propio cuerpo y en general hacia ellas mismas, con el agregado de vivir en condiciones no propicias y alejadas del acceso a los servicios de salud. Cuando María afirma que "ahora va la mía", nos está diciendo que en tiempos pasados, ella se debió sólo al trabajo de ser madre y las tareas derivadas de este ejercicio.

De la misma manera, Lourdes expresa cómo ella pospuso la regularidad en la práctica de Papanicolaou por no considerar importante su persona tanto como el cuidado de su salud.

> Sí duré, pues, del niño y luego, después de la Valeria y ya del Gonzalito para acá ya no me lo he hecho".
> I. ¿Y eso por qué?
> Pues, no sé.
> I. Debe de haber alguna razón.
> Pues, porque uno va dejando las cosas para lo último, también digo nomás que me lo voy a ir a hacer y no voy, a ver cuándo voy... pues, ¿será que se va dejando uno? Va dejando las cosas a lo último, no te tomas en cuenta. (C.LA98)

La idea de dejar las cosas para lo último, así como la conciencia de que ella misma no se toma en cuenta, indica una percepción de sí misma de no merecer consideración sobre sus cuidados. Además de lo anterior y como lo explica Maura, aparece de nuevo el temor a la enfermedad como un obstáculo para la práctica de la prueba de Papanicolaou.

I. ¿Tú crees que las mujeres le tengan miedo a la prueba? ¿Tú le tenías miedo?
Pues sí, sí le tenía temor. Pero tuve que ir por lo que ya platicamos, ¿te acuerdas?
I. ¿Al resultado?
Si, temor al resultado, a que te puedan dar.
I. Y ese temor, ¿a qué se debe?
A tenerlo. A que tú también lo tengas, por ejemplo.
I. ¿No al irte a tomar la prueba?
No, a eso no. Al resultado. Malo porque nunca vas pensando en lo bueno; siempre vas con ese temor. Y fíjate, yo le he preguntado a otras personas así, mujeres que han ido y sienten esto mismo, temor a lo que nos puedan decir. (G.MA98)

Percepción de los servicios de salud, la relación con los proveedores y la atención a la salud

Como se ha visto en algunos de los testimonios arriba escritos y como se verá en los que se relatan a continuación, la cercanía que las usuarias tengan con los servicios y la percepción sobre los mismos, así como la relación con los proveedores, es fundamental para el cuidado de la salud. Estas experiencias y percepciones que se tengan de los servicios van orientando las prácticas y las preferencias de las usuarias.

En este inciso se señalan los aspectos importantes que conforman la evaluación que las usuarias hacen de su experiencia con los servicios indicando sus preferencias, al describir una experiencia significativa, sea ésta positiva o negativa. Algunos de los aspectos con los que las usuarias evalúan el servicio están en relación con el tiempo de espera al ir a consulta, y el tiempo de entrega de los resultados (este aspecto se refiere directamente a la entrega de los resultados de

la prueba de Papanicolaou). El elemento tiempo es importante para la percepción que las usuarias tienen del servicio, si éste es breve o más bien no se prolonga demasiado, la vivencia que experimentan de ser atendidas es confortable, les da confianza y sienten que realmente les resuelven su demanda de atención. Los testimonios que se presentan, en los que coinciden la mayoría de las entrevistadas, muestran que a partir del contacto y relación con los servicios de salud, las mujeres toman conciencia y realizan el inicio de su práctica de la prueb de Papanicolaou en la prevención y detección oportuna del cáncer:

> Yo decía que me la iba hacer, que mañana, que pasado, que sí voy a ir, pero no ponía mucho interés. ¿Me entiende? Hasta que ya platicando con el doctor me dice, por qué es muy importante, o sea que te das cuenta cuando tienes un taller, por ejemplo, yo he tenido talleres aquí (se refiere a la clínica comunitaria de su colonia), del "sida", planificación y todo eso, entonces ahí me fui dando cuenta, cuando ya el doctor me dijo.
> I. O sea, ¿digamos que por falta de recursos tampoco ibas?
> Por falta de recursos y por falta de tiempo y también por falta de servicio, cuando yo me cambié hace 3 años para esta colonia, yo empecé a ir aquí (a la clínica comunitaria) y aquí es donde fui conociendo muchas cosas, fui tratando mucha gente y así muchas cosas he aprendido...y una de las organizaciones que más visita han sido es Mexfam y Salubridad, yo busco donde mejor me convenga. Por ejemplo, allá la prueba de Papanicolaou porque la entregan al tercer día y muy bien todo, te tratan muy bien, y en Salubridad pues sí la hacen pero te la entregan muy tarde, te la entregan como cada mes. (G.MB98)

> I. ¿Y por qué te hiciste la primera vez la prueba de Papanicolaou?

Porque el ginecólogo me lo recomendó, porque he tenido mucho tiempo con métodos anticonceptivos, cuidándome, entonces me lo tenía que hacer, porque ya tenía tiempo aunque no tuviera, no tenía el dispositivo. (C.AB98)

I. ¿Quien te dio información, o te dijo que había que hacérsela?
Pues, creo que el doctor, yo digo que el mismo doctor que me hizo la cesárea, él me mandó. Él me dijo lo que era, y ¿quién más me dijo? Verás, como eso no se oía mucho, ¿verdad? Más antes eso de Papanicolaou, era muy, o sea sí se hacía pero muy escaso, entonces a mí se me hacía raro, decía yo ¿qué es eso? (C.LA98)

Por lo general todas las entrevistadas se realizaron por primera vez la prueba de Papanicolaou al estar en contacto directo con los servicios, ya sea por necesidades particulares de atención en algún aspecto de su salud, por motivos relacionados con la atención al embarazo o el parto, o por otras razones como la cercanía a un servicio.

Como se señala al inicio, las mujeres dan como una razón para posponer la práctica de la prueba de Papanicolaou o bien para no hacerlo el tiempo que requiere en los servicios una cita. Consideran que es prolongado y lo viven como un tiempo perdido. La espera para conocer los resultados es un elemento que orienta la elección del servicio, ya que no les resulta cómodo esperar de uno a tres meses para obtenerlos.

Sí, pues, por eso quiero ir, voy a ir, voy a ir a hacer eso, y como tengo poquito en el trabajo, ya ves que los primeros días vas temprano, y como que no tienes que faltar, pues, o pedir permiso, y ya ves que vas con el doctor y se te va todo el día o toda la mañana. (C.LA98)

Como se ve, el tiempo es un elemento que resulta de suma importancia, sobre todo en el caso de las mujeres que son asalariadas y además tienen cargas domésticas; el tiempo se convierte en un elemento a tomar en cuenta en la elección del servicio de salud al que deciden ir, independientemente de su afiliación, en caso de tener servicio del sistema de seguridad social.

> I. Y tu control ¿dónde lo hacías?
> En particular, porque me sentía más a gusto con ella, más confianza, porque en particular no tienes que hacer mucha cola.
> I. ¿En los que son particulares?
> O sea cuando vas así a una clínica tienes que sacar ficha. De aquí que te la den, pierdes toda la mañana y en cambio con la doctora te dan la cita y ya llegas, y ya sabes que uno no tiene mucho tiempo, la casa, los hijos y todo eso. (G.LB98)

> A Mexfam lo conocí yo en unas campañas que hicieron aquí en la clínica y me gustó mucho el servicio. Me gustó convivir con los doctores y las doctoras, para mí, muy personal mi prueba de Papanicolaou y cosas así, yo acudo allá. (G.MB98)

> Me la hacía con doctor particular, o sea que... sabe, será porque ahí iba con el doctor. Y él mismo me la hacía y ya me mandaba al laboratorio, y ya la llevaba yo y para otro día iba y recogía los resultados y ya se los llevaba a él. Pues, no es que fuera de más confianza, sino que por más cómodo, por más comodidad, pues uno, o sea que ahora donde vas, se tardan más tiempo para entregarte todo. (C.LA98).

Maura, mujer asalariada, nos explica su preferencia en los servicios, la cual se relaciona con la calidad en la atención:

I. Y hablando de la atención a la salud, ¿cómo ha sido tu experiencia con los servicios de salud, al servicio de salud que tú vas?
Bueno.
I. ¿Sí?
Sí, me atienden muy bien siempre en el ISSSTE. Porque ya te dije la diferencia del ISSSTE y la del Seguro.
I. ¿Pero tú no vas al Seguro?
No. No, yo no ... yo no... para nada, no uso el Seguro, tengo, pero no lo uso.
I. Porque consideras que es mejor, ¿no?
Es menos la gente.. no sé... que tiene ese servicio yo creo, porque allá en el Seguro siempre están apurados los doctores. Una vez fuimos, te dije ¿no? Le habían dado para que le hicieran un estudio a mi esposo y no, se lo dieron dentro de un mes y nos tuvimos que ir a un laboratorio particular. No sé, a mí se me figura que no les interesa la salud de la gente porque se supone que si es algo urgente que es para tratarse y ¿que te manden dentro de un mes a hacer el examen? y aún que te pongas a discutir con la gente del Seguro....es como ellos dicen y ¡ya! Hasta un mes porque así está la programación y no se puede, solamente que sea muy urgente, por eso hay tanta gente yo creo, porque no los atienden luego. No le interesó a la mujer (se refiere al personal de recepción). Nos tuvimos que ir a otra parte. A otro lugar, a uno particular.
Yo siento que puedo pedir. Y ahí no, en el Seguro, como que no, tus derechos no son... no los hacen valer como derechohabiente. Y así ya va esa persona conmigo (se refiere al representante en su trabajo) y ahí en el ISSSTE, ¿no? Y ya hablan con el director y así, rápido. Independientemente de que haya o no mucha gente te atienden luego. (G.MA98)

La consideración del tiempo por las usuarias es más importante porque forma parte de su percepción de la calidad de los servicios en la atención. Además, este testimonio muestra el sentido de dere-

cho que esta entrevistada tiene y la importancia que le da la misma al evaluar la calidad del servicio. Hacer valer los derechos, para exigir lo que se cree necesario, en la percepción de la usuaria, y no sólo de la institución que da el servicio, forma parte de cómo se le considera a la institución.

Otro elemento importante a considerar, que se observa en el discurso de las entrevistadas, es la desconfianza hacia determinados servicios.

> ...No, las dos incapacidades me las dieron en el IMSS, pero como una cuñada trabajaba en el Hospital General, allí me atendí con el ginecólogo, me daba miedo el Seguro. (C.LC98)

> ...Me fui a hacer el examen del cáncer... tenía siete u ocho años que no me lo hacía... entonces yo me fui a hacer el examen del cáncer y me quedé congelada, porque la enfermera me hizo la prueba de Papanicolaou.
> I. ¡Ah! Sí, ¿por qué?
> Porque me dice que tenía muy inflamado el cuello de la matriz y que ella miraba muchas escoriaciones que podrían ser peligrosas... Y ya que me animé y sí. Y que me va saliendo con eso la enfermara. "Tienes muy rojo tu cuello de la matriz", y qué sabe qué tanto; y cuando me hizo el estudio sangré. Anteriormente que me habían hecho otros estudios nunca había sangrado y ese día sí sangré, por eso fue que me asusté. Seguí yendo al Seguro y cuando ya estuvo (los resultados), o sea que cada vez que yo iba preguntaba si no había llegado mi resultado. Al doctor general, porque no me pasaban con el ginecólogo. Al ginecólogo yo lo vi, pero allá en Mexfam... (G.F98).

En ocasiones las usuarias tienen que recurrir a otros servicios para despejar sus dudas y sentirse más seguras consultando a un especialista.

Atendamos al testimonio de Elsa, mujer del sector popular, quien muestra las ideas que, a través de la transmisión de información o experiencias propias o de vecinos y amigas, la población va formándose acerca del servicio en determinadas instituciones de salud.

> ...Pues yo, en el Seguro me sentí muy nerviosa. Yo tenía miedo de que me contagiaran otra enfermedad. Se hablan tantas cosas del Seguro ¿no? Y yo tenía miedo. Después me sentí con más confianza (después de haber tenido su propia experiencia), porque ya me lo habían hecho allí (se refiere a la prueba). Entonces ya me sentí más confiada y luego por el temor que traía yo, lo que quería era que me hicieran el examen. Ya no me importó si tenía vergüenza o tenía miedo. Yo lo que quería era que me dijera que estaba bien. (G.E98)

La angustia que se percibe en testimonios como el anterior muestran qué tan desagradable puede ser la experiencia de la prueba de Papanicolaou y algunos de los elementos que influyen en la percepción de la misma.

Discusión y conclusiones

La importancia de la información cualitativa consiste precisamente en mostrar un tipo de dato o información que nos acerca a las nociones, ideas y percepciones que los sujetos tienen sobre distintos aspectos y que se van construyendo en la interacción personal y colectiva en la socialización de las personas. Las ideas, nociones y percepciones que hemos descrito en este apartado intervienen y constituyen la comprensión del problema de investigación. En este sentido, una de las conclusiones relevantes que se pueden

apuntar tiene que ver con la importancia de considerar los aspectos culturales y subjetivos de la vida cotidiana de las mujeres que intervienen en las prácticas de atención a su salud.

Hemos de mencionar, en primer lugar, como uno de estos elementos, la importancia de una cultura del cuidado del cuerpo y la salud, que está ausente en las mujeres entrevistadas. Consideramos que ésta es básica para una práctica adecuada de Papanicolaou en la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino. En consideración a los aspectos abordados en el texto, destacan los siguientes elementos:

Según señalan la mayoría de los testimonios, las concepciones y experiencias sobre el cuerpo que se van adquiriendo a través de los años representan un elemento central en la vida de las mujeres; un ejemplo de ello es la vivencia de la menstruación por las entrevistadas. Tal experiencia estuvo asociada casi siempre con significados negativos que se relacionan con el miedo debido al desconocimiento del suceso. Ésta, entre otras vivencias como la vergüenza del propio cuerpo o el hecho de haber sido objeto de represión por parte de los adultos y la familia por juegos vinculados con el cuerpo y la sexualidad, se encuentra en estrecha relación con los elementos que favorecen o dificultan una adecuada práctica de prevención de la salud, particularmente de los aspectos conectados con la toma del Papanicolaou.

Debido a una cultura que despoja a las mujeres del poder sobre su cuerpo, no existe en ellas una conciencia clara del mismo como un ente con necesidades propias, que es importante considerar, querer y cuidar, de ahí que el cuidado de la salud se vea afectado. Esta cultura, además, separa el cuerpo, la sexualidad y la salud de la vida cotidiana de las per-

sonas, lo que da un sentido a los individuos de sentirse ajenos a los aspectos de su propio cuerpo y su salud.

Importa señalar que, si bien el sector de pertenencia de las mujeres (que incluye edad, escolaridad, acceso a servicios) modifica en algunos aspectos la práctica de la prueba de Papanicolaou, en este estudio la diferencia en la información sobre ésta y el cáncer cervicouterino, así como el tipo de información que habían recibido las mujeres entrevistadas en la familia, no presentan diferencias tajantes entre las mujeres de ambos sectores.

La actitud de las mujeres frente a la detección oportuna es, en general, de resistencia a su práctica. Ésta se pospone con frecuencia, actitud que, a nuestro juicio, se relaciona con los aspectos arriba señalados sobre la subjetividad de cada mujer que conforman una cultura del cuerpo y de la salud, así como con los valores construidos en torno a la sexualidad.

Resulta relevante considerar el hecho de que, por lo regular, las mujeres entrevistadas habían iniciado su práctica de la prueba de Papanicolaou después de su primer contacto con los servicios de salud, principalmente por el evento de la maternidad.

El tipo de información que se tiene sobre el cáncer cervicouterino y las nociones e ideas construidas acerca de la enfermedad son de gran importancia para desarrollar actitudes positivas o negativas hacia la práctica de la prueba de Papanicolaou. La ausencia de información adecuada sobre la enfermedad, la incertidumbre acerca de la forma como se realiza la prueba y las nociones relacionadas con la muerte que se tienen en torno a este tipo de cáncer son elementos que constituyen un obstáculo en la práctica de la prueba de Papanicolaou para la prevención y detección oportuna del cáncer de cérvix.

Aunque no se entrevistaron mujeres solteras o sin hijos, se considera relevante señalar, como parte del marco de referencia sociocultural, que mientras se siga considerando la práctica sexual como algo definido para la reproducción o el matrimonio y los genitales como una parte del cuerpo "pecaminosa", será difícil separar la práctica de la prueba de Papanicolaou de la carga emocional y moral que permita darle un sentido mucho más práctico y funcional. Es decir que difícilmente una mujer joven o adulta que tenga relaciones sexuales sin estar casada o tener hijos reconocerá la necesidad de la prueba, lo cual repercutirá en su actitud y práctica de la misma.

Este es un elemento importante a considerar, sobre todo en las estrategias de educación en salud y en la búsqueda de la comprensión del problema, ya que contribuye a la idea, bastante generalizada, de que la prueba de Papanicolaou es sólo para mujeres "casadas" o con hijos. En los testimonios que incorporamos se relata cómo la atención a la salud en general, tanto como la primera vez que se practica e Papanicolaou, se realiza después de los sucesos del ciclo reproductivo de las mujeres, debido a que es en esos periodos en que las mujeres tienen un acercamiento a los servicio de salud.

Otro elemento importante de la actitud hacia la salud y la práctica de la prueba es la percepción sobre los servicios de salud que las entrevistadas van construyendo en el transcurso de su experiencia con ellos. En este sentido, una consideración relevante es que los servicios de salud, aunque no estén alejados de las mujeres en el sentido geográfico, si están alejados de sus prácticas de vida. Mientras ellas no tengan una relación cercana con el sistema de salud, ya sean las instituciones o los proveedores, mientras éstos no sean accesibles o no formen parte de su vi-

da cotidiana, mientras no se genere un vínculo de confianza y respeto mutuo, será difícil lograr una práctica adecuada de detección oportuna del cáncer cervicouterino. En este sentido, los servicios de salud y el sistema médico tienen el compromiso de recuperar la confianza de las usuarias.

Capítulo 2

Reflexiones finales

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que, a diferencia de otros tipos de cáncer, puede detectarse en etapas muy tempranas y evitarse su desarrollo. La prueba de Papanicolaou consiste en un análisis citológico con base en una muestra que se toma del cuello de la matriz de las mujeres y que permite determinar con exactitud su estado. Por ser una prueba que implica mostrar los genitales o "partes íntimas" a otras personas, en la decisión de realizarla se involucran diversos elementos socioculturales que se refieren a la biografía (edad, escolaridad, familia, redes, sector socioeconómico de pertenencia), experiencia e información sobre el cuerpo y la sexualidad, así como el acceso y percepción de la calidad de los servicios de salud. Diversos estudios han investigado en particular algunos de estos aspectos y la relación que guardan con la práctica de dicha prueba.

En la revisión bibliográfica realizada para este estudio se observó que los trabajos que se han hecho al respecto son de corte cuantitativo, principalmente, y buscaron determinar la prevalencia de uso de programas, cobertura, calidad de los programas o de tipo epidemiológico.[23] Uno de los objetivos de la

23 El vol. 121, no. 6, del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (1996), fue un número monográfico sobre diversas investigaciones realizadas en torno al cáncer cervicouterino, entre éstas, estudios sobre elementos que se incluyeron en esta investigación, aunque ha incluido otros en diversos números. Por su parte la *Revista de Salud Pública*, del Instituto de Salud Pública de México,

investigación aquí presentada fue aportar información del mismo tipo, pero se buscó ir más allá, al incluir estrategias metodológicas cualitativas con el objetivo de obtener información de la subjetividad femenina y que reconocieran, de manera complementaria, los elementos socioculturales que en ella intervienen, ya sea como facilitadores o como obstáculos en la prevención del cáncer cervicouterino.

Los resultados de la investigación señalan que *las mujeres comienzan la práctica de la prueba de Papanicolaou después de iniciar su maternidad*,[24] la cual las acerca a los servicios de salud. Uno de los elementos que consideran en la toma de decisiones para dicha prueba es el acceso y la cercanía a los servicios de salud, no en términos geográficos, sino de acceso real y de confianza por su atención. Es pertinente señalar aquí que los resultados muestran que la mayor parte de las mujeres refieren haberse enterado de la prueba y del cáncer cervicouterino a través del personal de salud.

La literatura sobre investigación en esta temática ha documentado que el *elemento de la información* manejada sobre cuerpo y sexualidad, la prueba del Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, es un elemento clave en las prácticas de salud, especialmente en la práctica de la prueba, así como en la construcción de las actitudes frente a este tipo de cáncer. A pesar que los datos de la investigación muestran que entre las mujeres de Hermosillo no existe una información amplia sobre la prueba y el cáncer cervicouterino, no se puede afirmar que esto ha sido determinante en la práctica de la misma específicamente,

ha publicado algunos artículos sobre el tema, principalmente sobre el enfoque arriba mencionado y sobre todo en la última mitad de los 90.

24 Cursivas para enfatizar nuestros señalamientos.

pues en el estudio poblacional más del 60% de las mujeres informaron tener una práctica adecuada. Aquí es importante hacer la consideración de que se trata de una población urbana de la ciudad mayor del estado, donde quizá el acceso a los servicios de primer nivel, es decir, para la toma de la prueba de Papanicolaou, es relativamente cercano, por lo que deberían ser contextualizados dichos resultados.

En otros aspectos, lo relativo a la primera experiencia de la menstruación, tanto en el estudio poblacional como en las entrevistas realizadas, la experiencia fue vivida como algo desconocido, lo que le imprimió una forma particular de percibir su cuerpo y sexualidad. Es pertinente recordar que a pesar de las reformas realizadas a los programas educativos a principios de los años 70, las cuales incorporaron información sobre la reproducción, pudiera esperarse principalmente de las mujeres jóvenes que hubieran tenido más información al respecto, a diferencia de las mujeres mayores que tendrían mucha menos, puesto que cuando ellas fueron a la escuela, en el aula "no se habló de eso". A pesar de ello, no es tajante la diferencia entre las mujeres de los distintos grupos de edad de esta investigación sobre el tema. Ello sugiere que, por un lado, la información vertida en el aula no fue dada de una forma que se "quedara" como parte del cúmulo de conocimientos manejados después, y, por otra, que ese tipo de información no fue aportada, reforzada y/o ampliada en el hogar o por la familia.

El grupo con una menor información sobre el cáncer cervicouterino es el más joven (25-35 años). Este grupo presentó un nivel de *"nulo o básico"* respecto a este tema, al señalar ninguno o apenas uno de los factores de riesgo, a pesar de que son las más probables de estar viviendo los eventos reproductivos y por ello tener una mayor cercanía a los servi-

cios de salud y a su personal. Esto quiere decir que la promoción de la prueba de Papanicolaou y la difusión de información sobre el cáncer cervical por parte de los prestadores de servicios no es una rutina en su práctica.

Aunque el discurso médico señala reiteradamente que el grupo de mujeres jóvenes no es el prioritario para el Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Cérvix, puesto que es el grupo que tiene una mayor práctica de la prueba de Papanicolaou, son estas mujeres las que deberían ser el centro de estrategias educativas y concientización para poder incidir en las prácticas de prevención y detección temprana del cáncer de cérvix a mediano y largo plazo, que impacten las altas tasas de morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer.

Por su parte, según resultados del estudio poblacional, las mujeres de mayor edad (45-55 años), en su mayoría *no mencionaron la edad como factor de riesgo*, lo que da la idea de esa falta de información sobre dichos riesgos. Ese grupo de mujeres es prioritario para los programas de detección oportuna en el sector salud, pues es donde ocurren la mayor parte de las muertes, a pesar de que son el conjunto que ha estado más "expuesto" a recibir información de este tipo en los servicios de salud.[25] El problema aquí se resuelve en cierta medida, ya que los resultados del estudio poblacional señalaron que el 88% de las mujeres se habían hecho alguna vez la prueba, pero el problema se agrava al no significar una práctica adecuada posterior.

25 Otros estudios han demostrado cómo la edad es un elemento importante en la asociación con una mayor práctica de la prueba de Papanicolaou, en tanto es mayor el tiempo de "exposición" a recibir información y atención en los servicios de salud (Klimovsky y Matos, 1996).

Las mujeres con *práctica inadecuada se distribuyeron en todos los grupos de edad, más o menos en la misma proporción.* Entonces, ¿qué pasa con las jóvenes que tienen una mayor cercanía a los servicios de salud y pertenecen al grupo de edad que registra una mayor práctica de la prueba de Papanicolaou?, ¿qué pasa con las mujeres mayores que han estado más tiempo "expuestas" a la influencia de los servicios de salud? La respuesta no puede ser una sola y determinante, pero sugiere que subyacen a otra serie de elementos en su toma de decisión que no les permite mantener una práctica adecuada de la prueba, como la situación particular de su familia y carga doméstica, su economía familiar, el tipo de prácticas del cuidado a su salud y cultura, así como las formas de apropiación de su cuerpo, lo cual conforma de manera significativa esta situación. Otros estudios han documentado que el tamizaje espontáneo suele terminar a edades tempranas.[26]

Aunque se reconoció, sobre todo en el discurso de las entrevistadas, una serie de nociones e ideas alrededor del desarrollo del cáncer de cérvix que se han construido en el saber popular, éstas contienen cargas valorativas de temor, miedo y vergüenza, que influyen en la toma de decisión de acudir espontánemente a los servicios. Pareciera que los datos sobre la información y la práctica se contradijeran. A pesar que la mitad de las mujeres no sabían si la prueba de Papanicolaou servía para otra cosa que detectar el cáncer de cérvix, esto pareciera ser suficiente para tener una práctica adecuada; otra característica de esta aparente contradicción es su afirmación de que le tienen miedo a los resultados de la prueba, ra-

26 El estudio de Klimovsky y Matos (1996).

zón que también fue esgrimida para explicar el porqué no se hacen la prueba, pues es "mejor no saber".

Dentro de esta serie de desencuentros en su discurso está el hecho que muestra que casi el 40% de las encuestadas dijeron que se debían iniciar la prueba de Papanicolaou después de comenzar la vida sexual (relaciones sexuales). Sin embargo, el 82% de ellas lo habían iniciado después de la maternidad, lo que sugiere la intervención de distintos y complejos mecanismos en la toma de decisión de las mujeres y elementos del trabajo de los propios prestadores de servicios de salud (diagrama 1).

En el cuestionario se privilegió especialmente la indagación sobre información médica, puesto que es el marco de referencia donde se está contrastando. Dentro de estos resultados, la cuarta parte de las mujeres encuestadas refirieron información sobre nociones e ideas que desencadenan el cáncer de cervix, algunos de ellos diferentes a los factores de riesgo señalados por la investigación médica, aunque algunos relacionados con los mismos, a los cuales se les clasificó en "otros"; entre éstos, los más mencionados fueron falta de higiene, golpes, no cuidarse en la dieta, no tener hijos y tomar anticonceptivos.

Al respecto, se identificó en el discurso de las entrevistadas principalmente la *cercana relación de cáncer de cérvix-muerte-fatalidad.* Esto tiene que ver con los aspectos de la cultura judeocristiana del pudor, el sacrificio y la resignación ante eventos impredecibles (el cáncer cervicouterino como una enfermedad imprevisible) y fatales. Y si a esto le sumamos la ausencia de síntomas en las etapas tempranas del cáncer, la decisión se vuelve más del ámbito personal y voluntarista. Los resultados señalan que el miedo, tanto a la prueba como a los resultados de la misma, así como la vergüenza, son sentimientos que obsta-

culizan la toma de decisión de acudir a la práctica y que ésta sea mantenida de manera adecuada. El 75% de las mujeres que nunca se habían hecho la prueba de Papanicolaou afirmaron que necesitarían más tiempo y voluntad, menos miedo y vergüenza o sentirse mal para ir a hacerse la prueba.

La experiencia en sí de acudir a la prueba de Papanicolaou resulta incómoda la mayoría de las veces. Tanto en el estudio poblacional como en las entrevistas las mujeres reconocieron este hecho; en la encuesta el 61% de las mujeres afirmaron haberse sentido mal, nerviosas y avergonzadas cuando les hicieron la prueba, y en las entrevistas narraron cómo iban posponiendo la ocasión bajo diversas razones, aunque reconocieron finalmente que "debían" acudir de cualquier forma. Esto último señala en parte el avance de la socialización de información respecto a la importancia de la práctica de la prueba de Papanicolaou, pero que obviamente no ha resuelto el problema.

Uno de los elementos reconocidos en diversas etapas de la investigación (entrevistas colectivas e individuales) fue que *la salud no es un asunto prioritario en la vida de las mujeres*. En el discurso de las entrevistadas se menciona que sus prioridades están relacionadas con su rol de madres y esposas, como dijeron las informantes, *"una siempre se deja para lo último, primero son los hijos, después la casa, el marido, ¿Y uno cuando?, se deja siempre al final..."*, actitud que influye en las decisiones que dificultan la atención a su salud.

Lo anterior se refleja también en los resultados de la encuesta, cuando el 46% de las mujeres del sector popular señalan que no se hacen la prueba de Papanicolaou por *desidia, flojera, negligencia o descuido* (véase C.38); esta misma razón señala el 61% de

las mujeres del sector medio. Tal razón está dada en términos de responsabilidad individual y de voluntad y es una respuesta que tiene implícito el "deber ser" o como parte de la normatividad social en el cuidado de la salud, pero es una respuesta reconocida más a nivel discursivo. Esta actitud se advirtió cuando las mujeres, tanto de la muestra como de las entrevistas cualitativas, señalaron que *necesitarían sentirse mal* para acudir a los servicios a atenderse o sostener una práctica adecuada del examen. Esta quizás sea una de las principales razones por las que muchas mujeres no acuden a los servicios de salud a hacerse la prueba, pues recurren a éstos principalmente a tratarse enfermedades, obviamente con síntomas reconocidos. Aquí se denota que la cultura de la salud se refiere más a la curación que a la prevención.

En cuanto al elemento *de la percepción de los servicios de salud, tanto en su calidad como en el acceso,* está presente en las prácticas de manera significativa. A pesar de que, según resultados de la encuesta, en lo general las mujeres declararon una percepción en términos positivos, al matizar se señaló principalmente a los servicios públicos de salud como los de menor confianza y menos eficientes en la toma de la prueba y en la entrega de los resultados, así como en el análisis de la muestra. Esta percepción difirió de la información obtenida en las entrevistas, pues en ellas las mujeres reconocieron su desconfianza en los servicios, en la calidad de los resultados y en el trato de los prestadores que hacen la prueba:

> Pues yo, en el Seguro me sentí muy nerviosa. Yo tenía miedo a que me contagiaran otra enfermedad. Se hablan tantas cosas del Seguro ¿no? Y tenía miedo. (...) No, las dos incapacidades me las dieron en el IMSS, pero como una cuñada trabajaba en el Hospital General,

allí me atendí con el ginecólogo, me daba miedo el Seguro. (C.LC98)

La experiencia de la toma de la prueba vivida "con nervios, malestar e incomodidad", aunado a vivir el evento en un clima del servicio donde no se reconoce o se toma en cuenta este sentimiento y que las mujeres refirieron experiencias en los servicios de poco respeto a la intimidad y a la privacidad del espacio donde se lleva a cabo la toma de la prueba. Todo esto hace la experiencia más desagradable; los servicios públicos fueron los más señalados bajo estos aspectos, a diferencia de los servicios particulares y la agrupación George Papanicoalou, aunque en menor medida.

El *tiempo invertido* en la práctica de la prueba de Papanicolaou, tanto en la espera como en la toma y en la entrega de los resultados, es otro de los aspectos que es mencionado por la mayor parte de las mujeres encuestadas. De nuevo hay que diferenciar las respuestas al respecto entre las obtenidas en la encuesta y las que se obtuvieron en las entrevistas: aunque entre las primeras el tiempo fue menos mencionado en términos positivos en comparación con otros aspectos de la prestación del servicio de salud, podría afirmarse que en lo general termina siendo bien calificado, pero en la información cualitativa se reconoce que este elemento es muy importante para acudir al servicio a la prueba de Papanicolaou, pues ello significa planear dónde dejar a los hijos, organizarse en los quehaceres domésticos y pedir permiso en el trabajo o quizás perder un día laborable.

Llama la atención que las mujeres con una práctica inadecuada tienen en mayor porcentaje una percepción regular o negativa de los servicios (21%), a

diferencia de las mujeres con una práctica adecuada, que representan el 9%; sin embargo, aquéllas con una percepción muy positiva son principalmente las mujeres con una práctica adecuada .

En el estudio poblacional se solicitó la opinión de las mujeres participantes sobre qué haría falta para que las mujeres acudieran a la prueba de Papanicolaou. Las condiciones aducidas se agrupan en dos tipos: aquéllas referidas a causas externas del medio social y de los servicios, y las de tipo más personal y que aluden al "yo". Las mujeres,[27] tanto de práctica adecuada como de práctica inadecuada, consideran que las causas externas a la voluntad y a la decisión personal son muy importantes y son factores que influyen en la toma de decisión para acudir a la prueba; en menor medida se refieren a factores que son más propios de su voluntad y aspectos personales (entre el 7% y 21%). En cambio, las que nunca se habían hecho la prueba adujeron razones de corte personal como necesitar "más tiempo y voluntad" para acudir a hacerse el examen; se refieren a la decisión como una cuestión propia y personal, aunque también se refirieron a necesitar más "valor", es decir, que se les quitara el miedo y la vergüenza, condiciones que aluden a aspectos subjetivos ante la prueba. Sobre esto último, las mujeres entrevistadas se refirieron más a este tipo de elementos y se reconoce un "deber ser" de la práctica, es decir, ellas saben que es importante y "deberían hacérsela". Obviamente su reconocimiento no implica la acción. Lo importante a enfatizar aquí es que las mujeres del estudio reconocen que deberían y necesitan hacerse la prueba, inde-

27 Esta información se obtuvo mediante dos preguntas abiertas en el cuestionario, las cuales enlistaron todas las respuestas y se codificaron para su manejo.

pendientemente del tipo de práctica que tengan (inexistente, inadecuada y adecuada).

Algunas propuestas

La responsabilidad en el abatimiento de las altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix no es responsabilidad exclusiva de las mujeres en riesgo, sino que se involucran diversos actores sociales, como el sector salud, las instancias de educación, la población masculina y los responsables de las políticas sociales y económicas, que van decidiendo las prioridades de atención a los problemas. Bajo este énfasis, se hacen algunas propuestas que se desprenden de los resultados de investigación:

- Considerando que el inicio de la práctica de la prueba de Papanicolaou por las mujeres es después de comenzar su maternidad y que la mayor parte de ellas refirió haberse enterado de estos temas por el personal de salud, se propone incorporar como rutina de atención en los servicios de control prenatal. Esta práctica no contradice la Norma Oficial sobre la Atención Prenatal, por lo que es factible su aplicación.[28]

- Promover estrategias de capacitación y sensibilización del personal de salud donde se revisen aspectos sobre la cultura de la salud como cáncer-fatalidad, nociones e ideas de la enfermedad, miedo y vergüenza en la práctica de la prueba de Papanicolaou, así como de la perspectiva de género que permita a los prestadores reconocer las di-

28 En Sonora se registran anualmente más de 50 mil nacimientos.

ferencias en las conductas y su abordaje en la atención de las mujeres.

- Poner en práctica estrategias para el diálogo entre los prestadores de servicios de salud y las(os) usuarias(os) que permitan el reconocimiento de las experiencias y percepciones que las mujeres tienen sobre los servicios de salud, así como las nociones acerca de la calidad de la atención.

- Ejecutar estrategias que den seguimiento y evalúen la calidad y calidez de los servicios en la atención a la salud, particularmente en lo relativo al cáncer de cérvix y la prueba de Papanicolaou, visto no sólo en indicadores de cobertura, calidad de la toma y seguimientos de casos, que sin dejar de ser importantes, se tomen en cuenta otros como instalaciones adecuadas para la toma de la prueba (privacidad), trato a las mujeres, tiempo de espera y entrega de resultados.

Es de vital importancia que se fomenten estrategias para disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad sostenidas en la última década. Existen estrategias como la divulgación de información sobre sexualidad y cuidado de la salud que se podrían poner en práctica en los programas del gobierno y en el trabajo de grupos no gubernamentales, para observar su impacto a mediano y largo plazo. Actualmente, se han llevado a cabo experiencias de este tipo, aunque de manera aislada.[29]

29 A nivel nacional la Secretaría de Salud ha iniciado algunas acciones. La agrupación George Papanicolaou, a nivel escolar, en coordinación con la Secretaría de Educación del Estado, ha aprovechado al alumnado para una mayor difusión sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer.

Diagrama 1

Información y práctica de la prueba de Papanicoloau

¿Usted ha oído hablar de la prueba del cáncer de matriz o Papanicolaou?

Sí 99.1%

¿Usted sabe si la prueba de Papanicolaou sirve para detectar otros problemas, además del cáncer cervicouterino?

1. No	50.5%
2. Sí	49.5%
-p/detectar infecciones	42.6%
-p/detectar tumores	18.0%
-p/detectar inflamaciones	17.0%

¿Sabe cuándo se recomienda la primera prueba de Papanicolaou?

* Cuando se inicia la vida sexual	38.8%
* No sabe	25.0%
* Después de tener hijos	20.4%

¿Usted se ha hecho aguna vez la prueba de Papanicolaou?

Sí 88.5%

¿Sabe cada cuándo se recomienda hacerse la prueba de Papanicolaou?

* cada 2 años o menos	95.7%
* cada 2 años o más	4.3%

¿Cuándo se hizo la prueba por 1° vez?

* Después del primer. hijo	50.0%
* Después de varios hijos	32.4%
* Antes del primer hijo	6.1%

No 11.5%

¿Qué necesitaría usted para decidirse a hacerse la prueba?

* Más tiempo y voluntad	30.8%
* Más valor, que no nos diera miedo y vergüenza	23.1%
* Que me empezara a sentir mal	20.5%

Capítulo 3

Consideraciones metodológicas

El estudio de la realidad social es apasionante y complejo; dependerá de su abordaje teórico-metodológico que podamos ir reconstruyendo el panorama, aprehendiendo sus contenidos y entramados y lograr una comprehensión en mayor o menor medida. El estudio del campo de la salud, desde una perspectiva de las ciencias sociales, es igualmente complejo, en tanto se conforma de muchos actoras/actores, lugares, condiciones de vida, símbolos y significados. La conformación del problema en sí de las altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino tiene que ver especialmente con elementos socioculturales en la prevención del mismo, como ya se ha comentado en apartados anteriores, que van desde la nutrición y salud en general (condiciones de vida), educación (en el término estricto de nivel de escolaridad y acceso a información en general), formación social y familiar (aspectos biográficos y subjetivos por su historia de vida), así como acceso y experiencias en los servicios de salud y la percepción de la calidad de éstos, sin dejar de enfatizar la importancia de la información sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino.

Partiendo de las consideraciones anteriores, cuando se planteó la presente investigación se decidió que ésta debería incluir distintos abordajes metodológicos que indagaran distintos niveles de esa problemática. Se tenía la seguridad de que esto ampliaría el conocimiento sobre el problema y permitiría obtener expli-

caciones en los distintos niveles, buscando que la información, análisis y las explicaciones fueran complementarias. Por lo tanto, este estudio planteó un enfoque complementario entre los abordajes cuantitativo y cualitativo, ambos con sus bondades y limitaciones.

El primero se llevó a cabo buscando información que representara los distintos tipos de mujeres en los sectores medio y popular de la ciudad de Hermosillo, información en sentido amplio y extenso, que midiera cuántas, quiénes, agrupando a las mujeres encuestadas por distintas características sociodemográficas, cuántas en dónde, etc. Se buscó la exactitud de este tipo de datos que alimentara la construcción de índices y permitiera mostrar esa totalidad que de otra manera hubiera sido muy difícil reconstruir.

La extensión que buscó la encuesta, basada en la muestra representativa de la población, minimizó los casos particulares y situaciones específicas y trató de dar cuenta de las similitudes y diferencias entre la población de la muestra para identificar patrones y tendencias sociales, construidas colectivamente y medibles numéricamente. Sus límites se refieren más a la capacidad del método para profundizar en aspectos específicos, aprehender prácticas y en obtener información de corte subjetivo en las declaraciones de las mujeres, como el canal de expresión y ordenamiento de sus experiencias vividas, sus límites también se refieren al tipo de relación que se construye entre el investigador(a) y el sujeto(a) de estudio.

El segundo abordaje, el cualitativo, con el cual particularmente se identifican las autoras, reconoce esa subjetividad de las entrevistadas y de las propias investigadoras. Se buscó la información personal específica, que mostrara de igual manera similitudes y

diferencias en su discurso. El abordaje cualitativo no busca medir en términos numéricos, ni dar cuenta de una representatividad poblacional, aunque bajo ciertas condicionantes esto es posible.

La información cualitativa obtenida en grupos focales, usada como técnica exploratoria de los nudos temáticos y en entrevistas en profundidad, reveló aspectos de la percepción de las mujeres, de sus experiencias hiladas en narrativas, donde se entrecruzaron tanto elementos sociales, como personales y familiares.

El abordaje metodológico partió del reconocimiento de las diferencias entre la información obtenida a través de una encuesta y la conseguida en entrevistas a profundidad. El discurso, verbalizado en la interacción de la entrevista, es una relación (entrevistada y quien entrevista) distinta a la que se llega a establecer en la aplicación de un cuestionario cerrado de la encuesta que permite tener acceso a información que no se puede obtener mediante métodos cuantitativos.[30]

La discusión sobre si es posible y qué tan pertinente teóricamente es buscar la combinación de las metodología no es objetivo de este trabajo. Se supuso, sin embargo, que la aplicación de los distintos abordajes que dieran cuenta del mismo problema de investigación estaría en términos de complementariedad, no en términos de una combinación, entendida ésta como la convergencia desde el diseño mismo de la investigación de las distintas etapas, su entrela-

30 El reconocimiento del lenguaje como vía de expresión de la experiencia de vida, información de la subjetividad y aspectos íntimos, así como de su relación dialéctica en la construcción de la realidad social, es enfatizada y teorizada por la corriente del constructivismo social. Dentro de ésta se identifica al interaccionismo simbólico, la antropología simbólica, la etnometodología, la fenomenología y algunas de las corrientes de la psicología social (Berger y Luckman, 1991).

zamiento durante todo el proceso, vistas cada una de ellas por cada uno de los abordajes.[31]

Decisiones metodológicas en el desarrollo del proyecto

Como parte del diseño metodológico, se integraron tres grupos focales con mujeres con el objeto de ubicar con mayor precisión los campos temáticos de interés y preocupaciones respecto a su salud; las elegidas fueron de los sectores popular y medio, de donde sería seleccionada la muestra a la que se dirigió la encuesta. Esta estrategia metodológica permitió reconocer las posibles diferentes opciones en las respuestas que se plantearon en el cuestionario, así como reconocer e incorporar posteriormente términos del lenguaje más comunes entre ellas.

La encuesta tenía entre sus objetivos aportar información sociodemográfica de la población de estudio que mostrara aspectos como nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, ocupación y número de hijos, así como carga doméstica, a qué servicios de salud acudía, datos que permitieron la caracterización de la población. Otro de los objetivos fue obtener información general acerca de la salud, particularmente sobre qué información tenían las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, y sobre prácticas de autocuidado y de Papanicolaou.

La segunda gran parte de la investigación consistió en la realización de 8 entrevistas a fondo. En éstas se elaboró un guión temático que dirigiera la

31 Para una revisión de la utilidad de la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, ver C. McClintock, 1983.

conversación sobre distintos tópicos, tratando de que la entrevistada se explayara en los mismos.

Desarrollo de los grupos focales

El objetivo principal de los grupos focales, como se mencionó párrafos arriba, fue identificar la información más importante que sobre el cáncer cervicouterino se debía indagar mediante el cuestionario y la entrevista a profundidad.

Dos de los grupos focales se integraron con mujeres del sector popular y uno más con mujeres del sector medio; los criterios de inclusión de las participantes fueron: ser madres de familia, mayores de 25 años y menores de 40. En la invitación se dio información general sobre la investigación que se estaba realizando (que era un estudio sobre la salud de las mujeres) y no se informó explícitamente que se buscaba información sobre conocimiento y práctica de la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino.

Las entrevistas tuvieron una duración de alrededor de dos horas; se usó grabadora y posteriormente se transcribieron textualmente. El análisis desde la corrección de la transcripción frente a la grabación, a la identificación de temas más desarrollados en las intervenciones, para dilucidar su importancia e identificar nudos temáticos, ya sea por similitud o diferencias en la conversación.

Se realizaron bajo una sola pregunta que iniciara el tema con el fin de lograr una dinámica de diálogo entre las participantes. La pregunta planteada en los grupos fue: *"¿Consideran ustedes que las mujeres cuidamos nuestra salud?"*

A partir de la pregunta fueron surgiendo temas como prácticas de cuidado de la salud, enfocadas a la salud propia y entre éstas la práctica de la prueba de Papanicolaou; otro tema fue la de su historia reproductiva, acceso y uso de los servicios de salud y preocupaciones generales sobre su salud. La realización de los grupos partió del propósito de conocer el discurso colectivo e indagar sobre la percepción colectiva del problema del cáncer de cérvix; es decir, a través de la voz del grupo y no sólo como la suma de voces individuales. Esta consideración parte de reconocer que en la colectividad se deconstruyen, construyen e intercambian una serie de creencias e información sobre salud y enfermedad. En el grupo se expresan las similitudes y diferencias biográficas, pero también las construidas socialmente al establecerse la comunicación entre sus miembros .

La información obtenida se incorporó tanto en el cuestionario como en el guión de la entrevista en profundidad. Algunos de estos temas fueron:

En el cuestionario:

- Asuntos relacionados con el contexto y dinámica familiar: Aquí era importante obtener información sobre la carga doméstica, es decir, las labores domésticas y el cuidado de los hijos pequeños. En los grupos focales las mujeres señalaron que no tenían tiempo para asistir al servicio de salud y que primero se ocupaban de los hijos y del esposo.
- Algunos aspectos de transmisión de información y sobre educación familiar.
- Algunas preguntas sobre la información manejada respecto a la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino.
- Algunos aspectos relacionados con el acceso, uso y percepción de la calidad de los servicios

de salud en la atención y toma de la prueba de Papanicolaou.

En las entrevistas en profundidad:

- Cuestiones relacionadas con la cultura del cuerpo.
- Historia familiar: sobre la formación e información recibida en cuanto a los conocimientos transmitidos sobre cuerpo y sexualidad
- Cuáles fueron sus fuentes de información sobre los temas arriba señalados
- Abundar sobre cuáles eran las razones para someterse a la prueba de Papanicolaou o no.
- Profundizar sobre los miedos, vergüenza y pudor ante la prueba de Papanicolaou.
- Profundizar sobre la desconfianza y desinformación sobre los servicios de salud, particularmente en la toma de la prueba de Papanicolaou.
- Pofundizar en las dinámicas familiares y obtener información sobre cómo las mujeres se autorreconocen dentro de la familia, su papel y sus responsabilidades.

Desarrollo del cuestionario y realización de la encuesta[32]

La encuesta se llevó a cabo con base en un muestreo probabilístico polietápico entre mujeres pertenecientes a los sectores medio y popular. Se aplicaron 331 cuestionarios de tipo cerrado; 200 en el sector popular (60%) y 131 en el sector medio (40%), previamente definidos y de acuerdo con la ponderación de la

32 Se anexa el diseño muestral, definiciones, instrucciones del operativo y las notas de campo de la encuesta, así como la memoria estadística.

población de cada sector en la ciudad; sin embargo, al ajustar por ingreso, fueron en total 217 cuestionarios registrados como del sector popular y 114 para el sector medio.

Los criterios de ubicación de los sectores se basaron en el ingreso promedio de los hogares de la zona.[33] Las colonias se eligieron de entre las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) en las que se divide la ciudad y que pertenecían a los estratos construidos de acuerdo con el nivel de ingresos de la población ocupada que ahí vivía. Para el sector medio se eligieron las AGEB donde los ingresos fueran mayores de 5 salarios mínimos y para el sector popular, entre 2 y 5 salarios mínimos.

Los criterios de inclusión de las mujeres fueron: edad en el rango de 25 a 55 años y ser madres, independientemente de tener pareja o no. La justificación para definir el primer criterio partió de la consideración de que es en este rango de edad donde se enfrenta la mayoría de los factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino y también donde se debe iniciar la práctica de la prueba del Papanicolaou. También porque en el grupo de 35 a 44 años se detectan la mayoría de los casos de cáncer. Se decidió incluir a mujeres mayores de 45 años, pues éstas son consideradas como de mayor riesgo.

El segundo criterio se eligió principalmente como estrategia metodológica de acercamiento y confiabilidad en las respuestas de las entrevistadas, ya que la práctica de la prueba de Papanicolaou se indica a partir del inicio de la vida sexual; por tanto, consideramos que a partir de la maternidad esta condición quedaba asegurada.

33 Según el censo de 1990 y la actualización cartográfica realizada con base en el *Conteo 1995* y la investigación de Gabriela Grijalva, "Recomposición de la fuerza de trabajo en Sonora. Empleo, calificación y salarios en Hermosillo, 1980-1995", realizada en el Colegio de Sonora.

El instrumento de recopilación fue un cuestionario cerrado de 75 preguntas, de las cuales 7 fueron preguntas abiertas y el resto de opción múltiple. En todas las preguntas, la encuestadora esperó la respuesta de las entrevistadas, especialmente en las preguntas que indagaron sobre la información de la prueba de Papanicolaou y el cáncer de cérvix, así como de sus prácticas de la prueba. No se les dieron las opciones para no sesgar las respuestas.

La información recogida en las encuestas fue capturada mediante el programa Acces; para el procesamiento estadístico se utilizó el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 6.1.2.[34]

El esquema general del análisis consistió en comparar los resultados entre las mujeres de diferente sector socioeconómico o establecer las relaciones de asociación o independencia entre variables. De esta manera, y dado que prácticamente en todos los casos el nivel de medición de las variables utilizadas en la encuesta fue de orden nominal u ordinal, la estadística empleada para analizar las diferencias observadas entre las subpoblaciones, o la posible asociación entre variables, se restringió a la utilización de pruebas chi-cuadrada de homogeneidad o de independencia. Sólo en uno de los casos se aplicó la prueba de Fisher.

El análisis de la información arrojó una descripción detallada de las mujeres encuestadas, obteniendo frecuencia, distribución porcentual y la posibilidad de la construcción de varios índices.

34 Esta información está contenida en la memoria del diseño muestral y análisis estadístico preparado por la asesora de la investigación en esta atapa, Gabriela Grijalva. Ver anexo.

Las entrevistas en profundidad

La entrevista en profundidad puede plantearse holísticamente pero también puede ceñirse a un solo acto, experiencia o significado social.[35] En este trabajo se acotó como una entrevista semiestructurada cualitativa donde las investigadoras responsables, quienes hicieron las entrevistas, recorrieron panorámicamente el mundo de significados de las actoras, aunque se priviligiaron sólo algunos temas y no se preguntó sobre toda la vida (Ruiz Olabuénaga, 1989).

La selección de las mujeres obedeció, además de los criterios de inclusión generales aplicados en la encuesta, a los de sector de pertenencia, edad, escolaridad y si se hacían o no la prueba de Papanicolaou. La técnica de contacto fue principalmente por referencia de las redes sociales de las investigadoras y en menor medida la de "bola de nieve". Se obvia señalar que la decisión de selección no fue de manera aleatoria, sino, por el contrario, se eligió a mujeres de una población heterogénea que mostraran precisamente la diversidad y además en congruencia con algunas características de las mujeres de la muestra estadística. Ello significó que fueran mujeres que se habían

35 El término de entrevista en profundidad se utiliza para designar una serie bastante heterogénea de clases de entrevistas que se diferencian entre sí, al menos, en tres características: la entrevista en profundidad personal a un *solo individuo* que se distingue de las entrevistas en profundidad a grupos enteros, que tan dirigida o no puede ser, que va desde que el actor lleva la iniciativa de la conversación hasta aquella en la que el entrevistador sigue un esquema de preguntas, fijo en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas. "... la entrevista concibe al hombre -al actor social- como una persona que construye sentidos y significados de la realidad ambiental. Con ellos, entiende, interpreta y maneja la realidad a través de un marco complejo de creencias y valores, desarrollado por él, para categorizar, explicar y predecir los sucesos del mundo." (Ruiz Olabuénaga, 1989).

realizado la prueba de Papanicolaou alguna vez (de manera regular o irregularmente); que fueran mujeres jóvenes y otras mayores, y que algunas tuvieran baja escolaridad y otras fueran profesionistas.

Las entrevistas por lo regular se realizaron en los domicilios de las entrevistadas, con excepción de uno de los casos; fue necesario siempre un previo encuentro para concertar cita, presentar a las responsables y explicar de qué se trataba el trabajo de investigación, en términos generales. Las entrevistas duraron desde hora y media a dos y media horas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

El proceso de análisis siguió los siguientes pasos generales:

a) Lectura y relectura de cada una de las entrevistas por àmbas responsables, con el objetivo de descubrir e identificar los temas centrales
b) Visualización y confrontación del contenido por temas de todas las entrevistas, tanto conforme al guión preelaborado como para identificar nuevos contenidos y determinar similitudes y diferencias en sus discursos. El "corte y pega" de las entrevistas en este paso ayudó mucho.
c) Identificación y construcción de conceptos principales, por ejemplo, cultura del cuerpo, percepción de la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino y de los servicios de salud, entre otros
d) Construcción de los ejes de análisis, agrupando por tema.

Partimos de la consideración de que el sujeto se constituye mediante los discursos culturales dominantes, calificados por el grupo social como "verdades", relacionadas con diferentes temáticas; en este caso, el discurso sobre el cuidado de la salud y parti-

cularmente lo relacionado con la información de la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, así como la práctica de la primera. Se pretende analizar qué discursos dominantes se encuentran entretejidos en las narrativas que las informantes construyeron durante las entrevistas al mostrar la información y conocimientos, así como los discursos complementarios y contextuales de las temáticas centrales.

Reflexiones en torno al proceso de investigación

En el presente apartado decidimos hacer una breve reflexión sobre los logros y aprendizajes del desarrollo de esta investigación, tanto en términos de aportes al conocimiento de la problemática como de la experiencia académica, sobre todo en lo referente a las implicaciones que para la misma tuvo la metodología aplicada.

Los resultados aportan un mayor conocimiento sobre el tema que hasta ahora no se habían explorado de manera sistemática y rigurosa en la región, y sobre todo bajo el enfoque de las ciencias sociales y bajo una perspectiva de género. Estos temas se refieren a la cultura de la salud en lo general y sobre la cultura del cuerpo y la sexualidad, en lo particular, de las mujeres de los sectores medio y popular de la ciudad de Hermosillo. Los resultados contribuyen también al conocimiento sobre las prácticas, percepciones y actitudes en el cuidado de la salud, particularmente sobre la prueba de Papanicolaou y su práctica y el cáncer cervicouterino.

Respecto a la metodología, la realización de la investigación aplicando dos abordajes metodológicos dejó una gran riqueza de experiencia y aprendizaje. Las dos herramientas de investigación, una cuantita-

tiva (la encuesta) y una cualitativa (las entrevistas colectivas y entrevistas en profundidad), tenían el objetivo central de buscar la complementación de la información, pero resultó una tarea difícil y un proyecto ambicioso para un equipo de sólo dos investigadoras no expertas en su manejo, por lo que interesa reconocer algunas limitaciones del estudio, a juicio de las autoras:

La parte cuantitativa se cumplió en su totalidad. En un primer momento del análisis de la encuesta, los resultados obtenidos sobre la alta proporción de mujeres que afirmaron que *alguna vez se habían realizado la prueba de Papanicolaou (88%)*, fueron sorpresivos para las autoras.[36] Aunque no es comparable en la misma medida, el contraste con la baja cobertura del Programa de Detección Oportuna de Cáncer en el estado, que se registra alrededor del 30%, da una idea de por qué la sorpresa. Al contextualizar los resultados se matizan cuando se considera que la población de la muestra es urbana, que vive en la ciudad más grande del estado, lo que redundaría en tener un acceso más o menos asegurado a los centros de atención.

Sin embargo, al hacer una evaluación del cuestionario aplicado, concluimos una ausencia en el mismo, al no confirmarse la respuestas a las preguntas *"¿alguna vez se ha hecho la prueba de Papanicolau?, ¿cuándo fue la última vez que se lo hizo?"*, debido a que no se pidieron los resultados (una copia en papel) de la misma, ni se construyó una pregunta específica que ratificara la respuesta, lo que minimizó el hecho

36 Aunque, según una investigación a nivel Latinoamérica, porcentajes similares se han encontrado en diversos países (entre el 60 y 80%). Sin embargo, nuestros resultados no dejan de ser contrastantes con la tasa de cobertura en la práctica de la prueba de Papanicolaou y de mortalidad por cáncer cérvicouterino en el estado (Robles, 1998).

de que la declaración no implica la acción (Oliveira y García, 1987).

Esta ausencia, aunque no del todo sustituida, fue complementada por una serie de preguntas sobre la información con que contaban las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y del cáncer de cérvix, así como la práctica y periodicidad declaradas, de cuándo se habían hecho su primer y último examen. Esta información se rastreó cruzando diversas variables y en muchos casos complementando según la edad del hijo mayor y menor. Tales análisis permitieron profundizar en los primeros resultados y matizarlos al describir una serie de características de los grupos de mujeres por edad según sus niveles de información y tipos de prácticas, y hacer una clasificación más segura de las mujeres según el tipo de práctica, asunto central de la investigación.

Respecto a la segunda, la realización de las entrevistas cualitativas no se cubrió como se había planeado, es decir, con dos o tres encuentros con las informantes y sólo se realizó un encuentro con cada una de las entrevistadas elegidas, especialmente por cuestiones de tiempo. Esto presentó una limitación en la profundización de algunos de los temas, aunque hay que reconocer que se obtuvo información estratégica que permitió identificar temas prioritarios para abordar la discusión sobre la temática y lograr mostrar y analizar un amplio panorama de la cultura de la salud, y sobre todo, de la información y práctica que las mujeres tienen respecto a la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino.

Bibliografía

Aceves Lozano, Jorge (comp.) (1993), *Historia oral*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.

Alatorre Rico, Javier, A. Langer y R. Lozano (1994), "Mujer y salud", en *Las mujeres en la pobreza*, México, GIMTRAP, el Colegio de México, pp. 217-242.

Álvarez-Amaya, María (1989), "Factores determinantes del cáncer de mama y cáncer cervical. Comportamiento de la mujer méxico-americana", *Salud Fronteriza*, vol. 5, no. 3, pp. 23-29.

Amuchástegui H., Ana (1996), "El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México.

Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, *Perfiles de salud de las comunidades hermanas frontera México-Estados Unidos, 1989-1991*.

Balshem, Martha (1993), *Cancer in the Community, Class and Medical Authority*, Washington y Londres, Smithsonian Institution Press.

Basaglia, Franca (1978), "La mujer y la locura", en Marcela Lagarde (1990).

Baz, Margarita (1994), *Metodología de análisis del discurso grupal: el discurso sobre el cuerpo*, ponencia presentada en el Taller sobre Metodología Cualitativa de Investigación del programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, 19-24 de septiembre.

Berger, Peter y Thomas Luckman (1991), *La construcción social de la realidad*, 10a. ed., Buenos Aires, Amorrortu.

Bohrnstedt, George y David Konke (1994), *Statistics for Social Data Analysis*, 3a. ed., Itaca, Illinois, F. E. Peacock Publishers.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1988), vol. 105, no. 2.

____ (1995), vol. 110, no. 5.

____ (1995), vol. 114, no. 3.

Boletín estadístico anual de medicina preventiva (1991, 1992, 1993), Jefatura de Salud Pública, Subdirección General Médica, IMSS.

____ (1994), Coordinación de Salud Comunitaria, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Bronfman, Mario y Héctor Gómez (1998), "La condición de la mujer y la salud infantil", en J. G. Figueroa (comp.) , *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 89-126

Castro V., Ma. del Carmen (1998), "La práctica de la prueba de Papanicolaou y el conocimiento del

cáncer cervicouterino de las mujeres de los sectores medio y popular en Hermosillo, Sonora", *Estudios Sociales*, vol.VIII, no. 16, pp. 67-84.

____ y Catalina Denman (1998), *Una aproximación a la salud reproductiva en Sonora*, informe de trabajo interno, Programa de Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora.

____ y Gilda Salazar A. (2000), *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio*, Cuadernos Cuarto Creciente, no. 5, El Colegio de Sonora.

Castro, Roberto, y C. Miranda (1998), "La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones. Algunos hallazgos de una investigación en Ocuituco, Morelos", en S. Lerner (ed.), *Los varones en la reproducción*, México, El Colegio de México.

Cisneros de Cárdenas, Ma. Teresa (1994), "Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva", en Ma. del Carmen Elú y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, SSA, PUEG, CIMAQ, GIRE y otros.

____ (1996), *Situación actual del Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino en México*, Subdirección de Prevención y Control del Cáncer, Dirección General de Medicina Preventiva, Secretaría de Salud.

Cochran, William (1982), *Técnicas de muestreo*, México, Compañía Editorial Continental.

Corona, Rodolfo, Elizabeth Jelin, Juan José Llovet, Silvina Ramos, Orlandina de Oliveira, Brígida

García, Susana Torrado y Mario Torres (1986), *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, El Colegio de México.

Corral, Fabián, Patricia Cueva, José Yépez y Elizabeth Montes (1996), "La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 121, no. 6, pp. 511-517.

De los Ríos, R. y Elsa Gómez Gómez (1992), "La mujer en la salud y el desarrollo: un enfoque alternativo", en Y. Arango (ed.) *Mujer, salud y autocuidado. Memorias*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.

Denman, Catalina A., *et al.* (2000), "The Problem of Invasive Cervical Cancer along the US-Mexico Border: Planning and Implementation of a Binational Research Project", *Women and Cancer*, vol. no. 5, invierno 1999/2000.

____, Anna R. Giuliano, Jill Guernsey de Zapién, Kathryn Coe, José Luis Navarro Henze, Luis Ortega, Bogomil Djambazov, Elena Méndez Brown de Galaz, Kenneth Hatch, Eva Moncada y Jennifer Stephan (2000), "The problem of invasive cervical cancer along U.S.-Mexico border", *Women and Cancer*, vol. 5, no. 5, pp. 45-50.

Des Raj, S. (1984), *Teoría del muestreo*, México, Fondo de Cultura Económica.

Diario Oficial de la Federación (1997), "Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM

014-SSA 2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer de cuello del útero y mamario en la atención primaria", julio.

Díaz de Apodaca, Beatriz, D. Gerardo de Cosío, Emmanuel Apodaca (1990), "Cáncer de cérvix: un problema actual", *Salud Fronteriza*, vol. 6, no. 3, pp. 23-27.

Documento contrapropuesta a las modificaciones a la Norma Oficial para la Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (1997), Red por la Salud de las Mujeres del D.F., octubre.

Elú, Ma. del Carmen (1997), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, México, SSA y Foro de ONG.

____ (ed.) (1998), *Cáncer cervicouterino*, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México.

Escandón Romero, Celia, *et al.*, "Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, vol. 34, no. 6. p. 607-614, número especial del III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública.

Estudio exploratorio: Detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario en el hospital regional del ISSSTE (1994), Unidad de Promoción Voluntaria, Hermosillo, Sonora.

Foltz, Anne Marie, y Jennifer L. Kelsey (1983), "¿Es realmente útil la práctica anual de la prueba de

Papanicolaou?", *Cuadernos Médicos Sociales*, no. 25, Argentina, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, p. 31-42.

Gaceta Médica de México (1994), vol. 130, no. 4, julio-agosto.

Galaz, Elena (1995), *Notas acerca del virus del papiloma humano (VPH). Patología cervical y displasias*, mimeo, junio.

García, Brígida, y Orlandina de Oliveira (1994),*Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, Centro de Estudios Sociales, El Colegio de México.

GIRE (1996), *Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores/as y ONG*, memoria, Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP, GIRE.

Giuliano, Anna R., Catalina Denman, Jill Guernsey de Zapién, José Luis Navarro Henze, Luis Ortega, Bogomil Djambazov, Elena Méndez Brown de Galaz, Janine Feng, Mary Papenfuss, Kenneth Hatch (1999), *Prevalencia de VPH, clamidia y displasia cervical en la frontera Arizona-Sonora*, informe final del Proyecto de Investigación del Grupo Binacional de Investigación, El Colegio de Sonora, Universidad de Arizona, Secretaría de Salud Pública de Sonora y Arizona Department of Health Services, junio.

Gómez G., Elsa (ed.) (1993), "Género, mujer y salud en las Américas", *Publicación Científica*, no. 511,

Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.

González Montes, Soledad (comp.) (1995), *Las mujeres y la salud*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMPTRAP) (1994), *Las mujeres en la pobreza*, El Colegio de México.

Hernández Ávila, Mauricio, Eduardo C. Lazcano P., *et al.* (1994), "Evaluación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer del Cuello Uterino en la Ciudad de México. Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional", *Gaceta Médica de México*, vol. 130, no. 4., pp. 201-209.

INEGI, *Sonora. Estadísticas sociodemográficas 1994. Mortalidad*, vol. 3.

_____, *Conteo de población y vivienda, 1995.*

_____ (1995), *Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género.*

Kjaer, Susanne, *et al.* (1991), "Case control study of risk factors for cervical neoplasia in Denmark. I Role of the 'male factor' in women with one lifetime sexual partner", *Int. J. Cancer*, no. 48, pp. 39-48.

Klimovsky, Ezequiel, y Elena Matos (1996), "El uso de la prueba de Papanicolaou por una población

de Buenos Aires", *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*, vol. 121, no. 6, pp. 502-510.

Kusnir, Liliana (1994), "Consideraciones para la elaboración de un estado del arte sobre las políticas públicas y la mujer", colaboración de Clara Jusidman, John Townsend y Evangelina Mijares, GIMTRAP, *Las mujeres en la pobreza*, El Colegio de México, pp. 295-324.

Lagarde, Marcela (1990), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Colecciones Posgrado, México.

Lamadrid A., Silvia (1996), "Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 121, no. 6, pp. 542-549.

Langer, Ana, y Kathryn Tolbert (1996), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council- EDAMEX.

Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Alonso de Ruiz, Lizbeth López Carrillo, Ma. Eugenia Vázquez Manríquez y Mauricio Hernández Ávila (1992), "Índice de calidad en citología en una muestra probabilística en la Ciudad de México", *Patología*, vol. 30, no. 4, p. 201.

____, *et al.* (1993), "Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la ciudad de México", *Salud Pública de México*, vol. 35, pp. 65-73.

____ (1994), "Quality control study on negative gynecological cytology in México", *Diagnostic Cytopathology*, vol. 10, no. 1, pp. 10-14.

_____, *et al.* (1994), "Cáncer de cuello uterino. Una perspectiva histórica", *Ginecología y Obstetricia de México*, no. 62, pp. 40-47.

_____, *et al.* (1995), "Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México", *Revista de Investigación Clínica*, no. 47, pp. 377-385.

_____, Sue Moss, Aurelio Cruz V., *et al.* (1999), "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos", *Revista de Salud Pública*, vol. 41, no. 4, pp. 278-285.

Martínez, Carolina (1998), "Cinco notas en torno a la investigación sobre condición de la mujer y salud", en J.G. Figueroa (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 83-88.

Mc Clintock, C. (1983), "Applying the Logic of Sample Surveys to Qualitative Case Studies: The Case Cluster Method", en John Van Maanen (ed.), *Qualitative methodology*, Newbury Park, Estados Unidos, Sage Publications.

Meneses-González, F., y M.T. Cos-Arroyo, R. Tapia-Conyer, "Evaluación de las actividades de detección y seguimiento del cáncer cervicouterino en población bajo cobertura de la Secretaría de Salud. México, 1992", *Revista Instituto Nacional Cancerología 1994*, no. 40, pp. 168-177.

Miller, A.B. (1995), "La detección temprana y el tamizaje en el control del cáncer", *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*, vol. 118, no. 1, pp. 80-83.

Nigenda, Gustavo, y Ana Langer (eds.) (1995), "Métodos cualitativos para la investigación en salud pública", *Perspectivas en Salud Pública*, no. 20, Instituto Nacional de Salud Pública.

Normatividad en salud infantil (1997), Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Maternoinfantil, IMSS.

Norton, P. G. (1991), *Primary Care Research: Traditional and Innovative Approaches*, Newbury Park, Estados Unidos, Sage Publications.

De Oliveira, Orlandina, y Brígida García (1987), "Encuestas, ¿hasta dónde?", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. XLIX, no. 1, pp. 335-351.

OMS (1988), "Infecciones genitales por papilomavirus humanos y cáncer: memorandum de una reunión de la OMS", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 105, no. 2, pp. 120-138.

OPS (1991), "El cáncer de cuello uterino en América Latina y España", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 110, no. 5, pp. 438-439.

____ (1993), "Carcinoma *in situ* como secuela del VPH cervical", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 114, no. 3, pp. 255.

OPS/OMS (1990), *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*, serie PALTEX.

Palefsky, Joel M., y Elizabeth A. Holly (1995), "Molecular Virology and Epidemiology of Human

Papillomavirus and Cervical Cancer", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 4, junio, pp. 415-428.

Pedersen, D. (1992), "Qualitative and quantitative: two styles of viewing the world or two categories of reality", en N. S. Scrimshaw y G. R. Gleason (ed.), *Rapid assessment procedures (RAP). Qualitative methodologies for planning and evaluation of health programmes*, Boston, International Nutrition Foundation for Developing Countries.

Pelopida, Tina (1995), *Cervical and Breast Cancer in Hermosillo, Sonora, México. Preliminary Study*, Universidad de Arizona.

Piña, Alfonso (comp.) (1994), SIDA, *Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial*, México, UNISON.

Planning Appropriate Cervical Cancer Control Programs (1997), Program for Appropriate Technology in Health (PATH), marzo.

Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud (1996), *Programa de reforma del sector salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar. 1995-2000*, México.

Population Action International (1995), *Riesgo reproductivo: evaluación mundial de la salud sexual y materna de la mujer*, informe de 1995 sobre la marcha del mundo hacia una población estable.

Programa de Detección Oportuna del Cáncer del Cérvix del Útero (1995), Laboratorio Estatal de Salud Pública, Secretaría de Salud Pública de Sonora.

Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino (síntesis) (1997), Secretaría de Salud Pública. octubre.

Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino (síntesis), Secretaría de Salud Pública. 1998-2000.

Programa institucional para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cevicouterino (1997), IMSS, documento presentado en Puebla, Pue., octubre.

Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino (1996), *Plan de acción*, febrero.

Ravelo, Patricia (1995), "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 199-248.

Restrepo, Helena (1993), "Notas para la discusión sobre atención y la promoción de la salud de la mujer", citado en Gómez G.

Robles, Sylvia (1998), "Epidemiología del cáncer cervicouterino en las Américas", en Ma. del Carmen Elú (ed.), *Cáncer cervicouterino*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 15-24.

Romero Cancio, José Alfredo, Héctor Guiscafre Gallardo y Manuel Santillana Macedo (1997), "Fac-

tores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervico uterino en medicina familiar", *Revista Médica IMSS*, vol. 35, no. 3, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 227-232.

Ruiz Olabuénaga, J. Y. (1989), *La decodificación de la vida cotidiana*, Bilbao, Universidad de Deusto.

Salazar, Gilda (1995), "Reflexiones en torno al cuerpo y la sexualidad", en Inés Martínez de Castro, Fernanda Aguilar y Edith Araoz (comps.), *Imagen y realidad*, El Colegio de Sonora.

Schatzman, Leonard y Anselm Struss (1973), *Field Research Strategies for a Natural Sociology*, Prentice Hall, Englenwood Cliffs, N.J.

Schencke, Margarita, Silvia Espinoza, Nancy Muñoz y Helga Messing (1993), "Actitud y conducta frente al autoexamen de mama entre las profesionales de salud de Chile", *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*, vol. 114, no. 4, pp. 317-324.

Schteingart, Martha (coord.) (1997), *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, El Colegio de México.

Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (1996), *Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. Detección oportuna de cáncer cervical en México. Diagnóstico situacional y propuesta de intervención*, México.

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, Diversas estadísticas, Dirección General de Servicios Médicos.

Szasz, Ivonne (1995), "La condición social de la mujer y la salud", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, pp. 13-26.

____ y Susana Lerner (comps.)(1996), *Para comprender la subjetividad, Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México.

Tarrés, Ma. Luisa (comp.) (1992), *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*, México, El Colegio de México.

Usher Jane (1991), *La psicología del cuerpo femenino*, Madrid, Arias Montano Editores.

Valdés E.,Teresa y Enrique Gomariz M., (coords.) (1993), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO.

Van Maanen, John (ed.) (1983), *Qualitative Methodology*, Newbury Park, Sage Publications.

Villoro, Luis (1984), *Creer, saber, conocer*, 2da. ed. Siglo XXI.

Wayne, Daniel (1983), *Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud*, México, Limusa.

Weinrich, S., A. L. Coker, M. Weinrich, G. P. Eleazer y F. L. Greene (1995), "Predictors of smear screening in socioeconomically disadvantage elderly women", College of Nursing, University of South Carolina, Columbia, *J. Am. Geriatr. Soc.*, no. 43, pp. 267-70.

Anexos

Memoria estadística
Carta a las participantes
Cuestionario
Guía temática de la entrevista

Memoria estadística[37]

En este anexo se presentan los elementos estadístico-metodológicos relativos al diseño de la muestra, ejecución y análisis de la encuesta "Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora".

Diseño de la muestra

Dadas las hipótesis de trabajo de este estudio, la población objetivo se definió a partir de los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres de 25 a 55 años de edad que tuvieran al menos un hijo
- Condición socioeconómica popular o media.

La condición socioeconómica es concebida en este estudio como un importante elemento diferenciador de los espacios de oportunidades disponibles para las mujeres; en términos generales, las características de las mujeres en estas condiciones serían:

37 Documento preparado por la M.C. Gabriela Grijalva Monteverde, asesora de estadística y diseño muestral.

	Condición socioeconómica popular	Condición socioeconómica media
Nivel de escolaridad	Media o superior	Básico
Nivel de ingreso familiar	Medio	Bajo
Características de la vivienda	Materiales de construcción y espacios adecuados	Materiales de construcción y deficientes y menor espacio
Infraestructura urbana circundante	Acceso a servicios públicos (luz, drenaje, agua, pavimentación, vías de comunicación, etc.)	Acceso deficiente o inexistente a los servicios públicos (luz, drenaje, agua, pavimentación, vías de comunicación, etc.)

Las dificultades derivadas de una conceptualización tan amplia como ésta, a la hora de identificar en la práctica a las mujeres sujetas del estudio, condujo a la necesidad de utilizar algún indicador que se relacionara en buena medida con las características de interés y que fuera de relativa simplicidad en su medición. En este sentido, se optó por utilizar al ingreso familiar para definir la condición socioeconómica de las mujeres, de la siguiente forma: condición socioeconómica popular, si el ingreso familiar era como máximo 5 salarios mínimos; condición socioeconómica media, si el ingreso familiar era mayor a 5 y menor a 15 salarios mínimos.

De acuerdo con los criterios de inclusión anteriormente descritos, la ubicación de las mujeres en su vivienda proporciona la cobertura más completa de la población objetivo. Por ello se realizó un diseño de muestra estratificado polietápico[38] de viviendas de la ciudad, consistente en:

38 Como referencia sobre los diferentes diseños de muestra probabilísticos, en particular el polietápico, véase Des Raj, 1984; Cochran, 1982.

Etapa 1: Selección aleatoria de áreas geográficas de la ciudad
Etapa 2: Selección aleatoria de manzanas dentro de las áreas geográficas seleccionadas en la etapa 1
Etapa 3: Selección aleatoria de viviendas en las manzanas seleccionadas en la etapa 2

Para la primera etapa del muestreo se recurrió a información indirecta, pero georeferenciada que permitiera seleccionar aleatoriamente áreas geográficas de la ciudad en las que la probabilidad de encontrar a las mujeres de la población objetivo fuera alta.

Con este fin se utilizó la información que arrojó el censo de población y vivienda de 1990 junto con una actualización cartográfica de la ciudad de Hermosillo realizada en 1995 por el proyecto "Recomposición de la fuerza de trabajo en Sonora. Empleo, calificación y salarios en Hermosillo, 1980-1995", desarrollado en El Colegio de Sonora.

Con esta información, las áreas geoestadísticas básicas (AGEBS) en las que se divide a la ciudad fueron asignadas a estratos construidos de acuerdo con el nivel de ingresos de la población ocupada que ahí vivía. Concretamente, se tomó como indicador la proporción de la población ocupada que ganaba menos de dos salarios mínimos.

Los estratos en los que se dividió a la ciudad fueron los siguientes:

Estrato	Porcentaje de ocupados con ingresos menores a 2 SM en la AGEB
1	60 o más
2	(50, 60)
3	(40, 50)
4	(30, 40)
5	(20,30)
6	Menos de 20

El marco muestral de primera etapa quedó conformado por todas las áreas geográficas incluidas en los estratos 2 y 5. Estos estratos fueron considerados subpoblaciones en las que, con mayor probabilidad, se encontraran las mujeres del sector popular y medio, respectivamente.

Considerando la necesidad de contar con un número suficiente de cuestionarios, que permitiera hacer inferencias válidas para las comparaciones entre los sectores popular y medio, así como el tamaño de estas poblaciones y los recursos presupuestales disponibles para la encuesta, se fijó un tamaño total de muestra mínimo de 300, de las cuales 100 debían ser del sector medio y 200 del sector popular. Para asegurar este tamaño de muestra, en la primera etapa del muestreo se seleccionaron al azar 7 AGEBs del estrato 2 y 4 AGEBs del estrato 5; en la etapa 2 se eligieron al azar 8 manzanas dentro de cada AGEB de la muestra; y en la etapa 3 se seleccionarían al azar 4 viviendas dentro de cada manzana. Este esquema permitiría obtener un tamaño de muestra máximo de 352 encuestas, presumiblemente 128 del sector medio y 224 del sector popular.

Al concluir el levantamiento, se obtuvieron 331 cuestionarios: 114 del sector medio y 217 del sector popular.[39]

Levantamiento de la encuesta

El levantamiento de la encuesta se llevó a cabo con once encuestadoras, de las cuales dos fungieron

39 Debido al azar del esquema de selección, algunas manzanas tuvieron menos de cuatro viviendas elegibles en la última etapa.

también como coordinadoras de área del operativo. Nueve de las mujeres participantes en éste contaban con experiencia previa en el levantamiento de cuestionarios, pues habían colaborado en otros proyectos de El Colegio.

Previo al operativo, el equipo de encuestadoras recibió capacitación durante tres días sobre los objetivos de la encuesta, la información básica sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolaou, las instrucciones del operativo y las preguntas y problemas comunes que podrían surgir en la aplicación de los cuestionarios.

En el levantamiento de los cuestionarios, las encuestadoras se apegaron al siguiente procedimiento:

1) Cada encuestadora se responsabilizó del operativo en una de las AGEBs seleccionadas, para lo cual se les proporcionó el mapa con la ubicación precisa de 8 manzanas que tenían que cubrir. Su primera tarea consistió entonces en ubicarse exactamente en las manzanas que se le asignaron.
2) Al llegar a una manzana, realizaron un recorrido por todas las viviendas habitadas en ella, averiguando si en las casas existían mujeres con las características de interés. Levantaron un croquis de la manzana, contando el número total de viviendas habitadas y numerando las viviendas en las que había mujeres susceptibles de ser encuestadas.
3) Una vez numeradas las viviendas de interés, seleccionaron al azar 4 de ellas con ayuda de números aleatorios que se les proporcionó previamente; exactamente en estas viviendas debían levantar sus cuestionarios.
4) Al establecer contacto con los habitantes de una vivienda seleccionada, se averiguaba cuántas mujeres con las características de interés vivían en ella. Si había únicamente una, se le aplicaba el

cuestionario. En caso de que hubiera más de una, se realizaba una nueva selección aleatoria con ayuda de un dado previamente proporcionado, y a la mujer seleccionada con este procedimiento se le aplicaba la encuesta.

Los principales problemas que se presentaron en el levantamiento, y las soluciones que se les dieron, fueron las siguientes:

- Como el cuestionario debía aplicarse exactamente en la vivienda y mujer seleccionada aleatoriamente, hubo necesidad de visitar las viviendas hasta en tres ocasiones, cuando la mujer no se encontraba en ese momento o no accedía a la entrevista. Se decidió que si a la tercera visita no se encuestaba a la mujer elegida, con cita o sin ella, habiendo dejado recados previamente, se haría la entrevista con alguna de las demás mujeres que se habían ubicado en la manzana, cuando en ésta eran más de 4 mujeres, con las características ya mencionadas y a ellas se les aplicaría el cuestionario.
- Aunque hubo muy pocos cambios de este tipo, cabe mencionar que fue en el sector medio donde se dio la mayoría de ellos. También en este sector se presentaron la mayor parte de los casos donde hubo más visitas y citas previas en las viviendas. La población del sector medio se mostró desconfiada y hubo que hacer un poco más de labor de convencimiento para que se autorizara la entrevista. También en este sector hubo cuatro entrevistadas que prefirieron no declarar sus ingresos. Ante esto, que de alguna manera se sabía de parte de las coordinadoras, se asignó a esos lugares encuestadoras que conocían más la zona y las características de su población.
- Los problemas de este tipo en el sector popular fueron mínimos; en general las entrevistadas

aceptaron de buen grado a la encuestadora y contestaron el cuestionario, aunque también hubo necesidad de nuevas visitas porque algunas de las mujeres seleccionadas realizaban alguna actividad extradoméstica.

- Aquellos cuestionarios que al ser revisados por la coordinadora de área observaban algún error en su levantamiento, fueron aclarados y corregidos por la propia encuestadora. Aquí cabe hacer la evaluación que fueron mínimos los errores detectados que tuvieran su origen en el levantamiento; en la mayoría de los casos los errores se detectaron principalmente en la codificación y captura de la información.

Análisis: pruebas estadísticas e índices

La información recogida en las encuestas fue capturada en Acces; para el procesamiento estadístico se utilizó SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 6.1.2.

Siguiendo el diseño del cuestionario y las hipótesis de trabajo que le dieron origen, los resultados de la encuesta fueron analizados en ocho grandes apartados:

- perfil demográfico de las mujeres sujetas al estudio,
- actividades domésticas y extradomésticas desempeñadas por las mujeres,
- información que sobre el cuerpo reciben las mujeres en el seno familiar,
- información que sobre el cuerpo transmiten las mujeres a sus hijas,
- información de que disponen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y sobre la prueba de Papanicolaou

- tipo de práctica de la prueba de Papanicolaou por parte de las mujeres
- percepción de las mujeres sobre la salud y la calidad de los servicios médicos en lo referente a la prueba de Papanicolaou
- opinión de las mujeres sobre las causas de las prácticas inadecuadas de la prueba de Papanicolaou y los requerimientos para mejorarlas

El esquema general del análisis consistió en comparar los resultados entre las mujeres de diferente sector socioeconómico o establecer las relaciones de asociación o independencia entre variables. De esta manera, y dado que prácticamente en todos los casos el nivel de medición de las variables utilizadas en la encuesta fue de orden nominal u ordinal, la estadística empleada para analizar las diferencias observadas entre las subpoblaciones, o la posible asociación entre variables, se restringió a la utilización de pruebas chi-cuadrada de homogeneidad o de independencia, respectivamente.[40] En los casos en que esta prueba no fue aplicable utilizamos una prueba exacta de Fisher, lo cual se hace notar en los cuadros de resultados agregando la literal f al nivel de significancia resultante de la prueba.

En los correspondientes apartados señalados anteriormente, se construyeron índices sumatorios que resumían el comportamiento de los aspectos centrales. La construcción de los índices se señala a continuación.

40 Respecto a la definición de las diferentes escalas de medición y las pruebas chi-cuadrada de homogeneidad o independencia, se puede consultar cualquier texto de estadística básica, como por ejemplo Wayne (1983) y Bohrnstedt y Knoke (1994).

i) Carga doméstica

Utiliza los incisos 1, 2, 4, 5, 6 de la pregunta 17:
17.- De las siguientes cosas del trabajo de la casa que le voy a leer, dígame ¿quién se encarga de hacerlas? (Lea y marque todas las opciones que correspondan)

1. Ella
2. Su esposo
3. Sus hijos
4. Sus hijas
5. Empleada
6. Otros

1) Comprar los alimentos	1	2	3	4	5	6
2) Preparar los alimentos	1	2	3	4	5	6
3) Servir la comida	1	2	3	4	5	6
4) Ordenar la casa	1	2	3	4	5	6
5) Lavar y planchar	1	2	3	4	5	6
6) Pago de trámites y servicios	1	2	3	4	5	6

En las actividades 2, 4 y 5 se anotó:

0 puntos, si la mujer no participa en la actividad
1 punto, si la mujer y alguien más participan
2 puntos, si la mujer es la única responsable

En las actividades 1 y 6 se anotó:

0 puntos, si la mujer no participa en la actividad
0.5 puntos, si la mujer y alguien más participan
1 punto, si la mujer es la única responsable

La suma de puntos podía entonces tomar los valores 0 a 8; el índice de carga doméstica quedó definido como:

Baja, si la suma fue menor a 3
Alta, si la suma fue 4, 5
Muy alta, si la suma fue 6, 7, 8

ii) Carga de trabajo por hijos menores a 12 años

Utiliza los incisos 1, 2, 3, 4 de la pregunta 18:
18.- De las siguientes actividades que le voy a leer, dígame ¿quién se encarga de hacerlas? (Lea y marque todas las opciones que correspondan)

1. Ella
2. Su esposo
3. Sus hijos
4. Otros

1. Mandar a los hijos a la escuela	1	2	3	4
2. Apoyarlos en las tareas escolares	1	2	3	4
3. Cuidar a los bebés	1	2	3	4
4. Atenderlos cuando se enferman	1	2	3	4

En las actividades 1 a 4 se anotó:

0 puntos, si la mujer no participa en la actividad
1 punto, si la mujer y alguien más participan
2 puntos, si la mujer es la única responsable

La suma de puntos podía entonces tomar los valores 0 a 8; el índice de carga doméstica quedó definido como:

Baja, si la suma fue menor a 3
Alta, si la suma fue 4, 5
Muy alta, si la suma fue 6, 7, 8

iii) Información recibida sobre cuerpo y sexualidad

Utiliza las respuestas a las preguntas 21-25 y 27:
21.- Me gustaría saber, cuando usted era niña o adolescente, ¿alguien de su familia le platicó acerca de las diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

22.- Cuando usted era niña o adolescente, ¿le platicaron acerca de cómo eran sus partes íntimas?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

23.- ¿Le platicaron acerca de las relaciones sexuales?
1. SÍ 2. A VECES 3. NO

24.- ¿Le dijeron cómo se embarazan las mujeres?
1. SÍ 2. A VECES 3. NO

25.- Cuando a usted le bajó la regla por primera vez, ¿sabía lo que era?
1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg.28*

27.- Antes de tener relaciones sexuales ¿sabía lo que eran?
1. SÍ 2. NO

En las preguntas 21-24 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí" o "A veces"
En las preguntas 25 y 27 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí"
La suma de puntos puede entonces tomar los valores 0 a 6; el índice de información recibida se definió como:
Nula, si la suma fue 0
Básica, si la suma fue 1, 2
Regular, si la suma fue 3, 4
Suficiente, si la suma fue 5, 6

iv) Información transmitida sobre el cuerpo. Sólo para mujeres con hijas adolescentes

Utiliza las respuestas a las preguntas 29-33:
29.- ¿Usted platica con su(s) hija(s) adolescente(s) de las diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres?
1. SÍ 2. A VECES 3. NO

30.- ¿Usted habla con ella(s) de cómo son sus partes íntimas?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

31.- ¿Le(s) habla acerca de la regla o menstruación?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

32.- ¿Platica con ella(s) acerca de las relaciones sexuales?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

33.- ¿Les explica cómo se embarazan las mujeres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

En todas ellas se anotó:

0 puntos, si la respuesta fue "No"

1 punto, si la respuesta fue "Sí" o "A veces"

La suma de puntos puede entonces tomar los valores 0 a 5; el índice de información transmitida se definió como:

Nula, si la suma fue 0

Básica, si la suma fue 1, 2

Regular, si la suma fue 3, 4

Suficiente, si la suma fue 5

La información fue procesada únicamente para las mujeres con hijas entre 10 y 18 años que en total fueron 134 y tenían las siguientes características

Sector: popular, 85; medio, 49

Grupo de edad: 25-34 años, 21; 35-44 años, 69; 45-55 años, 44

Nivel de escolaridad: hasta 54; hasta primaria 33; estudios medios, 34; estudios superiores 13

v) Información sobre el cáncer cervicouterino

Utiliza las preguntas 37, 38 y 39:

37.- ¿Me podría mencionar algún cáncer que solamente a las mujeres nos puede dar?

1. De la matriz, del útero, del cérvix, cervicouterino
2. De los senos, de mama
3. Ovarios
4. No sabe
5. Otros. Especifique _____

38.- ¿Usted ha escuchado hablar de las causas por las que a las mujeres les puede dar cáncer de la matriz?
(Marque todas las opciones que mencione la entrevistada)

1. Por herencia, genética
2. Tener muchos hijos
3. Por la edad
4. Por tener infecciones vaginales frecuentes
5. Por tener muchas parejas sexuales
6. Otros. Especifique _____
7. No sabe

39.- ¿Usted sabe si el cáncer de la matriz es curable?
1. SÍ 2. NO

En la pregunta 37 se anotó:
0 puntos, si no mencionó la opción 1
1 punto, si mencionó la opción 1
En la pregunta 38 se anotó:
0 puntos, si la respuesta es la opción 7
1 punto, por cada factor que haya mencionado (eran máximo 3)
En la pregunta 39 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí"
La suma de puntos puede entonces tomar los valores 0 a 5; el índice de información sobre el cáncer cérvico uterino se define como:

Nula, si la suma fue 0
Básica, si la suma fue 1, 2
Regular, si la suma fue 3, 4
Suficiente, si la suma fue 5

vi) Información sobre la prueba de Papanicolaou

Utiliza las preguntas 40, 42-45:

40.- ¿Usted ha escuchado hablar de la prueba del cáncer de la matriz o Papanicolaou?

1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg. 46*

42.- Además de detectar el cáncer de la matriz, ¿sabe usted si la prueba sirve para detectar otros problemas? (Marque todas las opciones que mencione la entrevistada)

1. Para detectar infecciones
2. Para detectar inflamaciones
3. Para detectar úlceras
4. Para detectar toda clase de tumores
5. Otro. Especifique _____
6. No sabe

43.- ¿Usted sabe cuándo se recomienda que las mujeres se hagan por primera vez la prueba del cáncer?

1. Cuando inician su vida sexual
2. Antes de casarse
3. Después de casarse
4. Después de tener hijos
5. Otros. Especifique _____
6. No sabe

44.- ¿Usted sabe cada qué tanto tiempo se recomienda que las mujeres se hagan la prueba del cáncer?

1. Cada 6 meses
2. Cada año
3. Cada 2 años
4. Cada 3 años
5. Otro. Especifique _____
6. No sabe

45.- ¿Sabe usted cómo se toma (en qué consiste, qué es) la prueba del cáncer o Papanicolaou?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

En la pregunta 40 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí"
En la pregunta 42 se anotó:
0 puntos, si la respuesta es la opción 6
1 punto, por cada opción que haya mencionado (eran máximo 3)
En la pregunta 43 se anotó:
0 puntos, si la respuesta es la opción 4, 5 o 6
1 punto, si la respuesta es la opción 1, 2 o 3
En la preguntas 44 se anotó:
0 puntos, si la respuesta es la opción 4, 5 o 6
1 punto, si la respuesta es la opción 1, 2 o 3
En la pregunta 45 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí" o "Más o menos"
La suma de puntos puede entonces tomar los valores 0 a 7; el índice de información sobre el pap se define como:

Nula o básica,	si la suma fue 0, 1, 2
Regular,	si la suma fue 3, 4, 5
Suficiente,	si la suma fue 6, 7

vii) Nivel de práctica de la prueba de Papanicolaou

Se utilizaron las preguntas 46, 47, 49 y 50:
46.- ¿Usted se ha hecho alguna vez la prueba del cáncer o Papanicolaou?
1. SÍ 2. NO, NUNCA. *Pase a la Preg. 71*

47.- ¿Cuándo se hizo usted la prueba la primera vez?
1. Antes del primer hijo
2. Después del primer hijo
3. Después de varios hijos
4. No recuerda
5. Otro_____
Especifique

49.- ¿Cada cuánto tiempo se ha hecho la prueba?

_____

50.- ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?
Hace _____ meses _____ años

La construcción de este índice no fue sumatoria; el nivel de práctica para cada mujer se definió de la siguiente manera:

Inexistente: Si la respuesta a la pregunta 46 fue "No, nunca"

Inadecuada: Si la respuesta a la pregunta 46 fue "Sí" y en la 47 señaló alguna de las opciones 3 a 5 o en la 49 o 50 señaló un periodo mayor a dos años

Adecuada: Si la respuesta a la pregunta 46 fue "Sí" y en la 47 señaló la opción 1 o 2 y en la 49 y en la 50 señaló un periodo de dos años o menos

viii) Percepción sobre los servicios de salud en relación con la prueba de Papanicolaou

Utiliza las preguntas 60-68:

Con base en la experiencia que usted ha tenido en los servicios de salud cuando se ha hecho la prueba del cáncer, me gustaría que me contestara las siguientes preguntas:

60.- ¿Usted considera que donde le hacen la prueba explican bien en lo que consiste?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

61.- ¿El personal que realiza la prueba le inspira confianza y seguridad?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

62.- ¿Usted considera que el trato de quienes realizan la prueba es amable?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

63.- ¿El instrumental que se usa le da confianza?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

64. ¿Considera usted que el lugar donde toman la prueba es adecuado?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

65.- ¿Usted considera que el tiempo que espera para que la pasen a que le tomen la prueba es mucho, poco o regular?
1. Mucho 2. Regular 3. Poco

66.- En la clínica a la que usted va, considera que los horarios en los que hacen la prueba son adecuadas para usted?
1. SÍ 2. NO

67.- ¿Usted considera que el tiempo en que le entregan los resultados es mucho, poco o regular?
1. MUCHO 2. REGULAR 3. POCO

68.- ¿Le tiene confianza a los resultados?
1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO

En las preguntas 60-64 y 68 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí" o "Más o menos"
En la pregunta 66 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "No"
1 punto, si la respuesta fue "Sí"
En las preguntas 65 y 67 se anotó:
0 puntos, si la respuesta fue "Mucho"
1 punto, si la respuesta fue "Regular"
2 puntos, si la respuesta fue "Poco"

La suma de puntos puede entonces tomar los valores 0 a 11; el índice de percepción sobre los servicios médicos se define como:

Regular o negativa,	si la suma fue 0 a 7
Positiva,	si la suma fue 8 o 9
Muy positiva,	si la suma fue 10 u 11

EL COLEGIO DE SONORA
Obregón 54, Col. Centro
Tel. 12-65-51, fax 12-50-21

Carta a todas las participantes

Encuesta para mujeres

Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora

Respetable señora:

El Colegio de Sonora es una institución de estudios superiores que actualmente coordina un estudio sobre las condiciones de salud de las mujeres en Sonora. Nuestro propósito con este estudio es conocer cuáles son los principales obstáculos que las mujeres tenemos para cuidar nuestra salud, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la misma.

Es de gran valor recoger sus opiniones e ideas sobre estos temas, por lo que agradecemos su participación al responder a este cuestionario y puede usted estar segura que la información que usted nos dé es completamente confidencial.

Los resultados de este estudio serán difundidos en la comunidad a través de distintos medios y en su propia colonia si usted lo solicita, para fines del presente año. Si usted tiene interés o necesita cualquier información, comuníquese con nosotras y con gusto le informaremos.

Afectuosamente

Antrop. Gilda Salazar A.
Investigadora Programa
Salud y Sociedad

M.C. Carmen Castro V.
Investigadora Programa
Salud y Sociedad

EL COLEGIO DE SONORA

Folio_____
Encuestadora_____
AGEB_____
Manzana_____
Vivienda_____
Fecha_____

Encuesta para mujeres

ELEMENTOS SOCIOCULTURALES EN LA PREVENCIóN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN HERMOSILLO, SONORA

El presente cuestionario es parte de un estudio sobre la salud de las mujeres en Hermosillo que se lleva a cabo por el Programa Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Uno de sus objetivos principales es contribuir al mejoramiento de la salud de las mujeres en Sonora.

De antemano le agradecemos su cooperación al responderlo y le aclaramos que es un cuestionario confidencial y anónimo.

Esperamos que se sienta en confianza conmigo para que podamos conversar acerca de lo que nos interesa.

CUESTIONARIO

TODAS LAS RESPUESTAS SERÁN MARCADAS CON UNA X, EN DONDE CORRESPONDA.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- ¿Dónde nació? _____. Si es Hermosillo, *pase a la pregunta 3*

2.- ¿Cuántos años tiene viviendo en Hermosillo?

_____

3.- ¿Qué edad tiene? _____ **años** ☐☐

4.- ¿Hasta qué año cursó la escuela? (Anotar año y nivel)

_____ ☐☐

5.- ¿Cuál es su estado civil?

1. Unión libre
2. Casada
3. Soltera
4. Divorciada
5. Separada ☐
6. Viuda

6.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ ☐☐

7.- ¿Cuál es la edad del mayor?____
¿y la del menor?_____ ☐☐☐☐

8.- ¿Quiénes viven en su casa? (Lea todas las opciones)

1. Esposo o pareja. *Pase a la preg. 10* ☐
2. Hijos ☐
3. Otros familiares (papá o mamá, suegro(a), cuñada(o), sobrinos(as) ☐
4. Otros no familiares ☐

9.- ¿Tiene pareja actualmente?

1. SÍ 2. NO ☐

10.- ¿Participa usted activamente en alguna de las siguientes organizaciones? (Lea todas las opciones y señale)

	1. SÍ	2. NO	
1. Grupo comunitario (comité de de solidaridad, comité de salud)	1	2	☐
2. Partido político	1	2	☐
3. Grupo religioso	1	2	☐
4. Grupo de la escuela de los hijos (mesa directiva, comisión)	1	2	☐

5. Otros _____
Especifique

11.- ¿Cuál es el medio de transporte que usa normalmente?

1. Carro propio o de la familia
2. Transporte urbano ☐
3. Otros _____
   Especifique

12.- Dígame, ¿qué servicio médico tiene?

1. IMSS
2. ISSSTESON
3. ISSSTE
4. Ninguno.
5. Otro_____
   Especifique

13.- ¿A dónde va cuando necesita atenderse?

1. IMSS
2. ISSSTESON
3. ISSSTE ☐
4. SSA (centro de salud, Hospital Gral., DIF) ☐
5. Clínica comunitaria o Dispensario médico ☐
6. Consulta particular
7. Otro. Especifique_____

14.- ¿Usted realiza alguna actividad para obtener ingresos?

1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg.16*

15.- ¿Qué actividad realiza? _____ ☐ ☐ ☐
(Anotar horario y periodo, si es de diario o eventual)

16.- **¿Cuánto es el ingreso familiar aproximadamente?**

_____
(Anotar cifra y periodo: semana, quincena, mes)

II.- CONTEXTO FAMILIAR

17.- De las siguientes cosas del trabajo de la casa que le voy a leer, dígame ¿quién se encarga de hacerlas? (Lea y marque todas las opciones que correspondan)

1. *Ella*
2. *Su esposo*
3. *Sus hijos*
4. *Sus hijas*
5. *Empleada*
6. *Otros*

1) Comprar los alimentos	1	2	3	4	5	6	☐
2) Preparar los alimentos	1	2	3	4	5	6	☐
3) Servir la comida	1	2	3	4	5	6	☐
4) Ordenar la casa	1	2	3	4	5	6	☐
5) Lavar y planchar	1	2	3	4	5	6	☐
6) Pago de trámites y servicios	1	2	3	4	5	6	☐

Las preguntas 18 y 19 sólo para mujeres con hijos menores de 12 años

18.- De las siguientes actividades que le voy a leer, dígame ¿quién se encarga de hacerlas? (Lea y marque todas las opciones que correspondan)

1. Ella
2. Su esposo
3. Sus hijos
4. Otros

1. Mandar a los hijos a la escuela	1	2	3	4	☐
2. Apoyarlos en las tareas escolares	1	2	3	4	☐
3. Cuidar a los bebés	1	2	3	4	
4. Atenderlos cuando se enferman	1	2	3	4	☐

19.- Cuando tiene que salir a trabajar o necesita salir de casa, ¿quién le cuida a los hijos? (Puede mencionar más de una opción)

1. Algún familiar (suegra, mamá, tía, sobrina) ☐
2. Empleada doméstica ☐
3. Guardería ☐
4. Vecinas o amigas ☐
5. Esposo
6. Otros. Especifique_____

20.- ¿Quién decide cómo gastar el ingreso familiar?

1. Ella
2. Su esposo o pareja ☐
3. Los dos
4. Otros

III.- CONOCIMIENTO DEL CUERPO

21.- Me gustaría saber, ¿cuando usted era niña o adolescente, alguien de su familia le platicó acerca de las diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

22.- Cuando usted era niña o adolescente, ¿le platicaron acerca de cómo eran sus partes íntimas?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

23.- ¿Le platicaron acerca de las relaciones sexuales?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

24.- ¿Le dijeron cómo se embarazan las mujeres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

25.- Cuando a usted le bajó la regla por primera vez, ¿sabía lo que era?

1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg. 27* ☐

26.- ¿Usted recuerda qué era lo que sabía?

_____

_____

27.- Antes de tener relaciones sexuales, ¿sabía lo que eran?

1. SÍ 2. NO

28.- Cuando usted se embarazó por primera vez, ¿cómo se dio cuenta de que estaba embarazada?

_____

_____

Sólo para mujeres con hijas adolescentes (hijas entre 10 y 18 años), si no pase a la preg. 35

29.- ¿Usted platica con su(s) hija(s) adolescente(s) de las diferencias del cuerpo de las mujeres y los hombres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

30.- ¿Usted habla con ella(s) de cómo son sus partes íntimas?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

31.- ¿Le(s) habla acerca de la regla o menstruación?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

32.- ¿Platica con ella(s) acerca de las relaciones sexuales?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO ☐

33.- ¿Les explica cómo se embarazan las mujeres?

1. SÍ 2. A VECES 3. NO

PAUSA...

34.- ¿Considera usted que las mujeres cuidamos nuestra salud?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

35.- Cuando usted tiene trastornos en la regla, ¿qué hace?

1. Se atiende con el médico
2. Espera a que le pase
3. Usa productos naturales ☐
4. Consulta con amigas o vecinas
5. Otro _____

Especifique

36.- Cuando usted tiene infecciones, flujos o comezón vaginal, ¿qué hace?

1. Se atiende con el médico
2. Espera a que le pase
3. Usa productos naturales ☐
4. Consulta con amigas o vecinas
5. Otro _____

Especifique

IV.- CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

37.- ¿Me podría mencionar algún cáncer que solamente a las mujeres nos puede dar?

1. De la matriz, del útero, del cérvix, cervicouterino ☐
2. De los senos, de mama ☐
3. Ovarios ☐
4. No sabe
5. Otros _____
   Especifique

38.- ¿Usted ha escuchado hablar de las causas por las que a las mujeres les puede dar cáncer de la matriz?
(Marque todas las opciones que mencione la entrevistada)

1. Por herencia, genética ☐
2. Tener muchos hijos ☐
3. Por la edad
4. Por tener infecciones vaginales frecuentes
5. Por tener muchas parejas sexuales ☐
6. Otros. Especifique _____
7. No sabe

39.- ¿Usted sabe si el cáncer de la matriz se puede prevenir?

1. SÍ 2. NO ☐

40.- ¿Usted ha escuchado hablar de la prueba del cáncer de la matriz o Papanicolaou?

1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg. 46* ☐

41.- ¿Cómo se enteró usted de la prueba por primera vez?
(marque todas las opciones que mencione la entrevistada)

1. En su familia ☐
2. Con las vecinas o amigas
3. Con el médico, enfermera o promotor(a) ☐
4. En la radio o televisión ☐
5. Otro. _____ ☐
(Especifique)

En todo lo que sigue, cuando hablemos de la "prueba del cáncer" nos estaremos refiriendo a la prueba del cáncer de la matriz o Papanicolaou

42.- Además de detectar el cáncer de la matriz, ¿sabe usted si la prueba sirve para detectar otros problemas? (Marque todas las opciones que mencione la entrevistada)

1. Para detectar infecciones ☐
2. Para detectar inflamaciones ☐
3. Para detectar úlceras ☐
4. Para detectar toda clase de tumores ☐
5. Otro. Especifique _____
6. No sabe

43.- ¿Usted sabe cuándo se recomienda que las mujeres se hagan por primera vez la prueba del cáncer?

1. Cuando inician su vida sexual
2. Antes de casarse
3. Después de casarse ☐
4. Después de tener hijos
5. Otros. Especifique _____
6. No sabe

44.- ¿Usted sabe cada qué tanto tiempo se recomienda que las mujeres se hagan la prueba del cáncer?

1. Cada 6 meses
2. Cada año
3. Cada 2 años ☐
4. Cada 3 años
5. Otro. Especifique _____
6. No sabe

45.- ¿Sabe usted cómo se toma (en qué consiste, qué es) la prueba del cáncer o Papanicolaou?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

V.- PRÁCTICA DE LA PRUEBA DEL CÁNCER

46.- ¿Usted se ha hecho alguna vez la prueba del cáncer o Papanicolaou?

1. SÍ 2. NO, NUNCA. *Pase a la preg. 69* ☐

47.- ¿Cuándo se hizo usted la prueba la primera vez?

1. Antes del primer hijo
2. Después del primer hijo
3. Después de varios hijos ☐
4. No recuerda
5. Otro_____
Especifique

48.- ¿Quién le sugirió hacerse la prueba del cáncer esa primera vez?

1. Su mamá
2. Amigas o vecinas
3. Médico, enfermera o promotor(a) ☐
4. No recuerda
5. Otro_____
Especifique

49.- ¿Cada cuánto tiempo se ha hecho la prueba?

_____

Ahora le voy a preguntar algunas cosas sobre la última prueba que se hizo.

50.- ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?

Hace _____ meses _____ años ☐☐

51.- En esa ocasión ¿por qué acudió a hacerse la prueba? (marque todas las opciones que la entrevistada mencione)

1. Porque ya me tocaba ☐
2. Porque tenía mucho tiempo que no me la hacía ☐
3. Por problemas ginecológicos ☐
4. Porque me la mandó hacer el doctor
5. Otros_____
(Especifique)

52.- ¿Dónde se la hizo?

1. Centro de salud (DIF, materno, hospital)
2. Clínica comunitaria o dispensario médico
3. Clínica del IMSS ☐
4. Clínica del ISSSTESON
5. Consultorio o médico particular
6. Agrupación George Papanicolaou
7. Otra. Especifique_____

53.- ¿Por qué ahí y no en otro servicio? (Marque todas las opciones que la entrevistada mencione)

1. Porque me queda más cerca
2. Porque es donde me toca ☐
3. Porque es gratis
4. Porque es mejor la atención ☐
5. Porque es más rápida la atención, menos tiempo ☐
6. Porque me tratan mejor
7. Porque les tengo más confianza
8. Otro. Especifique_____

54.- ¿Usted considera que el tiempo que le lleva trasladarse de su casa al lugar donde se hace la prueba es mucho, regular o poco?

1. Mucho 2. Regular 3. Poco ☐

55.- ¿Le entregaron los resultados?

1. SÍ. *Pase a la preg. 57* 2. *NO.* ☐

56.- ¿Por qué razón no le entregaron los resultados de la prueba?

1. Porque no los entregan
2. Porque no fui por ellos ☐
3. No he ido todavía por ellos
4. Otra razón. Especifique_____

57.- ¿Le explicaron los resultados?

1. SÍ 2. NO. ☐

58.- Descríbame, si recuerda, ¿cómo se sentía usted cuando le estaban haciendo la prueba?

_____

_____

59.- ¿Usted considera que al tomarle la prueba del cáncer lo hicieron con cuidado?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

Con base en la experiencia que usted ha tenido en los servicios de salud cuando se ha hecho la prueba del cáncer, me gustaría que me contestara las siguientes preguntas:

60.- ¿Usted considera que donde le hacen la prueba explican bien en qué consiste?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

61.- ¿El personal que realiza la prueba le inspira confianza y seguridad?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

62.- ¿Usted considera que el trato de quienes realizan la prueba es amable?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

63.- ¿El instrumental que se usa le da confianza?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

64. ¿Considera usted que el lugar donde toman la prueba es adecuado?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

65.- ¿Usted considera que el tiempo que espera para que la pasen a que le tomen la prueba es mucho, regular o poco?

1. Mucho 2. Regular 3. Poco ☐

66.- En la clínica a la que usted va, ¿considera que los horarios en los que hacen la prueba son adecuados para usted?

1. SÍ 2. NO ☐

67.- ¿Usted considera que el tiempo en que le entregan los resultados es mucho, poco o regular?

1. Mucho 2. Regular 3. Poco ☐

68.- ¿Le tiene confianza a los resultados?

1. SÍ 2. MÁS O MENOS 3. NO ☐

69.- ¿Me podría decir los lugares que usted sepa donde hacen la prueba del cáncer o Papanicolaou? (Marque todas las opciones que la entrevistada mencione)

1. Centros de salud ☐
2. Clínica comunitaria o dispensarios médicos ☐
3. Clínica del IMSS ☐
4. Clínica del ISSSTE ☐
5. Clínica del IISSSTESON ☐
6. Consultorios particulares ☐
7. Agrupación George Papanicolaou ☐
8. Otro. Especifique _____

70.- ¿Usted sabe si se cobra en los lugares que mencionó?

	1. SÍ	2. NO	3. NO SÉ	
1. Centros de salud	1	2	3	☐
2. Clínica comunitaria o dispensarios médicos	1	2	3	☐
3. Clínica del IMSS	1	2	3	☐
4. Clínica del ISSSTE	1	2	3	☐
5. Clínica del ISSSTESON	1	2	3	☐
6. Consultorios particulares	1	2	3	☐
7. Agrupación George Papanicolaou	1	2	3	☐
8. Otro. Especifique _____				

71.- ¿Ha asistido a alguna plática de información sobre el cáncer de la matriz y la prueba del cáncer o Papanicolaou?

1. SÍ 2. NO. *Pase a la preg. 73* ☐

72.- ¿Quién la impartió?

1. Un(a) doctor o doctora(a)
2. Una enfermera
3. Un(a) promotor(a) de salud ☐
4. Un(a) trabajador(a) social
5. Otro. Especifique _____

73.- ¿Cuáles cree usted que sean las razones por las que muchas mujeres no acuden a hacerse la prueba?

_____

_____

Sólo para mujeres QUE SE HAN HECHO la prueba

74.- ¿Qué piensa que se necesitaría para que las mujeres acudieran a hacerse la prueba del cáncer?

_____

_____

Sólo para mujeres que NUNCA se han hecho la prueba

75.- ¿Qué necesitaría usted para decidirse a hacerse la prueba del cáncer o Papanicolaou?

_____

_____

GUÍA TEMÁTICA DE LA ENTREVISTA

1. Datos sociodemográficos
- edad
- escolaridad
- hijos
- pareja
- con quién vive
- ocupación

2. Datos biográficos generales
- de dónde es originaria ella, su pareja y sus padres
- tiempo de vivir en la ciudad
- ingresos familiares (¿aporta ella algo al gasto familiar?) (esto se retomará al tratar lo del punto 4)

3. Condiciones de vida

Se trata de ver el acceso y uso de los servicios públicos (agua, luz, drenaje, vivienda, transporte público), que faciliten o dificulten su vida cotidiana y su capacidad de movimiento para acudir a las intituciones de salud.

- ubicación de la colonia, lejanía o cercanía de la ciudad y los servicios de salud
- transporte urbano en la colonia y tiempos de traslado a los centros de salud.

4. Contexto familiar y vida cotidiana.

Este apartado trata de indagar sobre el rol de género de las mujeres entrevistadas, para conocer cuál es el papel que ellas tienen en la resolución de la vida do-

méstica y familiar, tanto como sus cargas de trabajo y las dificultades que enfrentan para resolverlas, sus redes de apoyo, así como el grado de autoridad sobre los hijos y en el funcionamiento de la familia.

- cargas de trabajo doméstico
- cuidados y atenciones a los hijos
- participacion de los hijos en el trabajo doméstico
- participacion del varón en el trabajo doméstico
- redes de apoyo, familiares o vecinales
- autoridad
- acuerdos con la pareja (división de las tareas domésticas y de atención a los hijos(as))

5. Cultura del cuerpo

- conocimientos básicos de su cuerpo: fisiología y anatomía
- funciones de su aparato reproductivo y ciclos reproductivos
- significados de las partes reproductivas del cuerpo
  -relación con su cuerpo
  -autopercepción de su cuerpo
- Menstruación (primera experiencia, significados y percepción)

6.- Cultura de la salud

En este apartado se trata de indagar acerca del conocimiento de la salud y las prácticas del autocuidado de la salud, particularmente su atención de la salud reproductiva.

- problemas generales de salud que han enfrentado: enfermedades crónico-degenerativas, infecciones, cirugías.

- prácticas de prevención y cuidados (médicas, domésticas)
- percepción de los problemas de salud (cómo se consideran: ¿sanas?, ¿enfermas?, ¿vulnerables?)
- formas de solución a los problemas de salud vividos (médicas y no médicas).
- de qué manera interviene o participa su pareja en la decisión para la práctica de la prueba de Papanicolaou
- problemas de salud reproductiva que han enfrentado o enfrentan actualmente
- infecciones vaginales, flujos anormales, secuelas de partos, quistes: reconocimiento, experiencia, autodiagnóstico y significado, búsqueda de atención.
- menstruación: irregularidades, su propio diagnóstico, atención a las mismos
- anticoncepción (definitiva y no definitiva.), su uso, su conocimiento y lo que ella considera efectos secundarios, significados y percepciones (decisión de tomarlos, acuerdo de pareja, control sobre ellos)

7. Información sobre el cáncer cervicouterino

Este punto busca profundizar principalmente en el porqué de las mujeres para practicarse o no la prueba de Papanicolaou. Además tiene el objetivo de conocer la información que poseeen al respecto las entrevistadas, así como los conceptos que maneja sobre la enfermedad.

- dónde, con quién obtuvo la información sobre la prevención del cáncer (indagar aquí lo que recuerda, si entendió la información que le dieron)
- indagar sobre las redes de información en el tema: sociales, familiares
- qué información tiene sobre los factores de riesgo

- sobre la enfermedad
- sobre la prueba
- sobre la campaña

8. Cultura de la prevención en general e información respecto a la prueba de Papanicolaou.

- Percepción de la prueba y de la enfermedad: cómo viven ellas los riesgos, si están conscientes de esos riesgos, si se considera sujeta de riesgo, si es sujeta activa en la prevención del cáncer cervicouterino

9. Servicios de salud:

- acceso real a los servicios de atención
- uso de los mismos
- relación con los prestadores de servicios de salud
- experiencias en la atención

10.- Relación de pareja

La idea aquí es indagar cómo interviene la pareja en la atención de su salud, pero no en términos formales. Profundizar si la pareja interviene facilitando u obstaculizando la práctica de la prevención del cáncer cervicouterino, o simplemente no está presente, ni influye en estas decisiones.

Esta edición consta de 400 ejemplares
y se terminó de imprimir en el mes de junio
de 2001 en Imagen Digital, Veracruz no. 19A,
tel.: 01 (6) 214-18-22, Hermosillo, Sonora.
La edición estuvo a cargo del Departamento de
Publicaciones de El Colegio de Sonora.
Diseño de portada: Guadalupe Zúñiga

EL COLEGIO DE SONORA

9 789688 675540