

EL COLEGIO DE SONORA

Representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer
cérvicouterino en un contexto multicultural y de migración en
Estación Pesqueira Sonora.

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales

Presenta:

María de los Ángeles Morales Hernández

Directora de Tesis: Dra. Patricia Aranda Gallegos

Hermosillo, Sonora

Febrero de 2008

DEDICATORIA

Respetuosamente a las ocho mujeres que participaron en este estudio, por compartir
con esta desconocida su tiempo y sus vivencias.

A J. Cruz Morales, Ma. de los Ángeles Hernández y Raquel Morales, por aguantar mi
estrés, respetar mis decisiones y compartir mis logros.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a las mujeres que participaron en el estudio, que me permitieron no sólo entrar en sus casas sino también en su vida, y responder amablemente a preguntas sobre temas tan íntimos.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico a través de las becas que permitieron realizar este trabajo de investigación. Al Colegio de Sonora en particular al área de concentración de salud y sociedad por abrir espacios para la reflexión e intervención sobre problemáticas de relevancia social. A la Dra. Patricia Aranda G., directora de tesis por su tacto para corregir mis constantes desatinos; a la Dra. Carmen Castro y Mtra. A. Lucía Castro agradezco su tiempo y sus sugerencias.

Gracias a mi Papá por el apoyo y amor incondicional, por leer y responder mis correos llenos de angustia y frustración, por guiarme. A mi mamá por sus palabras de aliento, por apoyar mi decisión, por su serenidad y su amor. A Raquel (mi hermana favorita) por ser siempre un ejemplo de tenacidad, por hacerme reír, por tú ayuda con las transcripciones.

A Christian por convertir esta aventura en un reto por decidirte a compartirla conmigo, por tú amor, tú tranquilidad y tú buen humor.

A Graciela, Karla, Erika y Lili por alentarme y esperarme, por su amistad.

A mis compañeros y compañeras de maestría por acompañarme en este proceso. En especial a Minerva Ponce, Carmen Arellano y Eduardo Martínez de la Torre. A Sebastián Bastidas por la ayuda técnica.

Gracias a Dios, por no soltar mi mano.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	- 17 -
CAPÍTULO I: SOBRE EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LA METODOLOGÍA	- 19 -
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	- 19 -
<i>Pregunta general de investigación</i>	- 22 -
<i>Preguntas específicas</i>	- 22 -
<i>Objetivo general</i>	- 22 -
<i>Objetivos específicos</i>	- 23 -
<i>Supuestos</i>	- 23 -
LA METODOLOGÍA	- 24 -
<i>La entrevista semiestructurada</i>	- 24 -
<i>Análisis de información</i>	- 25 -
<i>Trabajo de campo</i>	- 26 -
<i>Criterios de selección de informantes</i>	- 29 -
<i>Informantes</i>	- 30 -
CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO	- 35 -
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS	- 35 -
ESTUDIOS SOCIOCULTURALES	- 48 -
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	- 61 -
PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	- 61 -
<i>E. Durkheim y las representaciones colectivas</i>	- 62 -
<i>S. Moscovici y la teoría de las representaciones sociales</i>	- 64 -
EL CONCEPTO DE REPRESENTACIONES SOCIALES	- 69 -
<i>Mecanismos que intervienen en la formación de las representaciones sociales</i>	- 72 -
<i>Las representaciones sociales y su relación con las prácticas</i>	- 77 -
<i>Lo social en las representaciones sociales</i>	- 78 -
<i>Trabajar con representaciones sociales</i>	- 81 -
DEFINICIONES OPERACIONALES	- 85 -
<i>Representaciones sociales</i>	- 85 -
<i>Multiculturalidad</i>	- 88 -
<i>Sexualidad</i>	- 90 -
<i>Vulnerabilidad</i>	- 91 -
CAPÍTULO IV: ESTACIÓN PESQUEIRA, UN CONTEXTO MIGRATORIO Y MULTICULTURAL	- 93 -
LA MIGRACIÓN EN MÉXICO	- 93 -
<i>Migración y salud</i>	- 98 -
ESTACIÓN PESQUEIRA	- 99 -
<i>El trabajo</i>	- 104 -
<i>Los servicios básicos</i>	- 106 -
<i>Las instituciones de salud</i>	- 110 -
PROGRAMAS QUE PARTICIPAN EN LA DOCACU	- 113 -
<i>Programa de Desarrollo Humano Oportunidades</i>	- 113 -
<i>Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino</i>	- 117 -
CAPÍTULO V: EL PROGRAMA OPORTUNIDADES Y EL PNDOCACU EN ESTACIÓN PESQUEIRA	- 121 -
TENER OPORTUNIDADES	- 121 -
<i>Inscripción al Programa</i>	- 121 -
<i>Atención a la salud de las beneficiarias</i>	- 123 -
<i>Pláticas del autocuidado de la salud</i>	- 125 -
<i>Reuniones mensuales para las beneficiarias de Oportunidades</i>	- 126 -
DATOS DEL CONCENTRADO DE CITOLOGÍAS 2005 DE ESTACIÓN PESQUEIRA	- 128 -
LA DOCACU ENTRE LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES	- 132 -

LA DOCACU ENTRE LA POBLACIÓN NO ADSCRITA A OPORTUNIDADES	- 135 -
CAPÍTULO VI: DESCRIPCIÓN DE LAS INFORMANTES Y SU EXPERIENCIA MIGRATORIA	- 141 -
-	
LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO	- 142 -
<i>Sabina</i>	- 142 -
<i>Marta</i>	- 143 -
<i>Evelia</i>	- 144 -
<i>Lola</i>	- 145 -
<i>Dora</i>	- 146 -
<i>Elizabeth</i>	- 148 -
<i>Sofía</i>	- 149 -
<i>Marisol</i>	- 149 -
ALGUNOS DATOS SOBRE LA HISTORIA MIGRATORIA Y EL TRABAJO DE LAS INFORMANTES	- 150 -
ASPECTOS POSITIVOS DE LA MIGRACIÓN SEGÚN LAS INFORMANTES	- 152 -
ASPECTOS NEGATIVOS DE LA MIGRACIÓN DE ACUERDO A LAS ENTREVISTADAS	- 153 -
CAPÍTULO VII: ALGUNOS EVENTOS DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN, SU RELACIÓN CON LA DOCACU	- 159 -
INFORMACIÓN SOBRE LA MENSTRUACIÓN ENTRE LAS INFORMANTES DEL ESTUDIO.	- 161 -
LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS INFORMANTES	- 166 -
LOS EMBARAZOS DE LAS ENTREVISTADAS.	- 171 -
CAPÍTULO VIII: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO	- 179 -
FUENTES QUE INFORMARON A LAS ENTREVISTADAS SOBRE LA DOCACU	- 182 -
IDEAS PREVIAS SOBRE LA DOCACU	- 192 -
DEFINICIONES SOBRE EL CÁNCER	- 194 -
CAUSAS DEL CÁNCER GENERAL Y DEL CACU SEGÚN LAS ENTREVISTADAS	- 198 -
TRATAMIENTOS PARA COMBATIR EL CÁNCER GENERAL Y EL CACU SEGÚN LAS INFORMANTES	- 204 -
SENTIMIENTOS ASOCIADOS CON LA DOCACU	- 206 -
“LA PRUEBA QUE PREVIENE DEL CÁNCER”. UTILIDAD QUE RECONOCEN LAS INFORMANTES EN LA PRÁCTICA DE DOCACU	- 210 -
QUIÉN DEBERÍA ACUDIR A LA DOCACU, DE ACUERDO A LAS INFORMANTES	- 212 -
RAZONES PRESENTES EN LA DECISIÓN DE PRACTICARSE EL PAPANICOLAOU.	- 214 -
BARRERAS FRENTE A LA DOCACU	- 216 -
LA PRIMERA EXPERIENCIA DEL PAPANICOLAOU ENTRE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	- 220 -
LA DESCRIPCIÓN QUE HACEN LAS INFORMANTES DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR DURANTE EL PAPANICOLAOU	- 223 -
CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES	- 233 -
SOBRE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	- 233 -
<i>La DOCaCu en un contexto multicultural y de migración</i>	- 234 -
<i>La influencia del Programa Oportunidades en las representaciones sociales sobre la DOCaCu</i> ... -	236 -
<i>La relación de las representaciones sociales sobre la sexualidad y el cáncer y la DOCaCu</i>	- 238 -
SUGERENCIAS DE INVESTIGACIÓN	- 242 -
PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA	- 243 -
BIBLIOGRAFÍA	- 247 -
A N E X O S	- 259 -
ANEXO 1.-	- 261 -
DATOS GENERALES DE LAS INFORMANTES	- 261 -
ANEXO 2	- 263 -
GUÍA DE ENTREVISTA PARA MUJERES ENTREVISTADAS	- 263 -
ANEXO 3.	- 267 -
GUÍA DE ENTREVISTA PERSONAL DE SALUD	- 267 -
ANEXO 4.	

GUÍA DE ENTREVISTA A LA PSICÓLOGA	- 269 -
ANEXO 5	- 271 -
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE SALUD	- 271 -
ANEXO 6	- 273 -
MAPA INFRAESTRUCTURA BÁSICA DE ESTACIÓN PESQUEIRA	- 273 -

TABLAS Y FIGURAS

CUADRO 1. CRITERIOS DE SELECCIÓN - 30
TABLA 1. DATOS GENERALES DE LAS INFORMANTES - 31
ESQUEMA 1. REPRESENTACIONES SOCIALES - 87
MAPA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN - 102
TABLA 2. FRECUENCIA DE EDAD EN QUE SE HICIERON EL PAP EN ESTACIÓN PESQUEIRA DURANTE EL 2005 -129
TABLA 3. FRECUENCIA DEL PAP EN ESTACIÓN PESQUEIRA DURANTE EL 2005 - 129
TABLA 4. GRUPOS DE EDAD Y FRECUENCIA DEL PAP EN ESTACIÓN PESQUEIRA EN EL 2005 - 130
TABLA 5. RESULTADOS DE CITOLOGÍAS CERVICALES EN ESTACIÓN PESQUEIRA PARA EL 2005 -131
TABLA 6. DATOS DE MIGRACIÓN DE LAS INFORMANTES - 141
TABLA 7. USO DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS ENTREVISTADAS - 167
TABLA 8. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES - 170
TABLA 9. EMBARAZOS Y PARTOS DE LAS ENTREVISTADAS - 172
TABLA 10. PRÁCTICA DE DOCACU DE LAS INFORMANTES - 179
TABLA 11. CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES QUE INFORMAN DEL CÁNCER - 182
TABLA 13. COMO DEFINEN LAS INFORMANTES EL CÁNCER GENERAL - 194
TABLA 14. COMO DEFINEN LAS INFORMANTES EL CACU - 195
TABLA 16. CAUSAS DEL CACU DE ACUERDO A LAS ENTREVISTADAS - 200
TABLA 17. RAZONES PARA PRACTICARSE EL PAP SEGÚN LAS ENTREVISTADAS -214
TABLA 18. BARRERAS FRENTE A LA DOCACU - 216
ESQUEMA 2. VÍNCULO ENTRE LAS RS SOBRE LA SEXUALIDAD, EL CÁNCER Y LA DOCACU - 242

RESUMEN

En este documento el lector encontrará los resultados de un estudio exploratorio, cuyo objetivo es conocer y analizar las representaciones sociales sobre detección oportuna de cáncer cérvicouterino en mujeres que han habitado por lo menos durante tres años Estación Pesqueira; localidad del municipio de San Miguel de Horcasitas, Sonora. En aras de reconstruir dichas representaciones se eligió una metodología cualitativa, utilizando la entrevista semiestructurada como técnica principal. Las entrevistas se realizaron al interior del hogar de las informantes, fueron de 3 a 7 encuentros con cada una dependiendo de la disponibilidad de horario de las informantes y de la necesidad de profundizar los temas de interés. Como marco teórico se recurrió principalmente a los planteamientos de S. Moscovici y D. Jodelet sobre las Representaciones Sociales. El trabajo de campo se llevó a cabo de agosto de 2006 a abril de 2007. En el estudio participaron 8 mujeres, entre los 30 y los 60 años, mestizas e indígenas, en un contexto multicultural y de migración por lo que se indagó sobre la historia migratoria de las entrevistadas. Se analizó la influencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), esto bajo el supuesto de que quienes participan en él tienen mayor acceso a información sobre el tema. Así mismo se encontraron vínculos importantes entre la representación social de la detección oportuna de cáncer cérvicouterino y las representaciones sociales del cuerpo, la sexualidad y el cáncer así como con su condición migratoria y étnica.

ABREVIATURAS

Cáncer cérvicouterino	CaCu
Cáncer mamario	CaMa
Centro de Atención Primaria a la Salud	CAPS
Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado	CECyTES
Consejo Nacional de Población	CONAPO
Detección oportuna de cáncer cérvicouterino	DOCaCu
Detección oportuna de cáncer	DOC
Dispositivo intrauterino	DIU
El Colegio de Sonora	COLSON
Fundación Mexicana para la Planificación Familiar	MEXFAM
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSSTE
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática	INEGI
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Papanicolaou	Pap
Participación Social Sonorense	PASOS
Population Referente Bureau	PRB
Programa de Educación, Salud y Alimentación	PROGRESA
Programa Nacional de Atención a Jornaleros Agrícolas	PRONJAG
Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino	PNDOCACU
Representaciones colectivas	RC
Representaciones sociales	RS
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	SAGARPA
Secretaría de Desarrollo Social	SEDESOL
Secretaría de Salud	SSA
Teoría de las representaciones sociales	TRS
Virus del Papiloma Humano	VPH

INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene por objetivo estudiar las representaciones sociales de la detección oportuna del cáncer cérvicouterino en mujeres habitantes de Estación Pesqueira, localidad ubicada en San Miguel de Horcasitas, Sonora. La importancia de este estudio radica en explorar las representaciones sociales de la detección oportuna de cáncer cérvicouterino en un contexto multicultural y de migración.

Para lograr dicho objetivo, se contactó a mujeres con características que interesaba analizar, como la migración, la etnicidad y la pertenencia al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. La tesis está organizada en cinco capítulos que se describen a continuación:

El primer capítulo consta de dos apartados. En su primer apartado se presenta el problema a investigar, ahí el lector encontrara las preguntas y objetivos de investigación. En un segundo apartado se describe la metodología utilizada y se justifica el uso de la entrevista semiestructurada como técnica para recabar información.

El segundo capítulo se refiere al estado del arte sobre la detección oportuna de cáncer cérvicouterino. En él se describen los distintos estudios realizados a nivel internacional, nacional y estatal sobre este tema. La descripción de los materiales se ordenó de acuerdo al aspecto de la problemática en que se centran, es decir, si son epidemiológicos o socioculturales.

El siguiente capítulo, el tercero, presenta el marco teórico conceptual utilizado para abordar esta problemática. En la primera parte se define el concepto de representaciones sociales, partiendo de los planteamientos de S. Moscovici y D. Jodelet. Posteriormente se muestran algunas definiciones operacionales.

En el cuarto capítulo se describe el contexto de la localidad en donde se realizó el estudio, así como a las mujeres que participaron en él. También se presenta el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y el Programa de Acción Cáncer Cérvico Uterino.

El quinto capítulo analiza cómo opera parte del Programa Oportunidades en la localidad; se describen los datos del concentrado de las citologías que se realizaron en el centro de salud durante el 2005, y se analiza cómo se realiza la DOCaCu en Estación Pesqueira entre las mujeres beneficiarias la población abierta.

En el sexto capítulo se describe a las informantes, se analiza su experiencia migratoria, detallando algunos elementos relacionados con el trabajo, como también se describe lo que ellas consideran aspectos positivos y negativos en relación a la migración.

El séptimo capítulo está destinado al análisis de algunos eventos de la sexualidad y la reproducción, relacionados con la prueba de DOCaCu

En el octavo capítulo se reconstruyen y analizan las representaciones sociales sobre cáncer y las representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cérvicouterino.

Por último en el noveno capítulo el lector encontrará las conclusiones, los hallazgos que responden a las preguntas de investigación, sugerencias para estudios posteriores, así como algunas recomendaciones en cuestión de política pública.

CAPÍTULO I: SOBRE EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LA METODOLOGÍA

En el presente capítulo el lector conocerá la importancia y pertinencia de analizar las representaciones sociales de la detección oportuna de cáncer cérvicouterino en un contexto multicultural¹ y de migración. Primero se presentará problema a investigar para después describir la metodología utilizada en la recolección y análisis de los datos.

El problema de investigación

La investigación que aquí se presenta es de tipo cualitativo y estudia las representaciones de la detección oportuna de cáncer cérvicouterino (DOCaCu) y cómo influye la pertenencia a un programa de desarrollo social en su construcción. Para comprender la práctica de DOCaCu se requiere establecer relaciones entre las representaciones sociales del cáncer, el cuerpo y la sexualidad con la práctica misma, así como delimitar los elementos que permiten u obstaculizan esta práctica en un contexto multicultural y de migración. Se partió del presupuesto de que dichas representaciones sociales cobran sentido en relación al contexto sociocultural en que se construyen, pues el contexto brinda los elementos con los que se constituye su contenido.

Toda investigación implica una reconstrucción de la realidad, y la decisión de abordar el problema de estudio con una metodología cualitativa o cuantitativa depende del tipo de pregunta de investigación y del nivel de análisis que el investigador desee para su problema de estudio (Cortés et al., 1996). Estas aproximaciones provienen de distintos paradigmas, los

¹ En este trabajo se define la multiculturalidad a partir de lo que plantea Almada, sin embargo esta definición se enriquece en el capítulo donde aparece el marco teórico. "En las sociedades multiculturales se encuentran mezclados grupos que pueden ser diferentes en múltiples aspectos, sociales, económicos, religiosos, ideológicos, raciales, de nacionalidad, lengua etc., por tanto deben esforzarse por llegar a acuerdos y negociaciones relacionados con las formas de vida que deberán adoptar para convivir en un espacio físico compartido" (Almada, 2006:51)

cuales abordan de diferente manera ciertos aspectos de la realidad, por lo que pueden ser complementarias.

En este estudio se optó por una metodología cualitativa² para la recolección y análisis de los datos, y se empleó la entrevista semi estructurada como la principal técnica de investigación. Previa revisión bibliográfica y después de las primeras visitas a campo, se definieron los tipos de mujeres que se considerarían para la investigación: migrantes asentadas, y mujeres oriundas del lugar en edad reproductiva habitantes de Estación Pesqueira, localidad del municipio San Miguel de Horcasitas perteneciente al estado de Sonora, se entrevistó a ocho mujeres durante un promedio de 5 visitas con aproximadamente una hora de duración, y también se entrevisto al personal de salud; dichas entrevistas se realizaron de agosto de 2006 a abril de 2007 y fueron audiograbadas, transcritas y analizadas.

El cáncer³ cérvicouterino (CaCu) es una enfermedad crónico degenerativa que a pesar de los avances en su prevención y tratamiento sigue ocasionando muertes que debieran ser prevenibles entre mujeres de países pobres. De acuerdo a datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2006) el cáncer es una de las principales causas de muerte para la población femenina a nivel mundial. De los 58 millones de muertes registradas en 2005, 7,6 millones (13%) se debieron a este mal; arriba del 70% de éstas se produjeron en países de bajos y medianos ingresos. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló que para 2004 en América Latina y el Caribe las tasas anuales de mortalidad por CaCu

²“La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1992: 15,20).

³ El cáncer se define biomédicamente por la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales. Invaden zonas adyacentes del organismo o se diseminan a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis. El diagnóstico del CaCu, y condiciones precancerosas del cérvix y el útero se realiza a través de un procedimiento llamado Papanicolaou (Pap) o citología exfoliativa (Organización Mundial de la Salud, 2006).

estaban por arriba de 20 casos por cada 100 000 mujeres, mientras que en países desarrollados estas tasas fueron inferiores a los 10 casos por cada 100 000 mujeres.

En México el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2007) reportó que en el 2005 a nivel nacional, el CaCu fue la primera causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. La tasa estandarizada de mortalidad fue de 17.8 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. En Sonora al igual que a nivel nacional para la población femenina en edad reproductiva la primera causa de mortalidad es el cáncer en general. Sin embargo, mientras que a nivel nacional el CaCu es la principal neoplasia maligna que causa estas muertes, en Sonora ocupa el segundo lugar (INEGI, 2006).

Además de que estas cifras lo señalan como un problema de salud pública, la literatura sobre el tema ubica este problema relacionado con la pobreza, esto debido a la falta de acceso a los servicios de salud de esta población, a la falta de información, el exceso de trabajo de las mujeres, el miedo, la vergüenza y la opinión negativa sobre esta prueba de la pareja. Estos aspectos dificultan la detección oportuna de cáncer cérvicouterino (DOCaCu)⁴ (Lazcano, 1999; Castro y Salazar, 2001; Reartes, 2005). Se sabe también que la etnicidad, la migración, la pobreza y la falta de redes sociales afectan la salud de las mujeres (Bronfman, 2001; Palacios y Moreno, 2004, Frenk, 1987).

En las localidades rurales⁵ los factores como una nutrición inadecuada, fecundidad elevada y en intervalos cortos, una doble o triple carga de trabajo y la falta de acceso a la información y a los servicios de salud, ponen en riesgo la salud de las mujeres (INEGI,

⁴ La DOCaCu se realiza a través de un procedimiento llamado Papanicolaou o citología exfoliativa y consiste en lo siguiente: la mujer debe desnudarse de la cintura para abajo; recostarse en la camilla con las piernas levantadas y separadas. El médico o enfermera la cubren de la cintura a las rodillas, insertan un espejo vaginal dentro de ésta; la toma consiste en extraer células del cérvix con un cepillo cervical, la muestra se coloca en un portaobjetos de vidrio, se rocía o sumerge en una sustancia fijadora y se envía al laboratorio.

⁵ En general, el término “rural” hace referencia a espacios que exhiben: baja densidad demográfica y un patrón de población dispersa, predominio de las actividades agropecuarias, prevalencia de rasgos culturales o estilos de vida diferentes a los de los grandes centros urbanos (INEGI, 2002:13).

2002). Por lo anterior es que se decidió indagar sobre las representaciones sociales de la DOCaCu en mujeres habitantes de un contexto multicultural y de migración en una localidad rural.

Pregunta general de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cérvicouterino en mujeres que habitan en un contexto multicultural y de migración en Estación Pesqueira, Sonora, y de qué manera influye el Programa Oportunidades en la construcción de dichas representaciones sociales?

Preguntas específicas

- ¿De qué manera el contexto multicultural y de migración se relaciona con las representaciones sociales y la práctica de detección oportuna de cáncer cérvicouterino?
- ¿De qué manera influye el Programa Oportunidades en la construcción de las representaciones sociales de la detección oportuna de cáncer cérvicouterino?
- ¿Cuáles son las diferencias o semejanzas de dichas representaciones entre mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades, y aquellas que no están en éste programa?
- ¿De qué manera se relaciona la representación social del cuerpo, la sexualidad y el cáncer con la práctica de detección oportuna de cáncer cérvicouterino?

Objetivo general

Analizar las representaciones sociales sobre la detección oportuna de cáncer cérvicouterino en mujeres que habitan en un contexto multicultural y de migración en Estación Pesqueira, Sonora; el papel del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en

la conformación de estas representaciones sociales; la influencia del contexto multicultural y de migración en mujeres que habitan Estación Pesqueira, Sonora.

Objetivos específicos

- Analizar influencia del contexto multicultural y de migración en la DOCaCu.
- Analizar y comparar las representaciones sociales del Pap entre mujeres beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y aquellas que no están en éste programa.
- Analizar y comparar las representaciones de la DOCaCu entre mujeres indígenas y mestizas.

Supuestos

En este estudio se partió del supuesto de que pertenecer a algún programa como Oportunidades influye positivamente en las prácticas de detección oportuna de cáncer cérvicouterino de las mujeres, en el acceso a la atención y a la información médica sobre la práctica.

La metodología

En esta investigación se utilizaron varias técnicas para la recopilación de información. La primera consistió en la revisión bibliográfica y la observación de la comunidad de estudio, para más tarde construir la guía de entrevista que se aplicó a las ocho mujeres entrevistadas. Por ser este estudio de índole cualitativo, lo importante no fue reunir una muestra estadísticamente significativa, sino informantes con características específicas que permitieran explorar las representaciones sociales sobre la DOCaCu con una técnica flexible que permitiera reconstruir las representaciones del Pap a partir de sus narrativas sobre el mismo. De manera secundaria se entrevistó al personal de salud para conocer lo que ellos consideran las dificultades de esta práctica y la promoción de este Programa.

La entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada se seleccionó como técnica principal para la recolección de la información, por ser un dispositivo que facilita la relación social entre el investigador y sus informantes, permitiendo dialogar con las entrevistadas en su contexto, con la posibilidad de recrear escenarios que den sentido a las situaciones de las que se habla (Rivas, 1999).

Este tipo de entrevistas, a diferencia de los cuestionarios con preguntas estructuradas, permite conocer los afectos, las actitudes y las expresiones de los individuos que de otra forma no son apreciados. A través de esta herramienta el investigador tiene acceso a la reconstrucción de las ideas, creencias y opiniones de los entrevistados (Selltiz; 1968).

En un primer momento los hallazgos encontrados en la literatura sirvieron de referencia para decidir qué temas abordar en la guía de entrevista dirigida a las mujeres. Este instrumento fue modificado en cuatro ocasiones como resultado de las evaluaciones realizadas a las entrevistas preliminares durante el trabajo de campo. En consecuencia se

fortalecieron tópicos como el de sexualidad, mientras que el tema de atención a la salud dejó de ocupar un papel central. Los temas que incluyó la guía de entrevista fueron los siguientes: salud y enfermedad, Papanicolaou, cáncer, Programa Oportunidades, migración, y reproducción (ver anexo 1).

La guía de entrevista utilizada con el personal de enfermería (ver anexo 3) se modificó en dos ocasiones. Los temas principales fueron la influencia del Programa Oportunidades en la práctica de de DOCaCu, el Cáncer y la Migración. Las preguntas realizadas a la psicóloga que labora en el centro de salud versaron en torno a la plática de CaCu que dio a las mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades (ver anexo 4).

Cabe aclarar que el centro de interés de este trabajo fueron las mujeres, sin embargo en la investigación cualitativa el personal de salud se seleccionó para enriquecer la información obtenida (Crabtree y Miller; 1999), en este sentido se retomó el discurso de los otros actores involucrados en la DOCaCu, con la finalidad de reconstruir la dinámica que se sigue en esta institución de salud al realizar esta práctica.

Análisis de información

Las entrevistas se transcribieron en su totalidad y se analizaron con el programa computacional Nvivo, esto mientras se realizaba el trabajo de campo, lo que permitió ver qué temas ya habían sido abordados y en cuáles hacía falta profundizar. Se crearon categorías y subcategorías elaboradas a partir de los temas de la guía de entrevista. En un las categorías iniciales fueron migración, salud y enfermedad, atención médica, prevención, Papanicolaou, Programa Oportunidades, cáncer. Finalmente y después de revisar la información de las entrevistas quedaron las siguientes categorías: Detección Oportuna de Cáncer, Migración, Sexualidad, Salud y Enfermedad.

En base a la información recabada en las entrevistas se construyeron las categorías de análisis. Esto permitió ver qué temas ya habían sido abordados, y de cuáles faltaba información. Posterior a esto se elaboraron matrices con los temas faltantes o aquellos donde la información debía ampliarse. Se crearon hojas de cálculo en el programa computacional Excell, en ellas aparecían matrices cuyo propósito fue organizar la información más representativa de las narrativas de las informantes.

Trabajo de campo

El estudio se realizó en la comunidad de Estación Pesqueira debido al interés en indagar sobre temas relacionados con la salud y la migración, por parte del área de Salud y Sociedad, del Colegio de Sonora.

Ésta localidad del municipio San Miguel de Horcasitas, perteneciente a Sonora presenta un alto índice de migración. Para el 2005 el número de habitantes era de 4 636 (INEGI, 2005). Algunos de ellos son migrantes interestatales o provenientes del sur y centro del país en busca de trabajo. Por esta razón el flujo migratorio es constante, especialmente en los meses de diciembre a junio cuando jornaleros agrícolas del sur y centro del país se incorporan a las filas de trabajo de los treinta y dos campos de uva que circundan la localidad. Además de migrantes mestizos llegan hombres y mujeres de diversos grupos indígenas, entre los que destacan los tarahumaras, náhuatls, chamulas, mixtecos, triquis, y zapotecos.

El trabajo de campo comprendió un total de 9 meses, de agosto de 2006 a abril de 2007. Las visitas a la localidad fueron de tres a cuatro veces a la semana, excepto en los meses de septiembre y marzo cuando sólo se hacían una o dos visitas durante la semana. En el primero por ocupaciones académicas, y el segundo por falta de tiempo de las informantes, debido a las exigencias del trabajo que desempeñan estas mujeres. Normalmente trabajan de

6 a. m. a 3 p. m., sin embargo cuando es la época del amarre, el raleo y la zafra en los campos, se contrata personal para trabajar durante un mes o mes y medio, de 6 a. m. a 6 p. m. de domingo a domingo.

El trabajo de campo podría dividirse en tres etapas: La primera etapa, de agosto a noviembre de 2006, con el objetivo de familiarizarse con el lugar, y de realizar los primeros contactos con las informantes clave. De esta etapa, agosto y septiembre, fueron los meses más productivos para la investigación, debido a la escasez de trabajo en la comunidad y a que los niños estaban de vacaciones por lo que las mujeres tenían más tiempo libre; la segunda etapa, de diciembre a febrero, iniciaron las visitas vespertinas con mayor frecuencia para profundizar en algunos temas e iniciar otros; la última etapa fue en el mes de abril; el trabajo se realizó por las tardes, consistió en corroborar algunos datos, además de hacer el cierre del trabajo de campo.

Se hicieron dos visitas exploratorias en la comunidad, en marzo y julio del 2006. En la primera de estas visitas, realizada en marzo de 2006, el personal docente del COLSON planteó ante el secretario municipal, el interés que se tenía de trabajar ahí y se indagó sobre las necesidades y problemáticas que en materia de salud tenía la comunidad, así mismo las alumnas interesadas en trabajar en Estación Pesqueira fuimos presentadas al personal médico que laboraba en el centro de salud, el comandante de Bomberos, y dos de las vocales del Programa Oportunidades. La entrada a campo fue facilitada por el trabajo previo de B. Minjaréz (2007), becaria del Colegio de Sonora (COLSON), quien realizó su tesis de licenciatura en esa localidad.

En la segunda visita realizada en julio del 2006 acudimos con el comandante de bomberos, quien nos mostró la comandancia, además alumnas y maestros nos presentamos con los responsables de la unidad móvil del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), y

con el personal de enfermería que laboraba en el centro de salud. En julio y agosto de 2006 acudimos a las reuniones generales que organiza el Programa Oportunidades⁶, con el fin de establecer el primer contacto con la comunidad. En la reunión se expresó el interés por conocer lo que las mujeres tenían que decir sobre la DOCaCu. Fue en la segunda de estas reuniones cuando se estableció contacto con una de las participantes.

Además de la invitación en las reuniones del Programa Oportunidades se siguió la estrategia conocida como “bola de nieve” (Taylor y Bogdan, 1992) misma que consiste en contactar a través de los informantes a otra persona que podría participar en el estudio. Una de las informantes fue contactada vía las reuniones mensuales de Oportunidades, dos mujeres a través de la estrategia conocida como “bola de nieve”, y cinco más a través de la presentación en sus hogares por parte de la investigadora.

El primer acercamiento con las mujeres entrevistadas consistía en la presentación de la investigadora y del proyecto de investigación, lo que incluía mencionar los temas que serían tratados en la entrevista; se intentaba entablar el encuadre del trabajo, crear un ambiente de confianza para en el segundo encuentro empezar a indagar sobre los temas planteados. Regularmente en el segundo encuentro se llenaba el formato de datos generales que incluyó datos personales, y familiares, migración, sexualidad, anticoncepción y embarazo, trabajo, Programa Oportunidades, Papanicolaou (ver anexo 1). Se pedía su consentimiento de manera verbal y posteriormente se hacía de forma escrita entregando el formato de consentimiento informado⁷ (ver anexo 6), mismo que firmaba la informante si

⁶ Estas reuniones tienen la finalidad de informar alguna novedad o resolver algunas dudas sobre alguno de los componentes del programa.

⁷ El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio. El participante expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto, de forma oral ante un testigo independiente del equipo de investigadores, que lo declarará por escrito bajo su responsabilidad. http://www.netsalud.sa.cr/conis/c_consen.htm

accedía a participar en el estudio. Este documento se presentó en dos tantos: uno para la entrevistada y otro para la investigadora.

Con algunas informantes tuvimos un mayor número de encuentros, porque al inicio fue necesario más tiempo para establecer la confianza, o bien porque sus ocupaciones cotidianas no les dejaban tiempo para las entrevistas, lo que generó que los encuentros fueron breves. En algunos casos se entablaron conversaciones informales sobre la situación por la que estaban atravesando en ese momento, relacionada, la mayor parte de las veces, con la violencia dentro de los hogares o problemas con los hijos. Esto, que podía parecer como tiempo perdido, permitió una visión más amplia del contexto en el que se encontraban. Del mismo modo encontrar migrantes indígenas pertenecientes al Programa Oportunidades con tiempo para charlar no fue tarea sencilla. Pese a esto, las mujeres con quienes se trabajó brindaron información rica en contenido para el análisis de las representaciones sociales de la DOCaCu.

Criterios de selección de informantes

Los criterios de selección de las mujeres a entrevistar fueron: migración, etnia y pertenencia a Oportunidades en mujeres que habitan el poblado, por lo menos tres años antes de la aplicación del estudio. En un inicio se pensó contactar a mujeres migrantes en edad reproductiva, mestizas y zapotecas beneficiarias del Programa Oportunidades o que no tuvieran acceso al mismo.

Una de las bondades de la metodología cualitativa es la flexibilidad para repensar y reelaborar el diseño de investigación a la luz de los datos encontrados una vez iniciado el trabajo de campo. Al inicio se parte de una idea general sobre el número y el tipo de entrevistados, mismos que cambian en el curso del trabajo (Taylor y Bogdan, 1992).

Este diseño se modificó después de algunos meses en el trabajo de campo. Los criterios de selección se ampliaron, estableciéndose los siguientes: mujeres de diferentes etnias, y mestizas, migrantes o no, adscritas o no del Programa Oportunidades. Los motivos de estos cambios respondieron al poco tiempo disponible para realizar la investigación y a las dificultades de lenguaje. Finalmente se trabajó con los criterios que aparecen en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Criterios de Selección

	Programa Oportunidades	No Programa Oportunidades
Grupo Étnico	Sabina ⁸	Dora
	Marta	Elizabeth
No Grupo Étnico	Evelia	Sofía
	Lola	Marisol

Fuente: Elaboración propia en base a los criterios establecidos.

Como podrá apreciar el lector, en el cuadro anterior fueron ocho las informantes que participaron en este estudio, cuatro de grupos étnicos y cuatro mestizas; cuatro del grupo Oportunidades y cuatro no adscritas a este Programa. De estas la única que ha habitado toda su vida en Estación Pesqueira es Lola, pues aunque Marisol y Evelia son de Sonora una nació y creció en Navojoa, y la otra en Hermosillo.

Informantes

A continuación se presenta una tabla donde se resumen los datos generales de las informantes como la edad, el grupo étnico al que pertenecen, el lugar de origen, los años de habitar en la localidad de estudio, la ocupación y el número de encuentros que se tuvieron con cada una de ellas.

⁸ Cabe señalar que los nombres que aquí aparecen no son los reales, al final del trabajo de campo ellas decidieron como nombrarse, o en algunos casos la investigadora les asignó un nombre con el fin de proteger su privacidad.

Las edades de las informantes van de los 24 a los 59 años. De las pertenecientes a grupos étnicos, tres son Zapotecas y una Náhuatl, todas migrantes. De las mujeres mestizas, dos son migrantes interestatales, de Navojoa y Hermosillo, una de Jalisco, y la otra oriunda de Estación Pesqueira. Todas las entrevistadas han sido jornaleras agrícolas aunque en el momento de las entrevistas sólo tres de ellas se dedicaban a esa actividad. Cabe señalar que hay un apartado dedicado a la descripción de las informantes así como de su historia migratoria por lo que la descripción y los datos que se presentan a continuación son los más generales.

Tabla 1. Datos generales de las Informantes

Informantes	Edad	Grupo Étnico	Lengua Materna	Lugar de Origen	Años en Pesqueira	Escolaridad	Ocupación	Número Encuentros
<i>Sabina</i>	45	Zapoteca	Zapoteco	Oaxaca	12	Analfabeta	Comerciante	6
<i>Marta</i>	38	Zapoteca	Zapoteco	Oaxaca	19	Analfabeta	“Raitera ⁹ ”	3
<i>Dora</i>	42	Náhuatl	Náhuatl	Veracruz	8	Analfabeta	Hogar	5
<i>Elizabeth</i>	24	Zapoteca	Zapoteco	Oaxaca	12	Analfabeta	Hogar	5
<i>Evelia</i>	59		Español	Navojoa	18	Primaria incompleta	Hogar	7
<i>Sofía</i>	50		Español	Jalisco	12	Primaria incompleta	Jornalera	6
<i>Lola</i>	32		Español	Pesqueira	32	Leer y escribir	Jornalera	6
<i>Marisol</i>	34		Español	Hermosillo	14	Secundaria	Jornalera	5

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Las mujeres pertenecientes a grupos étnicos fueron cuatro las dos primeras beneficiarias del Programa Oportunidades y las otras dos no cuentan con el Programa.

Sabina tiene 45 su lengua materna es el zapoteco y maneja bien el español, es analfabeta; es de Oaxaca pero tiene 12 años en Estación Pesqueira; al momento de las entrevistas se desempeñaba como comerciante; se le contactó a través de la estrategia bola de

⁹ Esta actividad consiste en llevar y traer a las personas que trabajan en los campos donde laboran, decide a quines llevar lo que permite a sus usuarios asegurar trabajo. si son aceptados en el “raite”; cabe señalar que los primeros lugares son ocupados por familiares y amigos.

nieve y nos reunimos en seis ocasiones. Marta tiene 38 años su lengua materna es al igual que de Sabina el zapoteco y aunque habla español, el manejo de este idioma no es muy bueno no siempre le queda claro lo que se dice por ejemplo en la televisión; también es de Oaxaca pero tiene ya 19 años viviendo en el pueblo; al momento de las entrevistas se desempeñaba como “raitera”; se le contactó en su casa, los encuentros con ella fueron tres. Dora es náhuatl originaria de Veracruz, tiene 38 años su lengua materna es el náhuatl su manejo del español parece ser bueno, tiene ya 8 años viviendo en Estación Pesqueira; al momento de las entrevistas no trabajaba debido a los malestares físicos que presentaba; a ella se le contactó en su casa y tuvimos cinco encuentros. Elizabeth es originaria de Oaxaca, tiene 24 años su lengua materna es el zapoteco maneja bien el español; es analfabeta pero sus hijos le están enseñando a leer y a escribir; tiene 12 años viviendo en la localidad; al momento de las entrevistas no trabajaba pues tenía que cuidar de sus hijos pequeños; se le contactó en su casa y nos reunimos cinco veces.

Las mujeres mestizas también fueron cuatro Evelia y Lola beneficiarias del Programa Oportunidades mientras que Sofía y Marisol no cuentan con el Programa.

Evelia nació en Navojoa, es mestiza y sólo habla español tiene 59 años y no terminó la primaria ha vivido en Estación Pesqueira durante 18 años; al momento de las entrevistas no trabajaba pues su pareja no está de acuerdo en eso, el contacto con ella se dio en las juntas de Oportunidades y nos reunimos en siete ocasiones. Sofía es originaria de Jalisco, es mestiza su lengua materna es el español tiene 50 años sabe leer y escribir pues no terminó la primaria; ha vivido en la localidad durante 12 años; al momento de las entrevistas se desempeñaba como jornalera agrícola; se le contacto en su hogar y nos reunimos en seis ocasiones. Lola nació en Hermosillo pero ha vivido 32 años en Estación Pesqueira; es mestiza y su lengua materna es el español, tiene 32 años sabe leer y escribir; trabaja como jornalera agrícola; se le

contactó en su hogar y tuvimos seis encuentros. Marisol también nació en Hermosillo pero a los 21 años cambio su residencia a Estación Pesqueira donde tiene ya 14 años; es mestiza y su lengua materna es el español, tiene 34 años de edad y terminó la secundaria abierta; al momento de las entrevistas se desempeñaba como jornalera agrícola; se le contactó a través de la estrategia bola de nieve y nos reunimos en cinco ocasiones.

Las entrevistas se realizaron de agosto de 2006 a abril de 2007; los encuentros con las informantes fueron de tres a seis, dependiendo del tiempo que cada una tuviera disponible.

Además de las entrevistas realizadas a estas ocho mujeres, se entrevistó al personal de enfermería que labora en el centro de salud de la localidad, pues son quienes realizan la DOCaCu. La entrevistadas fueron, dos pasantes de enfermería que realizaban su servicio social en el centro de salud, un enfermero que trabaja para la SSA, la enfermera encargada de Oportunidades, y la psicóloga también perteneciente a este programa y al entonces comandante de bomberos de la localidad.

CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO

En este capítulo se presenta el estado del arte sobre la Detección Oportuna del Cáncer Cérvicouterino. Los estudios que se han hecho sobre el tema se organizaron en dos grupos: aquellos que se centran en el aspecto epidemiológico, donde también se ubicaron las evaluaciones al programa de DOCaCu y los que enfatizan los aspectos socioculturales. Ambos abordajes utilizan métodos elegidos de manera estratégica por los investigadores. Podemos encontrar aquellos que utilizaron metodología cuantitativa, los abordados desde una metodología cualitativa, o los que combinaron ambas. El presente trabajo se ubica en el grupo que privilegia los elementos socioculturales.

Estudios epidemiológicos

Hasta la fecha la citología exfoliativa mediante el Papanicolaou es el método diagnóstico de preferencia en la prevención del cáncer cérvicouterino esta prueba sigue siendo catalogada como "la prueba estándar de oro" (Aroch, 2006:3). Implica un procedimiento sencillo y económico (Path, 2001), en nuestro país, como en la mayor parte de América Latina es la técnica utilizada en la DOCaCu.

Organismos internacionales han realizado estudios donde señalan que la prevalencia de uso del Pap es relativamente baja, las mujeres más jóvenes son las que más demandan este procedimiento. El Population Reference Bureau (PRB) señala que "en México, por ejemplo, las pruebas de Papanicolaou que se iniciaron a nivel nacional en la década de los 70, no lograron reducir la mortalidad en 15 años, en parte porque hacían pruebas repetidamente a mujeres más jóvenes de áreas urbanas, mientras que no existía contacto con mujeres mayores 'con riesgo' de la enfermedad" (PRB, 2004:3). Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004) señala que las mujeres más jóvenes están más familiarizadas con la

prueba y se la realizan en varias ocasiones, mientras que las mujeres adultas pueden pasar su vida entera sin hacérsela. Existen diversos obstáculos por los que las mujeres no se practican esta prueba de DOCaCu.

Para explorar los obstáculos de una práctica frecuente, Lamadrid (1996) en Chile, durante 1993, aplicó una encuesta a una muestra aleatoria de 299 mujeres de 25 a 54 años, registradas en tres consultorios de atención primaria de salud, atrasadas por lo menos un año en la prueba de Pap. El objetivo de dicha investigación era explorar los factores que impiden a las mujeres chilenas realizarse dicha prueba con la periodicidad indicada. Entre las razones para no hacerse la prueba reportaron el descuido, la falta de tiempo, el temor, y el no percibir el Pap como una necesidad. Lamadrid (1996:547) encontró que la falta de acceso a los servicios de salud de las mujeres menopáusicas está relacionado con la falta de práctica de DOCaCu: “las mujeres en el grupo mayor de 45 años fueron las que menos poseían información de buena calidad, ya que al entrar en la menopausia, estas mujeres empiezan a abandonar las visitas ginecológicas y a perder acceso al tamizaje asociado con los programas de planificación familiar”.

En la investigación que encabezó Corral (1996) realizada en Ecuador se analizaron 2204 casos de CaCu recopilados por el registro Nacional de Tumores en Quito, desde 1985 a 1994, encontrando que “el cáncer de cuello de útero se presenta con el doble de frecuencia entre las mujeres analfabetas que en el total de la población. Por el contrario, el porcentaje de casos entre mujeres con instrucción superior es la tercera parte del de población general” (Corral et al., 1996:516). Así mismo los investigadores señalaron que la inequidad de género afecta la salud femenina pues para las mujeres la atención a la salud no es algo primordial, asumiendo “una sobrecarga de tareas que impiden que la mujer se preocupe lo

suficientemente de sí misma, ya que tiene que cumplir antes con sus compromisos domésticos y los inherentes a su condición biológica de madre” (Corral et al., 1996:511).

En Uruguay, las investigadoras Benia y Tellechea (1997) realizaron un estudio de tipo descriptivo sobre los factores de riesgo para cáncer de mama y cérvicouterino. Aplicaron una encuesta a 152 usuarias que acudieron por primera vez a consulta ginecológica en tres policlínicas barriales del Cerro de Montevideo. Las investigadoras encontraron que entre las mujeres posmenopáusicas la no práctica de Pap está relacionada con la poca preocupación por su salud, privilegiando la salud de los integrantes de su familia. En cuanto al antecedente de práctica de Pap destacaron que “en 40% de las mujeres nunca se había realizado el Pap. En este estudio se observó que entre las mujeres que estaban expuestas a los factores de riesgo de multiparidad y compañeros sexuales múltiples, el antecedente de Papanicolaou anterior fue dos veces más frecuente que entre las no expuestas” (Benia y Tellechea, 1997:108).

Sobre la calidad y la cobertura de los programas de DOCaCu, Rengaswamy y colaboradores (2001) analizaron experiencias, logros, limitaciones y enseñanzas de los programas comunitarios de intervención contra el CaCu en los países en desarrollo. Afirmaron que si la calidad, la cobertura, y el seguimiento son los adecuados, la incidencia del CaCu podría disminuir hasta en un 80%. El estudio reveló que la calidad de los resultados del Pap fue insuficiente en un 64%. Los investigadores sugieren sensibilizar a las mujeres respecto a este tipo cáncer y recomiendan realizar el Pap a las mujeres entre los 35 y los 50 años, al menos una vez. Esto antes de ampliar los servicios entre mujeres más jóvenes y así evitar examinar al mismo sector de la población, es decir a las más jóvenes que acudirían por más tiempo.

En el año 2004 el PRB publicó un documento sobre la prevención del cáncer cervical a nivel mundial, donde señala que cada año mueren aproximadamente 274,000 mujeres, siendo las pobres las más afectadas. Aproximadamente un 83% de los casos nuevos se encuentran dentro de los países en desarrollo, debido a la ineficacia o inexistencia de los programas de detección. Al respecto la OPS (2004) señaló que la deficiencia en los programas de prevención de CaCu en América Latina y el Caribe, radica en la baja calidad en la toma, recolección, preparación e interpretación del Papanicolaou y a la cobertura insuficiente.

El grupo de investigadores encabezado por Agurto (2006) intervino en una localidad semi-rural en el Salvador con una población de 17, 550 mujeres entre 30-59 años durante el 2002, Observando que la ineficacia del programa de detección oportuna estaba presente en varios niveles: a nivel clínico, encontraron recursos insuficientes para realizar el Pap, pérdida de muestras, más de un mes en la entrega de resultados y falta de datos en los registros. Las mujeres a quienes les practicaron el Pap por primera vez en sus vidas representan 25.6% de la población total en la escala de edades en la localidad de estudio.

En las investigaciones que enfatizan el aspecto epidemiológico realizadas en México, sobresalen los trabajos realizados por Lazcano Ponce (1992) y sus colaboradores, quienes hace más de una década realizaron un estudio de casos y controles en la Ciudad de México, estudiaron 12, 755 citologías cervicales¹⁰ del 2 de enero al 31 de marzo de 1987 con la finalidad de evaluar los principales factores de riesgo¹¹ reproductivo asociados al CaCu. Los

¹⁰ La Citología cervical, también conocida como Papanicolaou, consiste en la toma de muestra de las células del endocervix y exocervix, es útil en la detección en etapas tempranas del CaCu. (Olivas, 2004)

¹¹ La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino; reconoce como factores de riesgo para desarrollar CaCu los siguientes: ser mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad, inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años), múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer), infección cervical por virus del Papiloma humano, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencias de fosfatos y vitaminas A, C y E, nunca haberse practicado el estudio citológico (Secretaría de Salud, 1998).

hallazgos fueron: “la edad mayor a los 30 años, el inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años, la multiparidad vaginal y la menarca tardía” eran los más relevantes (Lazcano et al., 1992:70). Encontraron que la mayoría de las mujeres acuden al Pap una vez que presentan síntomas ginecológicos, por lo que el diagnóstico de CaCu no es oportuno. Años más tarde, este mismo grupo de investigación realizó otro estudio de casos y controles que incluyó 630 casos de CaCu en ocho hospitales de la ciudad de México, de 1990 a diciembre de 1992, nuevamente indagaron en los factores de riesgo, encontrando que “el inicio de vida sexual activa a temprana edad constituye uno de los principales factores de riesgo además de la multiparidad. Y el antecedente de cuatro o más parejas sexuales durante su período de vida incrementa el riesgo cuatro veces más” (Lazcano et al., 1995:383).

En un estudio similar realizado por Nájera y colaboradores (1996) en México D. F., y en Oaxaca mediante entrevistas a domicilio, en una muestra de 4, 208 mujeres de 15 a 49 años seleccionada aleatoriamente, demostró que el 41% de las mujeres entrevistadas están poco familiarizadas con la función del Pap, y sólo 2.7% de éstas se habían hecho la prueba. Los autores reportaron que “las mujeres con mayores probabilidades de desconocer la función de la prueba de detección oportuna fueron las analfabetas de bajo nivel socioeconómico que habitan en zonas rurales sin acceso a los servicios de seguridad social” (Nájera et al., 1996:5). Sobre los factores socioculturales encontraron que éstos “influyen tanto en la definición y percepción de su necesidad, como en la prioridad que asignan las mujeres y sus familias a las actividades preventivas de orden ginecológico y en la vulnerabilidad que experimenta la mujer frente a la prueba” (Nájera et al., 1996:5).

Sobre la utilidad de la prueba Lazcano y colaboradores (1999) en un estudio realizado en Morelos que incluyó 3, 197 mujeres de entre 15 y 49 años de edad, observaron una relación directa entre la capacidad para reconocer la utilidad de la prueba, el uso de métodos

de planificación familiar, la presencia de síntomas, así como el estrato económico y la práctica del Pap.

Sobre los factores que favorecen dicha práctica Aguilar y colaboradores (2003) en el estudio que realizaron de tipo transversal de enero de 1997 a diciembre de 1998 en la Ciudad de México, en el que se incluyeron a 2,107 mujeres en edad reproductiva que acudieron a un servicio de planificación familiar las cuáles respondieron a un cuestionario, encontraron que entre los factores que predicen el uso del Pap sobresalieron el conocimiento de la utilidad de la prueba, tener antecedentes de infección vaginal, antecedente de utilización previa de métodos de planificación familiar y la aceptación de la prueba por parte de la pareja sexual masculina. Esto último se presentó en el área rural donde es común que el varón rechace esta práctica, sobre todo si es tomada por un hombre.

En relación a las mujeres habitantes de áreas rurales, Lazcano y colaboradores (2003) analizaron las tasas de mortalidad por CaCu en las poblaciones urbanas y rurales de México y su relación con la pobreza de 1990 al 2000. Los investigadores aseguran que el cáncer puede ser considerado una enfermedad de la pobreza, debido a la presencia de altas tasas de incidencia y mortalidad relacionadas con el cáncer cervical. Así mismo encontraron que “el nivel de marginación de un estado como Oaxaca, condiciona la salud de las mujeres debido al bajo nivel de calidad de vida” (Lazcano et. al., 2003: 4). Estos investigadores explican que en un contexto como el descrito previamente “si una necesidad no es reconocida, el impulso a satisfacerla no existe, y como resultado la búsqueda del cuidado a la salud es un proceso no iniciado” (Lazcano et. al., 2003: 7). Las mujeres estudiadas no reconocen el Pap como un procedimiento importante y necesario, lo que obstaculiza su práctica.

Sobre las barreras frente al Pap la enfermera Farfán y sus colaboradoras (2004) en una encuesta transversal aplicada a una muestra de 105 mujeres entre 25 a 65 años de edad,

encontraron que las mujeres no se practican el Pap debido a cuestiones culturales, creencias religiosas y costumbres. “Las mujeres siguen sintiendo pena y angustia al realizarse la detección, y siguen con la creencia de que es doloroso o que puede provocar una infección” (Farfán et. al.; 2004:126). A esto se suma el déficit de información sobre el programa de DOCaCu, lo que genera temores hacia el Pap.

Entre el año 2000 y el 2001 Tirado et al. (2005: 345) llevaron a cabo un estudio de casos y controles pareados individualmente en México, Morelos, Veracruz y el Distrito Federal, con mujeres en edades entre los 25 y 87 años. En este estudio encontraron como factores asociados con el incremento a desarrollar CaCu, “el analfabetismo, la ausencia de escolaridad, falta de seguridad social, consumo de tabaco en algún momento de la vida, nivel socio-económico bajo, más de tres partos, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses, e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años”. Y aunque reconocieron que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente en el desarrollo de CaCu.

Sobre evaluaciones nacionales al Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino (PDOCACU) y al personal de salud, Salmerón y su grupo de trabajo (1996) después de revisar la experiencia de otros países sobre distintas formas de organización del PDOCACU, propusieron una reorganización de dicho programa, declarando que sus deficiencias se concentraban en aspectos normativos sobre procedimientos de detección y manejo, baja cobertura, mala calidad en la obtención del espécimen y en los procedimientos diagnósticos de Pap, así como falta de procedimientos adecuados de referencia y seguimiento de casos, escasa uniformidad en la aplicación de normas y criterios terapéuticos, así como ausencia de procedimientos de evaluación sistemática del impacto del programa.

Hernández y colaboradores (1998) efectuaron una evaluación al programa de citologías de cáncer cervical en la ciudad de México a través de un estudio de casos y controles, con una muestra de 233 casos de cáncer in situ y 397 casos de cáncer invasivo cervical, obtenida de ocho hospitales, y una muestra de 1,005 controles representativa de la población general. A partir de lo anterior encontraron que el impacto del programa era insuficiente debido al bajo nivel de cobertura y al uso tardío de los servicios de mujeres en riesgo. A pesar de esto existe un efecto protector para CaCu invasor atribuible al programa de detección. Este efecto es mínimo a la luz de la perspectiva de la población, pues sólo el 50.7 % de las mujeres entrevistadas dijo alguna vez se había realizado una prueba, y un alto porcentaje de mujeres acudieron al Pap en respuesta a los síntomas que presentaba, mas no como medida de prevención.

No sólo el programa ha sido evaluado, sino también el personal médico encargado de ponerlo en marcha. En 1998 Arillo y colaboradores (2000) estudiaron a una muestra de 520 profesionales de la salud del Estado de Morelos, su objetivo fue evaluar cuantitativamente el nivel de conocimientos acerca del CaCu, su etiología, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento. Los investigadores encontraron los profesionales pertenecientes a esa muestra, consideraron el cáncer cervical como un problema de salud pública en México. La mayoría identificó la prueba de tamizaje como medio para la prevención secundaria de CaCu. Acerca de la periodicidad¹² con la que debe hacerse el Pap, respondieron que debía practicarse en un periodo menor a un año. Las desventajas de esto es la sobreoferta de Pap, lo que genera

¹² Respecto a la periodicidad de la prueba la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, señala lo que la citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos (Secretaría de Salud, 1998).

confusión en las mujeres, pues los mensajes brindados en los programas de educación no tienen clara esta periodicidad.

Además de estos estudios Gómez y colaboradores (2003) tras analizar la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) en lo referente a la utilización de los servicios de DOCaCu en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encontraron que “cerca de un 40% de las mujeres no recibe el resultado de su prueba. Esto puede deberse a que la toma de la muestra fue deficiente o de mala calidad para una lectura apropiada, que la mujer no regresó para preguntar por el resultado, que el médico no los solicitó o que simple y sencillamente el resultado nunca llegó a la paciente porque el programa no realiza un seguimiento adecuado de las mujeres tamizadas. También es notable que casi un 20% de los resultados reportados como positivos no recibieron tratamiento” (Gómez et. al., 2003:9).

Otro estudio es el realizado por el grupo encabezado por Aldrich (2006) quienes investigaron en 15 hospitales afiliados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de un cuestionario autoaplicado a 187 gineco obstetras y médicos generales con la finalidad de evaluar el conocimiento y las prácticas de los proveedores de servicios de salud en la Ciudad de México sobre el CaCu y el VPH. Los datos arrojados por este estudio sobre la periodicidad con que debe practicarse el Pap, es que el 16% de los cuestionados dijeron que éste debía hacerse cada 6 meses sin importar el resultado, además 17% de los cuestionados recomendó la histerectomía como una opción de tratamiento para displasia leve o moderada. Esta cifra a nivel nacional es del 37% según señalan estudios anteriores.

Sobre investigaciones epidemiológicas realizados en la región está el estudio transversal realizado en 1997 -1998 por Giuliano et al. (2001) en la zona fronteriza de los estados de Arizona (EE.UU.) y Sonora (México) con 2 436 mujeres que acudían a consultas ginecológicas de rutina. Ellos encontraron que las tasas de citologías anormales fueron

mayores en México que en Estados Unidos. Uno de los hallazgos más importantes fue la falta de instrumental adecuado para realizar el Pap. La mayoría de las muestras de Pap se obtuvieron bajo condiciones clínicas rutinarias, sin embargo, en las pruebas realizadas en Sonora, se encontró la presencia de células endocervicales fue insuficiente por lo que fueron consideradas inadecuadas.

Otra es la investigación sobre la evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, a través de un estudio no probabilístico, descriptivo, transversal y comparativo. Rascón y su grupo de colaboradores (2007) encuestaron a 105 mujeres mayores de 20 años que se hicieron el Pap y/o exploración de mamas, y a siete prestadores del servicio del programa de DOCaCu y cáncer de mama. Entre los hallazgos sobre el proceso de atención destaca, que las usuarias valoran las actividades de los profesionales de la salud de manera positiva privilegiando las relaciones humanas que el personal sostiene con ellas, en parte, explican los investigadores.

Antes de terminar con los estudios epidemiológicos es necesario mencionar aquellos relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) pues éste constituye un factor de riesgo importante en el desarrollo del cáncer. La literatura reporta que la vía de transmisión del VPH es sexual y normalmente se adquiere en los primeros años que le siguen al inicio de la vida sexual (OMS, 2006). Existen más de 100 tipos algunos de ellos asociados directamente con el desarrollo del CaCu. Los expertos aseguran que la prevención en la transmisión del VPH no es tarea fácil ya que los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años (OMS, 2006).

En Chile, Serman (2002) publicó un documento donde habla de la relación entre el CaCu y la infección producida por el VPH, el investigador señala que el estrato social y el grado de instrucción son elementos que influyen en la adquisición del VPH y por lo tanto en el posible desarrollo del CaCu, en este sentido advierte que: “La mejoría global del estatus socioeconómico y nivel educacional de la población tiende a tener un efecto positivo en el riesgo de cáncer cérvicouterino alterando algunos de los factores de riesgo conocidos como edad del matrimonio, paridad, y comportamiento de búsqueda de cuidados sanitarios” (Serman, 2002:4)

En México Lazcano y colaboradores (2001) realizaron un estudio con base poblacional entre febrero de 1996 y abril de 1999, donde se seleccionaron aleatoriamente mujeres con citologías normales reclutadas en el Estado de Morelos en un área geográfica asociada con alto riesgo de CaCu. En dicho estudio los investigadores señalan que el riesgo de infección por VPH se relaciona con el comportamiento sexual y esta claramente relacionado con el riesgo de desarrollar CaCu (Bosch et al. 1992 en Lazcano et al. 2001) Además mencionaron que la prevalencia de infección por VPH es más alta después de haber iniciado la actividad sexual, usualmente entre mujeres de veinte años, y se asocia con el número de parejas sexuales y con otros signos de actividad sexual (Schiffman 1992 en Lazcano et al. 2001).

Entre sus hallazgos sobresale que de los más de 100 tipos existentes de VPH veinticuatro de ellos fueron detectados; los tipos: 16, 53, 31, y 18 fueron los más comunes, pero ninguno se presentó en más del 1.7% de los sujetos. Los tipos de VPH no asociados con el cáncer fueron poco frecuentes entre las jóvenes y se hicieron más comunes de acuerdo a la edad, pareciera que conforme se incrementa la edad de las mujeres el riesgo de tener VPH asociado con el cáncer es mayor. Una determinante importante para la infección con los tipos

de VPH asociados y no con el cáncer fueron el número de parejas sexuales en cualquier grupo de edad. Entre las mujeres con menor grado de educación el riesgo de infección se incrementaba con los tipos de VPH asociados con el cáncer. Entre las mujeres jóvenes un mayor número de embarazos fue asociado con una baja detección de VPH y entre mujeres mayores de un nivel socioeconómico bajo fue relacionado con el incremento de la detección de VPH particularmente entre el grupo de 35 a 54 años de edad (Lazcano et al. 2001).

Siguiendo esta temática Tirado (2005) y colaboradores en un estudio de casos y controles pareados individualmente realizado en México, Morelos, Veracruz y el Distrito Federal con mujeres en edades entre los 25 y 87 años entre los años 2000 y 2001. Los investigadores señalan que el VPH es una causa necesaria pero no suficiente para desarrollar CaCu encontraron “95.8% de las 215 mujeres con cáncer invasor tuvo antecedente de infección por VPH-AR. Sobre otros factores asociados con el incremento a desarrollar CaCu encontraron los siguientes: analfabetismo, ausencia de escolaridad, falta de seguridad social, consumo de tabaco en algún momento de la vida, nivel socio-económico bajo, más de tres partos, uso de anticonceptivos hormonales, presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años de edad.

La prevención del VPH se ha trabajado en el desarrollo de vacunas, aunque el progreso ha sido importante. Aún se desconoce la duración de la inmunidad inducida por estas vacunas. Cabe señalar que aunque se lleguen a introducir estas vacunas en un futuro cercano, será fundamental insistir en que la prevención secundaria mediante el Pap debe seguirse practicando, especialmente entre aquellas mujeres ya afectadas por estos virus (OPS, 2005).

En este sentido, en marzo del año 2006 en Suiza un grupo de expertos se reunió para discutir sobre los programas de salud sexual y reproductiva y las vacunas de VPH. Señalaron

que la incidencia más alta de la infección por el VPH ocurre entre los 16 y los 20 años de edad. Afirman que esta infección normalmente se quita de manera espontánea, pero si persiste y son virus oncogénicos puede contribuir al desarrollo de lesiones cervicales.

Debido a esto se pretende administrar las vacunas antes del inicio de la vida sexual, donde se ubica una alta probabilidad de contacto con el VPH, contemplando mujeres de los 9 a los 26 años como el grupo de edad a quienes irían dirigidas dichas vacunas. Este sería sin duda un tema sensible porque se estaría hablando de la vida sexual de niñas y adolescentes. Así que probablemente los padres no estarían de acuerdo con este procedimiento. Podría ocasionar desviar la atención de mujeres ya infectadas, de mujeres no incluidas en ese grupo de edad, y dirigir recursos que actualmente se utilizan para el Pap a las vacunas (OMS, 2006).

Los hallazgos que reportan las investigaciones epidemiológicas contribuyen a identificar temas tales como la prevalencia, los factores de riesgo y el nivel de cobertura de los programas y servicios que de otra manera desconoceríamos. En la literatura revisada se encontraron estudios cuyos hallazgos versan desde los conocimientos de las mujeres sobre el tema, la prevalencia del uso de esta prueba hasta las barreras para realizar el Pap. De manera general los factores de riesgo señalados por las investigaciones fueron: el VPH, la multiparidad, el inicio de la vida sexual antes de los 18 años, las infecciones vaginales, y tener más de una pareja sexual. Entre los hallazgos reportados se vio que las mujeres menopáusicas y posmenopáusicas tienen menos posibilidades de realizarse el Pap, ya que su acceso a los servicios de salud se reduce una vez que los niños pequeños crecen. Pareciera que la salud femenina no es algo primordial para gran parte de mujeres. La baja cobertura o el conocimiento inadecuado por parte de los profesionales de la salud influyen en la

ineficacia en la toma de la prueba o la interpretación de los resultados. Veamos ahora qué encontraron los estudios que enfatizan los aspectos socioculturales.

Estudios socioculturales

A continuación se presentan los estudios cuyo eje de análisis son principalmente los elementos socioculturales en relación con la DOCaCu...

Diversos organismos internacionales han hecho esfuerzos por sensibilizar a la población sobre la importancia de la prueba de DOCaCu, en ellos han señalado los obstáculos recurrentes en uso de dicha prueba. En 2003 la OPS publicó un documento titulado *Venciendo el pudor. Tres historias de El Salvador*. En el se presentan las historias de tres mujeres que acuden a realizarse el Pap, y cuyos relatos evidencian la falta de información sobre la prueba, así como las dificultades para acceder a ésta. La OPS (2003) explica que en el aquel país, a decir de los profesionales de la salud, la subordinación de las mujeres y el pudor de las mujeres rurales son los principales obstáculos en la prevención del CaCu. Además la imagen utilizada como símbolo del CaCu (una manzana roja carcomida por un gusano) generó rechazo y miedo en las mujeres que acudían a realizarse el Pap: “Tenía miedo. No quería saber que me estaba pudriendo por dentro como una manzana”, expresó una de las mujeres entrevistadas en este estudio.

Sobre estudios realizados en otros países, Braun y Garvey (1999) llevaron a cabo un estudio en Nueva Zelanda a través de entrevistas semiestructurada a 18 informantes relacionadas con el desarrollo de políticas de prevención del cáncer cervical, mujeres que habían investigado sobre el tema o que de alguna manera habían estado involucradas en el tema. Desde el siglo XIX, los discursos que versan sobre las enfermedades de transmisión sexual han sido utilizados para catalogar a las mujeres como: “buenas” y “malas”, imponiendo únicamente dos alternativas para la sexualidad femenina una de las cuales es la

correcta, mientras la otra es penalizada. Las mujeres “buenas” serían sexualmente responsables, tendrían una sola pareja sexual (preferentemente esposo), y no contraerían SIDA. Mientras que la mujer “mala” es sexualmente irresponsable, tiene varias parejas sexuales, adquiere enfermedades de transmisión sexual, y por eso es etiquetada como “promiscua”, su comportamiento sexual no van de acuerdo a lo establecido socialmente, es descuidada y como consecuencia enferma de cáncer. Las investigadoras encontraron que estos discursos sobre la sexualidad femenina, influyen en las políticas de prevención de CaCu y la relación entre sexualidad y Pap puede constituirse como una importante barrera frente a dicha prueba.

En estudios realizados en Latino América, Tenorio (1996) realizó un trabajo en Ecuador, que tuvo como objetivo identificar las representaciones y actitudes respecto a los servicios de salud reproductiva, el acceso a los mismos y a los métodos modernos de control de la fecundidad. Para esto se entrevistó a profundidad a 18 informantes clave, hombres y mujeres. El investigador concluye que hablar de sexualidad en las culturas indígenas es entrar en terrenos que se ligan a lo mágico-religioso, “esta representación es producto de un sincretismo parecido al que sufrió su religión debido a la evangelización. En las ciudades este tema es común, y se encuentra constantemente presente en el discurso, a diferencia de lo que sucede en las comunidades rurales especialmente entre los grupos étnicos. Entre los indígenas, como efecto de la evangelización, el tabú se vistió con los ropajes de lo sagrado, de lo sacro se habla poco porque pertenece al mundo del misterio, de lo incomprensible e intangible” (Tenorio, 1996:60). Entonces hablar de DOCaCu entre mujeres de grupos étnicos habrá que recurrir a sus representaciones sobre la sexualidad e indagar en qué medida ese silencio que rodea el tema es una barrera frente a dicha práctica.

Savage y Clarke (1998) en una investigación realizada a través de entrevistas semi estructuradas a veinte mujeres entre los 45 y 70 años cuya escolaridad va de 6 años de escuela a aquellas que tienen maestría, sobre las representaciones del cáncer y el uso del Pap, encontraron que las mujeres consideran que nombrar cáncer puede provocarlo, por tal motivo si alguien lo padece preferiría no saberlo para no “invocar” la muerte. Según las investigadoras las representaciones sobre la enfermedad se construyen a través de diversas fuentes, las cuales incluyen: experiencias corporales, experiencias con la enfermedad y la información recibida en el entorno social. Estas representaciones sociales del cáncer al ser negativas constituyen un obstáculo para prácticas de DOCaCu.

En cuanto a las causas de la enfermedad las mismas investigadoras encontraron que las mujeres reconocen la herencia como una causa importante, y tiene repercusiones en la práctica del Pap. Si se considera que ésta origina dicha enfermedad y en la familia de las entrevistadas nadie la ha padecido, la mujer se sentiría sin riesgo a padecer CaCu. Por último, las investigadoras reportaron que ante la ausencia de síntomas, el Pap no parece un recurso necesario, lo que refleja la falta de conocimiento sobre el proceso de desarrollo del CaCu, pues no manifiesta síntomas en un principio, además si la persona vive en comunidades donde el acceso a los servicios de salud es complicado, se traduce en mayores dificultades para acudir a la prueba.

Además de estas dificultades para acudir a la DOCaCu existen otras razones que expresan las mujeres; en Chile, Valenzuela y Miranda (2001) realizaron una investigación con el fin de explorar las razones que las mujeres empleaban para no acudir a tomarse el Pap, utilizando grupos focales exploratorios con mujeres de 25 a 64 años, y entrevistas a profundidad a mujeres que no acudieron a tomarse el Pap. En dicho estudio encontraron que la información que reciben las mujeres sobre dicha prueba no es clara, hay ideas erróneas

sobre cómo se realiza y a quién va dirigido. De esta manera concluyeron que las barreras para tomarse el Pap son principalmente psicológicas, pues las entrevistadas mencionaron el temor a realizarse al examen, al dolor que la prueba les pudiera ocasionar, y a un resultado desfavorable, o que los instrumentos no estuvieran esterilizados, y no de acceso físico o financiero. Destacaron el pudor de presentarse frente a un varón, o la falta de privacidad del lugar donde se toman las pruebas, como barreras importantes.

Bingham y colaboradores (2003) en un trabajo sobre la experiencia de proyectos de investigación realizados en Bolivia, Perú, Kenya, Sudáfrica y México, coinciden con el estudio antes descrito al decir que falta claridad en la utilidad del Pap, pues las mujeres consideran que esta prueba es útil en la detección de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que representa una barrera en la práctica del Pap por un lado, pues también puede ser una razón para practicárselo al observar beneficios en la detección de otras enfermedades. Otro de sus hallazgos fue que el cáncer es representado como una enfermedad prevenible aunque los tipos del cáncer en general, no se distinguen fácilmente.

Por otro lado, en un estudio exploratorio con mujeres de 40 años y más, rurales y urbanas, el grupo de trabajo encabezado por Steven (2004: 309) reportaron que las mujeres no permitían que se les practicara la DOCaCu pues consideran ésta como un procedimiento que invade la privacidad “el resultado más dramático fue que el 33% de las mujeres nativas que había rechazado en algún momento tener un examen, pues lo encontraban desagradable y la resentían como una invasión a su privacidad”.

Por su parte Radecki y colaboradores (2005) al indagar sobre el conocimiento acerca del Pap aplicaron un cuestionario a 33 mujeres en dos clínicas de Texas; realizaron comparaciones grupales y un análisis cualitativo de los datos; encontraron que las mujeres

poseen un conocimiento inadecuado sobre el Pap, especialmente aquellas cuyo nivel económico es bajo. Este déficit de conocimiento sugiere falta de información al momento de la prueba o cuando el resultado ha sido anormal o que no entienden la información otorgada por los médicos. Para las mujeres del estudio la práctica de DOCaCu es útil en la búsqueda de enfermedades sexuales, y consideraron pertinente informar a la pareja en caso de que los resultados fueran anormales. La mayoría de las mujeres del estudio de origen italiano, finlandés y ucraniano habitantes de la localidad, consideraban esta práctica incómoda y vergonzosa, desagradable y degradante. Las mujeres pertenecientes a grupos étnicos fueron más propensas a mencionar sentimientos de vergüenza al sentir que su privacidad había sido violada; expresaron sentirse recatadas acerca de ser examinadas por un médico. En este sentido algunas mencionaron preferir que una mujer médica las revisara.

Wiesner y sus colaboradores (2006) en el estudio con grupos focales y talleres de validación, llevado a cabo en municipio de Soacha, Colombia con la finalidad de conocer el significado del Pap y el CaCu, así como las barreras y las motivaciones para utilizar los servicios de prevención, encontraron que “para las mujeres latinas de zonas marginales es difícil entender claramente que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible, y tampoco utilizan el término pre-cáncer pues éste ha sido considerado de difícil comprensión para las mujeres” (Wiesner et al., 2006:192). Sin embargo, la información no lo es todo, se necesita el apoyo de las redes sociales y derribar otras barreras socioculturales.

Los investigadores encontraron que conocer las experiencias del Pap a través de una persona del mismo grupo, es decir, un par, genera confianza o temor, según el relato que les sea referido. Destacan que la falta de redes sociales, especialmente en mujeres migrantes constituye una barrera, pues limita las posibilidades de acudir al médico. Entre las mujeres jóvenes o solteras esta condición se constituye en un inconveniente, pues acudir al Pap

involucra reconocer el ejercicio de la vida sexual, lo que sugiere que debe existir una confluencia de elementos para que las mujeres no consideren hacerse este estudio. La información o la no comprensión de ésta, puede estar ligada a la escolaridad de las mujeres.

Sobre las causas del CaCu un hallazgo importante fue la relación entre los orígenes del cáncer y las relaciones sexuales. “Las mujeres del estudio asocian el cáncer con infección; sin embargo no comprenden que ésta pueda haberse generado a partir de una relación sexual antigua... asumen que quienes no han tenido relaciones sexuales por un largo período de tiempo no tienen necesidad de realizarse la citología” (Wiesner 2006:193).

Sobre la DOCaCu en México la OPS (2004) asegura que el acceso a los servicios, contar con seguro médico, poseer información sobre los beneficios del Pap, gozar de una buena situación socioeconómica y mayor escolaridad, está relacionado con el uso del programa de DOCaCu. Entre los obstáculos a la participación destacan la conciencia y conocimientos sobre el problema, las creencias, los valores, actitudes y temores respecto a la salud. Aunado a esto, están los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios y factores de refuerzo, como las expectativas sociales. Este organismo asegura que en nuestro país la incidencia y mortalidad por CaCu, como se ha dicho anteriormente, se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación “las variaciones dentro del país parecieron ligadas a los niveles de pobreza aunque no está claro si la pobreza es un obstáculo importante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias en estos” (OPS, 2004, 9)

Por su parte Lazcano y colaboradores (2000) en un estudio con grupos focales en dos áreas polarizadas económicamente de la ciudad de México y la costa Chica e Istmo de Tehuantepec en Oaxaca, realizaron un estudio con mujeres entre los 25 y 35 años de edad,

encontrando barreras relacionadas con la no práctica del Pap como una mala relación entre el médico y la paciente; falta de apoyo por parte de la pareja; largos períodos tanto para la atención como para la entrega de los resultados; creer que la prueba tiene un alto costo; el rechazo al examen pélvico; y la condición económica.

Otro de sus hallazgos apunta que el cáncer está asociado con el dolor. Las mujeres no consideran necesario hacerse el Pap si no identifican síntomas que les indiquen que deben ir a revisión, ya que esta enfermedad no presenta síntomas evidentes en etapas iniciales. Se teme a la prueba, a los resultados y por supuesto al cáncer.

Las mujeres que participaron en los grupos focales desconocían en qué consistía la prueba del Pap, su utilidad y su importancia. Pensaban que era una prueba útil para la detección de cualquier infección vaginal. En el área rural encontraron que la pareja masculina rechaza que el tomador de muestras sea un hombre.

Los investigadores señalaron que en un contexto de pobreza las mujeres no priorizan la salud dado que hay que satisfacer otras necesidades, así que las jerarquizan. En cuanto al nivel de escolaridad de las mujeres que se han realizado este procedimiento, las mujeres más pobres son las que menos se realizan la prueba sobretodo por falta de conocimiento y acceso a los servicios. Es precisamente este grupo de mujeres, las pertenecientes a los sectores socioeconómicos más bajos, las más afectadas y las que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar CaCu.

Rocha (1995) en su estudio sobre las representaciones sociales de la enfermedad, descubrió que los individuos clasifican éstas en conocidas y desconocidas. Las enfermedades desconocidas aparecen inesperadamente, afectan la cotidianidad de las personas y son por lo general padecimientos crónicos que pueden llevar a la muerte. Ejemplo de ellas son el Cáncer y el SIDA, se presupone que no se pueden prevenir y menos controlar pues llevan a una

muerte segura. Sobre el CaCu encontró que “es una enfermedad que la mayoría considera grave, maligna y mortal, y que forma parte de lo extra cotidiano... parece continuar siendo una afección misteriosa, impredecible y temida... la información que tienen sobre este tipo de cáncer es muy limitada” (Rocha, 1995:268). Este temor es producto de la idea que se tiene sobre el tratamiento que más conocen es decir, la histerectomía¹³, el cual les inspira temor, al considerarlo agresivo y mutilante. La investigadora explica que la información del CaCu se adquiere fuera del ámbito familiar pues se encuentra más allá del alcance sentido común, ubicándose así entre las enfermedades extraordinarias.

Sobre las causas del CaCu encontró que las mujeres señalan las relaciones sexuales como el origen principal. Acerca de las barreras para practicarse el Pap la investigadora menciona “que es por el miedo a saber si en realidad están enfermas, la vergüenza de pasar por un examen de este tipo con un doctor de sexo masculino o simplemente por desidia y descuido” (Rocha, 1995:268).

Dentro del encuentro Mujeres Indígenas y su Salud Sexual y Reproductiva, Cruz (2002) explica que la no práctica de DOCaCu es consecuencia de varios factores, entre los que destaca la falta de información accesible y que ésta no sea en la propia lengua indígena. Explica que las mujeres de mayor edad se niegan a tomarse el Pap por pena y miedo. En el caso de las mujeres indígenas la investigadora asegura que la oposición de la pareja a que la mujer se practique el Pap es una barrera importante. Sobre la efectividad del programa menciona que en las comunidades indígenas los resultados se entregan hasta 3 y 6 meses después, si es que los entregan, “si no, les dicen que no llegó ‘porque están bien’, o ‘que sólo llega cuando uno sale con algún problema grave’” (Cruz, 2002:125-126).

¹³En este procedimiento, el médico remueve todo el útero, incluyendo el cérvix; algunas veces también se remueven los ovarios y las trompas de Falopio. Además, el médico puede remover los ganglios linfáticos que están cerca del útero para saber si el cáncer se ha extendido a estos órganos. Instituto Nacional de Cáncer <http://cancer.gov>

Por su parte, Bonfil (2002) encuentra como barreras frente al Pap: la falta de conocimiento sobre su cuerpo, el pudor, el temor a la enfermedad y al maltrato por parte de los prestadores de servicios, la falta de confidencialidad y la oposición de la pareja son factores a considerar al momento de realizar el Pap. Además señala que para las mujeres indígenas la falta de información es una barrera importante, aunado a la insuficiencia de materiales para tomar las muestras, y la ineficiencia en la entrega de resultados.

Maier (2004) en los resultados del proyecto de investigación -acción centrado en la prevención y detección temprana de cáncer cérvicouterino en mujeres indígenas entre los 34 y 51 años, migrantes del sur y centro de México a un poblado de Ensenada, Baja California, encontró que entre las mujeres indígenas la palabra cáncer no aparece en sus lenguas, ni tampoco tratamientos tradicionales para tratarla, así que no les refiere nada, no existe la posibilidad de relacionarlo con algo familiar. "Es una enfermedad que toma forma y contenido lingüístico únicamente en el español" (Maier; 2004: 68). La investigadora hace mención al silencio que rodea la construcción de la sexualidad "la ausencia de un discurso femenino subjetivado en torno a la sexualidad -vacío culturalmente articulado y regido por una economía del silencio... la costumbre de no nombrar a los órganos sexuales ("allá abajo, "la parte") ni las prácticas ("hacer esto") y la exclusiva representación masculina como actor sexual en el imaginario colectivo, constituyeron a las mujeres en receptoras de una sexualidad ajena... los velos del silencio que enclaustran la sexualidad de las mujeres en el deseo masculino y la ausencia de la palabra referencial de la tradición indígena femenina de no nombrar los hechos sexuales, surcaron un cuerpo cuya capacidad reproductiva misteriosamente remitiera a una autonomía relativa frente a la sexualidad, reeditando lo fundacional de la cultura cristiana respecto a una maternidad virginal" (Maier, 2004: 62). Este silencio del que habla Maier tiene repercusiones en la práctica del Pap, pues los

genitales son la zona del cuerpo de la que no se habla, mucho menos se muestra o se permite tocar a extraños.

A nivel estatal se han hecho esfuerzos por conocer la dinámica del CaCu en la entidad. Castro y Salazar (2001) realizaron un estudio exploratorio en la ciudad de Hermosillo, Sonora con mujeres de los sectores medio y popular, donde se abordaron aspectos de salud reproductiva desde las perspectivas cuantitativas y cualitativas entre mujeres pertenecientes a los sectores medio y popular. Estos estudios encontraron que las mujeres no acuden al Pap por varias razones, entre las que destacan: la desidia, la flojera, el descuido, la vergüenza, el miedo o la falta de confianza en el médico, esto en ambos sectores estudiados. Sin embargo, para las mujeres del sector popular con menor escolaridad, menor acceso a la información y acceso restringido a los servicios de salud, estos factores representan mayores obstáculos para realizarse el Pap.

Por otro lado, Cartwright, y colaboradoras (2004) a través de entrevistas etnográficas a mujeres de más de 40 años nacidas en México, residentes de Hermosillo y Tucson Arizona, encontraron que las entrevistadas relacionan la enfermedad del cáncer con la muerte. Sobre las causas del CaCu las investigadoras explican que las mujeres tienden a vincular los orígenes de éste con prácticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción: “por muchos años las mujeres hispanas han atribuido el cáncer cérvicouterino a cosas tales como la mala higiene, el sexo violento, los abortos y las píldoras anticonceptivas. Aunque dichas ideas reflejan insinuaciones morales obvias, el conocimiento incorporado de estas mujeres en cuanto a causas posibles respecto a esta clase de cáncer se encuentra bastante apegado al modelo biomédico emergente sobre el cáncer cérvicouterino como enfermedad de transmisión sexual que puede establecerse más fácilmente en regiones del cuello donde la

infección o el trauma han interrumpido la barrera normal de las células epiteliales” (Cartwright et al., 2004:206)

No sólo las mujeres expresan las barreras antes mencionadas como obstáculos en la práctica del Pap, también las enfermeras reconocen estos obstáculos. La investigación realizada por Olivas (2004) en el estudio realizado en Hermosillo sobre las prácticas de atención sobre la promoción y DOCaCu en un centro de salud urbano, encontró que las enfermeras señalan que la mayoría de las veces las mujeres no están dispuestas a mostrar al desnudo la parte de su cuerpo de la que no tienen permitido hablar, el Pap se convierte en un procedimiento que invade la intimidad, pues “la zona de donde se toma la prueba socialmente está considerada de intimidad, lo que implica entender los significados que tiene para las mujeres la información para el manejo del cuerpo” (Olivas 2004, 136).

Por otra parte entre las principales barreras para hacerse el Pap encontró: vergüenza, y pena, miedo, descuido, desinformación, falta de tiempo, el trato que reciben por parte del personal de salud, y la negociación que tienen que hacer con su pareja para asistir a la prueba. Consideraron que el principal obstáculo es el hecho de que el Pap está relacionado con la intimidad y la sexualidad.

Por último, tenemos la investigación etnográfica realizada por Aranda (2005) acerca de los saberes sobre el Papanicolaou y el cáncer cérvicouterino entre mujeres urbanas usuarias de dos Unidades de Medicina Familiar. En ella encontró que el cáncer es considerado una enfermedad grave y multicausal, según la edad las mujeres refieren distintas causas a esta enfermedad. Las mayores relacionan su aparición con la falta de higiene en las relaciones sexuales, golpes en el cuerpo y prácticas de descuido posteriores al parto. Mientras que las de mediana edad y las jóvenes hablaron de infecciones de transmisión sexual y el embarazo y algunas mencionaron el VPH. Todas coinciden en el daño ocasionado a la matriz

como causa principal. Así las causas del cáncer se relacionan a prácticas sexuales y reproductivas.

La investigadora señala que las mujeres de este estudio no reconocieron el desarrollo paulatino del cáncer. "La enfermedad no pasa por una serie de etapas previas, sino que se tiene o no... una vez que se diagnostica la enfermedad la esperanza que queda es que haya sido a tiempo de que la puedan curar. Porque se considera que una vez que crece en gravedad esto ya no es posible" (Aranda, 2005:324).

Sobre las barreras señala que "el temor a los posibles resultados incluye el temor a la histerectomía como parte de los tratamientos del Papanicolaou" (Aranda, 2005:428). Estos temores pueden generar dos prácticas distintas: fomentar la práctica o evitarla, pues hablar del cáncer es hablar de la muerte y los procesos dolorosos que la rodean, por lo tanto saberse enfermo de cáncer es algo que se quiere evitar a toda costa, o por el contrario estar al tanto para tratarlo. Además señala que las condiciones de vida determinan la práctica de DOCaCu, las mujeres priorizan cubrir otras necesidades: "Las prioridades que se refieren a la falta de ingreso económico y/o condiciones de acceso a la vivienda dejan en último término las prácticas de este tipo" (Aranda, 2005:353). Cuando no se cuenta con los mínimos ingresos en la familia, el Pap deja de ser una necesidad, por falta de apoyo o frente a la incapacidad de abandonar las labores domésticas, ya que en el caso de las mujeres el cuidado de los integrantes de la familia es una tarea generalmente considerada femenina.

En los estudios que enfatizan los aspectos socioculturales podemos ver que los autores reportan que la calidad en la información, la escolaridad, vivir en un contexto rural y el nivel socioeconómico, además de los sentimientos de vergüenza y temor, así como la opinión de la pareja constituyen barreras frente a este procedimiento. Entre éstas también se identifica la falta de claridad sobre qué es el cáncer y no distinguir los tipos de esta

enfermedad, y al no tener claro cómo se desarrolla, lo que puede llevar a pensar que las mujeres fuera de riesgo y aplazar la decisión de examinarse. Según los estudios a los que hemos hecho referencia, las causas que las mujeres reconocen como productoras de cáncer, aunque no son precisas, no todas distan de lo que señala el modelo biomédico y algunas otras resaltan cuestiones morales. Las representaciones sobre la etiología de la enfermedad aunada a las que se tienen sobre el Pap generan obstáculos para que las mujeres adquieran esta práctica pues no la perciben como una necesidad.

Gracias a los estudios de tipo sociocultural es posible acceder a la subjetividad de los individuos y así entender el significado de sus experiencias y comprender el sentido de sus acciones. Este trabajo pretende contribuir a la comprensión de las RS de la DOCaCu, de mujeres que dada su condición migratoria y rural no siempre tienen acceso a información formal sobre el tema, o a la práctica del Pap, precisamente por el contexto y por el tipo de relaciones con el personal de salud que se generan en dicho contexto. Aquí se describen las semejanzas y diferencias de los distintos grupos de mujeres analizados en relación a la práctica de DOCaCu, así como la influencia del Programa Oportunidades y del contexto en dicha práctica.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este capítulo el lector encontrará la teoría de representaciones sociales (TRS) que enmarcó la presente investigación. El objetivo de este capítulo es definir el concepto de representaciones sociales (RS) partiendo de los planteamientos de S. Moscovici y D. Jodelet; se explica la forma en que éstas se constituyen, sus funciones, su aspecto social, su relación con las prácticas, así como la similitud que guarda con conceptos similares. Al final del capítulo se presentan algunas definiciones operacionales que se utilizan a lo largo del documento.

Planteamientos teóricos

En las ciencias sociales, como en otras ciencias, existen distintos enfoques teóricos para abordar los objetos de estudio, estas aproximaciones explican o priorizan el aspecto de la realidad que le interesa al investigador. En este caso se eligió la TRS porque permite explorar los vínculos entre lo social y lo individual. En la práctica de DOCaCu, confluyen aspectos colectivos e individuales, que junto con el contexto influyen en dicha práctica. De ahí que se retome esta propuesta teórica para el análisis de ésta problemática.

La TRS se desarrolló dentro de la psicología social europea, comparte con el interaccionismo simbólico el interés por el significado y la interacción entre los individuos en la construcción de la realidad. Con la fenomenología, en especial con los postulados de Berger y Luckman sobre la construcción social de la realidad, comparte el interés por estudiar la vida cotidiana, pero enfatiza el proceso social de construcción de sentido común como explicación de las prácticas sociales.

S. Moscovici (1979), psicólogo social, retomó el concepto de representaciones colectivas (RC) propuesto por E. Durkheim, para desarrollar el de representaciones sociales, manteniendo en éstas el carácter de producción social. Para Moscovici en las RS se

evidencian los procesos psicológicos y sociales que las constituyen, contrario a lo que sucede en las RC que aunque se refieren a fenómenos psíquicos y sociales es casi imposible percibir los límites entre lo individual y lo social. Además las RS, al estar presentes en los intercambios cotidianos, son mucho más dinámicas y se transforman más rápidamente que las RC.

E. Durkheim y las representaciones colectivas

E. Durkheim enfatizó la diferencia entre sociología y psicología diciendo que a la primera le correspondía el análisis de las RC, mientras que a la segunda las representaciones individuales. Él argumentaba que el campo de estudio de la psicología social era investigar cómo “las representaciones sociales se llaman y se excluyen, se fusionan o se hacen distintas unas de otras” (Mora, 2002: 6); descartó que las representaciones individuales fueran estudiadas por el científico social, dado su alto grado de subjetividad, heterogeneidad y dinamismo (Farr, 2003). Una vez señalado quién debía estudiar qué tipo de representaciones, Durkheim definió las representaciones colectivas como saberes acumulados a través de generaciones, formadas en la interacción de los individuos al interior de una sociedad:

"Las representaciones colectivas son el producto de una inmensa cooperación que se extiende no solamente en el espacio, sino en el tiempo; para hacerlas, una multitud de espíritus diversos ha asociado, mezclado, combinado sus ideas y sus sentimientos; largas series de generaciones han acumulado en ellas su experiencia su saber" (Durkheim, 2000: 20).

Las RC expresan, como su nombre lo indica, realidades colectivas y surgen dentro de grupos reunidos, su función es producir, mantener o rehacer ciertos estados mentales de estos grupos. Durkheim pone el ejemplo de las representaciones de tiempo y espacio, explicando que todos los hombres de una misma civilización se representan estas categorías de la misma manera, lo que permite el consenso.

"Como todos los hombres de una misma civilización se representan el espacio de la misma manera, es necesario evidentemente que esos valores afectivos y las distinciones que dependen de ellos les sean igualmente comunes; lo que implica casi necesariamente que ellas son de origen social" (Durkheim, 2000: 16).

Estos acuerdos a los que llega el grupo le dan la cualidad social a las RC y le permiten al grupo comunicarse, y los miembros de éste interactuar unos con otros a través del lenguaje.

"Y en consecuencia, el sistema de conceptos que él [el individuo] traduce, es el producto de una elaboración colectiva. Lo que él expresa, es la manera en que la sociedad en su conjunto se representa los objetos de la experiencia. Las nociones que corresponden a los diversos elementos de la lengua son pues, representaciones colectivas." (Durkheim, 2000: 444)

Las RC "se constituyen de condiciones anteriores y exteriores a nosotros, aunque también las experiencias se involucran en esta construcción" (Durkheim, 2000:19). Estas se consideran categorías dinámicas, no son estáticas ni permanentes. El cambio social y las experiencias individuales las modifican continuamente. "Las categorías del pensamiento humano jamás están fijadas bajo una forma definida; se hacen y deshacen, se rehacen sin cesar; cambian según los lugares las épocas" (Durkheim, 2000: 19). Las RC no son una mera recreación de lo que sucede en el mundo social, no son una reproducción de las interacciones y comunicaciones que las constituyen. Aunque pueden considerarse un producto social, están enriquecidas por la experiencia individual ya que el individuo las retoca, las transforma, les da sentido, son útiles en determinado contexto.

Como puede ver el lector, hay dos niveles en la conformación de las RC: el individual y el social. Durkheim habló de las diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, al decir que era imposible reducir lo colectivo a lo individual. Advirtiendo estos vínculos esbozados por Durkheim Moscovici los retoma para desarrollar la TRS.

S. Moscovici y la teoría de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales se gestó al interior de la psicología social. Al estudiar las RS, las actividades psicológicas se sitúan en la vida social. Estos vínculos, entre lo social y lo individual, permiten identificar dos estructuras: una que da cuenta de los procesos cognitivos y otra que se refiere a los procesos sociales. Al poseer un aspecto cognitivo o psíquico y otro relacional o de posición, la teoría de las RS es renaciente e innovadora permitiendo el acceso a las relaciones entre lo macro y lo micro (Duveen y Lloyd, 2003; Rodríguez, 2003; Gutiérrez, 1998).

Esta teoría consigue relevancia en la década de los sesenta y setenta con Serge Moscovici como principal expositor, siendo su obra inaugural *El psicoanálisis su imagen y su público*. En ella Moscovici expone cómo una teoría científica llega al sentido común de la gente y sufre transformaciones a fin de que los legos¹⁴ tengan acceso a ella. Este teórico decide tomar como objeto de estudio la teoría psicoanalítica dada su difusión en la comunidad, su novedad y su importancia para comprender las acciones humanas, convirtiéndose en un componente más de la realidad. Moscovici advierte que la teoría psicoanalítica se transformó, al formar parte del sentido común, en una RS que guarda poca relación con la teoría original (Farr, 1984), es decir, existen diferencias en la manera en que los psicoanalistas entienden la teoría y la forma en que lo hacen los legos.

Este interés en el estudio del conocimiento de sentido común estaba presente no sólo en Moscovici sino en otros de sus colegas. En los años cincuentas existía en los miembros de su generación un interés particular sobre la ciencia, cómo ésta modificaba aspectos culturales, cómo se transformaba el conocimiento científico en conocimiento del sentido

¹⁴ Lego, profano, no iniciado. Se utiliza para las personas que no tienen conocimiento sobre la materia.

común, cómo se vulgarizaba este conocimiento a fin de ser accesible a los legos, qué procesos intervenían en esta transformación, y cómo esos conocimientos formaban parte del sistema de creencias de cada individuo (Moscovici y Markóva, 2003; Farr, 2003). Así, el sentido común se convirtió en el objeto de estudio de la TRS.

S. Moscovici se ha dedicado al análisis de la relación entre la ciencia y el sentido común pues explica que la ciencia es un recurso importante en la conformación de las RS del mundo moderno. "Al comienzo la ciencia era sentido común. Luego se fue refinando tanto que ya no era más común. Actualmente la ciencia se ha convertido en la fuente más prolífica de nuevas representaciones sociales del mundo moderno" (Farr, 2003:166).

Un vehículo del que se vale la ciencia para difundir el conocimiento científico son los medios masivos de comunicación los cuales han tenido un rol importante al poner en circulación información sobre diversos temas, lo que permite que estos lleguen a diversos grupos, y participen en la producción de las RS (Castorina y Kaplan, 2003). Esto, aunado a la producción de información, los avances tecnológicos, el contacto con nuevas culturas, el papel de los individuos y las interacciones que estos mantienen, permite la difusión y construcción de nuevo conocimientos.

Desde la TRS se considera que el individuo como margen de acción, no es un mero receptor de estímulos que reacciona ante ellos, por el contrario, es un ser activo, inmerso en la dinámica social, misma que transforma, además de ser transformado por ella. Esta perspectiva intenta entender y explicar el significado que los individuos le dan a su existencia cotidiana para darle sentido a su vida (Jodelet en Rodríguez, 2003). Ya que las RS permiten al individuo apropiarse del conocimiento científico y transformarlo en conocimiento del sentido común (Moscovici, 1979).

El “sabio aficionado”, nombre que otorga Moscovici al no científico, intenta familiarizarse con su mundo para poder interactuar con él. El conocimiento se adquiere reconociendo y seleccionando la información. Ésta se percibe y ordena para obtener una visión “estable” del mundo físico o social. De esta manera, el individuo atribuye causas a los efectos y hace previsiones (Moscovici y Hewstone, 1984). El presupuesto de la TRS es que si el científico social logra ubicar la información utilizada por el individuo para orientar sus prácticas, se podrán explicar sus acciones y generar recursos informativos adecuados si se desea modificarlas.

Se ha venido hablando del conocimiento de sentido común habría que explicar que Moscovici y Hewstone lo definen como: “un conocimiento de segunda mano que se extiende, y establece constantemente un nuevo consenso acerca de cada descubrimiento y cada teoría. Es un pensamiento mediante palabras" (1984:686). Este tipo de conocimiento se produce de forma espontánea tomando como punto de partida la tradición y el consenso, formando el cuerpo de conocimientos producido por los miembros de un grupo.

El conocimiento del sentido común es el que se forma por las experiencias del individuo, gracias al contacto que tiene con sus semejantes, a la información que recibe de distintos medios; se constituye también por las tradiciones compartidas, y se enriquece por las observaciones y el discurso de la ciencia. El conocimiento del sentido común es considerado un conocimiento social porque se produce al interior de un grupo, al que le sirve para cumplir determinados intereses. Debido a su carácter social es posible compartirlo y utilizarlo, para la comprensión y explicación del mundo, y así participar en la construcción social de la realidad (Jodelet, 1984; Gutiérrez, 1998; Araya, 2002).

También hemos venido hablando sobre Representaciones, así que es importante definir a qué se refiere este término.

Para Moscovici (1979) representar algo no es simplemente repetirlo o reproducirlo; sino reconstituirlo, retocarlo, reinterpretarlo. Esta actividad permite combinar y desplazar saberes y experiencias para integrarlos en un lugar o presentarlos en otro. Al representar un objeto se le otorga la categoría de un signo, se le domina e internaliza, es decir, el individuo se apropia de él.

Para Jodelet (1984) en este mecanismo el objeto se re –presenta, es decir, se hace presente en la mente. Representar no es solamente reproducir, no es copiar algo y que esto signifique lo mismo para todos. En este proceso el objeto se reconstruye de modo simbólico, lo ausente se hace presente con ciertas variaciones. Representar es la capacidad de reproducir de una manera a otra (palabras por imágenes, emociones por conceptos) los conocimientos que se han obtenido, esto incluye la reproducción de los objetos ausentes, ficticios o extraños en presentes reales o conocidos. (Moscovici y Hewstone, 1984).

Si atendemos a lo anterior podemos decir que una representación no es el objeto representado, ni la copia de éste; tampoco es un reflejo pasivo de los estímulos del mundo exterior. Una representación es un proceso cognitivo, una actividad del pensamiento, una categoría que permite a los sujetos construir y reconstruir el mundo. Gracias a las representaciones los individuos conocen, actúan y se apropian de su entorno, se posicionan ante él e interactúan con sus semejantes. Los individuos sólo aprenden lo que son capaces de representar (Moscovici y Hewstone, 1984), es decir, si no existe una representación de un determinado objeto, el acceso a él será complicado o imposible, pues hay una referencia que le permite al sujeto comprender dicho objeto. Al interior de una representación se reúnen experiencias, vocabularios, conceptos y conductas de origen diverso, que gracias a ella, son divulgados. Sean individuales o sociales “las representaciones permiten que el mundo sea lo que pensamos que es lo que debe ser” (Moscovici, 1979:40).

Para poder comprender y apropiarse del mundo es necesario que el individuo haga familiar lo insólito e insólito lo familiar; que dote de sentido a los nuevos conocimientos para que dejen de parecerle extraños. El conocimiento nuevo se relaciona y articula con los conocimientos previos, las propiedades de unos y otros se fusionan convirtiendo así lo ajeno en propio. Este proceso transforma el objeto de la representación, lo representado es un equivalente del objeto que se encuentra en el exterior, “la representación es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea etc. La representación remite a otra cosa” (Jodelet, 1984:475). Este acto de pensamiento implica una actividad de construcción y reconstrucción, y no la mera reproducción pasiva de lo externo en el interior. De este proceso, resulta que el objeto es utilizado según las necesidades individuales, se transforma y se vuelve más específico o pierde su vigor según sea el caso (Moscovici, 1979).

Con la finalidad de comprender el mundo y relacionarse con él, el individuo realiza procesos informativos y transformativos, los primeros organizan y estabilizan los datos exteriores, los acontecimientos percibidos se reducen a categorías, mientras que los procesos transformativos reestructuran una experiencia o una idea previa. Estos procesos permiten la entrada de una ciencia en la cultura, donde su estructura y su racionalidad serán distintas al origen del que proviene (Moscovici y Hewstone, 1984). Las representaciones están relacionadas con los procesos transformativos necesarios al entrar en contacto con los objetos.

A manera de resumen podemos decir que Durkheim (2000) en el desarrollo menos determinista de su obra aborda las RC las cuales definió como saberes acumulados, compartidos y construidos por los integrantes de un grupo. Moscovici (1979) advirtiendo la importancia del concepto lo retoma para desarrollar la TRS la cual pretende explicar el significado que los individuos le dan a sus acciones para darle sentido a su existencia. Para el

caso de la DOCaCu nos interesa qué significado le dan las mujeres al Pap y de qué manera éste interviene en su práctica.

El concepto de representaciones sociales

El concepto de RS fue introducido en psicología social a fin de explicar las interacciones de los individuos con el mundo, se pretendía restituir la conciencia de lo social dentro de la psicología, proporcionando los medios para “comprender la vida social desde una perspectiva psicológica” (Duveen y Lloyd, 2003:29). Este concepto ha sido trabajado desde la psicología social, la antropología médica y la psicología cognitiva. La mayoría de los autores, parten de los planteamientos hechos por Serge Moscovici y Denise Jodelet y hacen énfasis en que las RS se caracterizan por el contexto social donde se generan.

Los teóricos que trabajan con este concepto coinciden en que el estudio de las RS permite abordar del vínculo entre lo social y la subjetividad, la sociedad y el individuo, lo micro y lo macro, como ya se había mencionado anteriormente.

Por ejemplo para Abric las RS son "construcciones socio cognitivas propias del pensamiento ingenuo o del 'sentido común', que pueden definirse como 'conjunto de informaciones creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado" (1994 citado en Giménez, 1997:8). Según la definición propuesta por este autor, en las RS se incluirían otros conceptos de menor alcance como las opiniones y las actitudes. Para Araya (2002) las RS son al igual que para Abric sistemas cognitivos donde la conciencia colectiva está presente, son principios que interpretan y orientan las prácticas, instituyen límites y posibilidades de acción.

Por otro lado Castorina y Kaplan (2003) destacan los elementos centrales de este concepto, definiendo las RS como elementos mentales, afectivos y sociales como el lenguaje y la comunicación, de esta manera, se involucran no sólo procesos psíquicos, sino también

sociales. De igual forma Castro (2000) define las RS como imágenes cognitivas socialmente construidas, observables sólo a través de la expresión de los individuos, las considera como “un puente entre lo social y la subjetividad, mismo que se expresa a través de un recurso que la trasciende, extra-individual: las representaciones del grupo” (2000: 65).

Sobre esta relación entre individuo y grupo las representaciones sociales revelan procesos de interacción y estructuras, cuyo objetivo es explicar el contexto en el que se forman, es decir, en qué aspectos de esas interacciones y de la estructura se pueden observar a nivel individual. “La representación social es una búsqueda de sentido y de interpretación colectiva (Méndez 2001:151).

Además de ser útiles en el estudio del vínculo individuo – sociedad, las RS son consideradas entidades operativas, principios organizadores, construcciones que guían nuestras acciones. No hay que olvidar que las RS por si solas no significan nada, tienen que estar relacionadas con algo, y expresadas en un determinado contexto. Es el contexto donde se desarrollan, es él que les da su característica social (Jodelet, 1984). En este sentido Rodríguez las define de la siguiente manera:

“Las representaciones sociales son entidades operativas útiles en el entendimiento la comunicación y la acción cotidiana (...) son ideas, máximas o imágenes implícitas son relevantes en un contexto dado, gracias, son sistemas organizadores que permiten reducir la ambigüedad y polisemia” (Rodríguez, 2003:62).

Para Doise las representaciones sociales son "principios organizadores de posiciones que se adoptan respecto a referencias comunes, y a menudo permiten una gran variación entre los individuos" (1991 citado en Rodríguez, 2003:60). Y en Ibáñez tenemos que las representaciones son construcciones mediatizadas socialmente desvinculadas de lo que representan (citado en Banchs, 2005).

Hablar de RS permite integrar los comportamientos de un grupo en el plano cognitivo y en el simbólico, ya que "las representaciones están arraigadas en la realidad social e histórica y al mismo tiempo ellas contribuyen a la construcción de aquélla desde la vida cotidiana" (Méndez, 2001:151); son modalidades de pensamiento práctico orientado a comunicar comprender y dominar el entorno social tanto material como ideal (Jodelet, 1984); no son un espejo de la realidad, sino una re -construcción de la misma a través del lenguaje, la interacción con otros, y lo que observamos en nuestro entorno (Moscovici en Banchs, 2005).

Las RS constituyen una preparación para la acción, no sólo porque guían el comportamiento, sino porque remodelan y reconstituyen los elementos del medio en que este comportamiento tiene lugar, le da sentido, lo integra en una red de relaciones que lo ligan a su objeto. Ya que "proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones" (Moscovici, 1979:31).

Las RS son dinámicas y versátiles ya que su construcción es permanente, pues los seres humanos establecen relaciones cambiantes, viven nuevas experiencias y se enfrentan a situaciones que antes desconocían y de ahí toman elementos que constituyen dichas representaciones (Moscovici, 1979). De esta manera, lejos de ser una copia exacta del objeto, una RS es la reconstrucción de una relación, que sostiene el individuo con el mundo y sus objetos. Teniendo en cuenta las fuentes de las que se vale para constituirse, experiencias, interacciones, información, no puede ser una copia fiel, ya que no todos los miembros de un grupo comparten los mismos aspectos que la forman.

Al respecto Jodelet explica que una representación

"No es el duplicado de lo real, ni el duplicado de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto. Sino que constituye el proceso por el cual se establece su relación. En el fondo de toda representación debemos buscar esta relación con el mundo y con las cosas" (1984:475).

Y define las RS como:

“Sistemas generadores y de referencia, teorías implícitas, operaciones del pensamiento, imágenes que condensan significados, partícipes en la interacción cotidiana con el mundo y con la integración de la novedad. Son una manera de interpretar y pensar la realidad cotidiana, son una forma de conocimiento social” (Jodelet, 1984:472).

Gracias a ellas los individuos fijan su posición en relación a las situaciones, objetos y comunicaciones que les competen. Las RS le permiten al individuo interpretar lo que le sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado. “Estas categorías sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1984:472).

De acuerdo a Jodelet las características principales de una RS son las siguientes:

“Siempre es la representación de un objeto; tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea; la percepción y el concepto; tiene un carácter simbólico y significante; tiene un carácter constructivo; tiene un carácter autónomo y creativo” (Jodelet, 1984:478).

El lenguaje es el medio por el cual las RS se hacen presentes, se comparten y se transforman. Las RS implican creación, confrontación y transformación. Este proceso permite no sólo comprender la realidad en la que vivimos sino también construirla.

Mecanismos que intervienen en la formación de las representaciones sociales

En la formación de las representaciones sociales intervienen dos mecanismos que se refieren a la elaboración y funcionamiento de éstas. Estos mecanismos son llamados de objetivación y el anclaje y “explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo ésta representación transforma lo social” (Rodríguez, 2003:57). Ahí se expresa la interdependencia entre los procesos psicológicos y el contexto social en el que se desarrollan (Jodelet, 1984). La objetivación es el mecanismo en que lo social transforma un

conocimiento en RS. Proyecta las representaciones en el mundo y convierte lo abstracto en concreto. Y el anclaje se refiere a la transformación de lo social a partir de la influencia de las RS presentes en un contexto determinado, permitiendo a lo extraño volverse familiar, colocándolo en alguna de las categorías cognitivas existentes (Duveen y Lloyd, 2033).

La objetivación pone en imágenes las nociones abstractas, las materializa haciendo corresponder cosas con palabras. Es una operación que crea imágenes y estructura (Jodelet, 1984), ya no se trata solamente de lo que el sujeto recibe a través de los sentidos, se refiere a un proceso mediante el cual lo abstracto se materializa, permitiéndole al sujeto tener acceso a él. La objetivación atraviesa por tres fases que van desde seleccionar información del objeto, pasando por la formación de un núcleo figurativo, para terminar haciendo tan natural ese objeto que parezca que el mismo sujeto lo ha creado o ha intervenido en su constitución.

La primera fase se refiere a la selección y descontextualización del objeto. Aquí se selecciona la parte de la información perteneciente al campo científico, acorde a los criterios culturales y a los sistemas de valores que tiene el individuo. Esto permite al individuo sentir que es él quien produce esta información, para así dominarla y entenderla. Los conocimientos se seleccionan según la utilidad que representan para el individuo, los valores del grupo donde se están generando y los intereses que pueda satisfacer. Es importante señalar que un mismo contenido puede ser interpretado de distinta manera por los mismos integrantes de un grupo debido a la selección que se hace de la información y a los valores que intervienen en la relación que se establece con el objeto, pues no todos los sujetos encontrarán útil la misma información.

La segunda fase se refiere a la formación de un núcleo figurativo. Las ideas se transforman en íconos para materializarlas, se captura la esencia del objeto. La existencia de un esquema figurativo permite a los individuos entender a lo otros e interactuar con ellos

“La estabilidad del núcleo figurativo, la materialización y la especialización de sus elementos les confieren el status de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad construida de forma social, y otorga sus herramientas al anclaje, segundo proceso de la representación social” (Jodelet, 1984:486).

En la tercera fase una parte es de naturalización, e involucra la reconstrucción de los objetos. Cuando se habla de un objeto ya no se da la misma información que se recibió, pues ha sido transformada a nivel cognitivo desde el momento en que se seleccionaron sus partes. En este proceso se enriquece con los conocimientos previos y las experiencias del sujeto. Esta reconstrucción de los objetos parte de la sustitución de conceptos abstractos por imágenes, “se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana” (Araya, 2002:36).

La objetivación tienen un triple carácter: “construcción selectiva/esquemización estructurante/naturalización” (Jodelet, 1984:484). Este mecanismo indica al sujeto el lugar que ocupa en su grupo social, lo cual influye en la relación que el individuo establece con su objeto, condiciona la relación que mantiene con éste, lo transforma y lo hace aprehensible. La objetivación permite que el sujeto transforme el objeto que le interesa con la finalidad de que no le sea extraño y tiene como resultado que “lo abstracto se hace concreto y lo extraño, familiar” (Araya, 2002:34).

El anclaje se refiere al conocimiento sobre los objetos a través de un proceso de transformación de la información recibida. Gracias a él los individuos son capaces de incorporar aquello que les es extraño, desconocido, a sus categorías del pensamiento existentes. Este mecanismo se activa cuando el sujeto entra en contacto con un objeto nuevo.

Se trata de integrar la nueva información, si es posible, a esquemas previos, sino, se generan esquemas antes inexistentes. En este proceso están presentes los valores e intereses

del grupo al que pertenece el sujeto. El anclaje articula tres modalidades básicas de la representación: la cognitiva de integración de la novedad, la de interpretación de la realidad y la función de orientación de las conductas y relaciones sociales (Jodelet, 1984). Estas tres modalidades distintas sirven para dar sentido, construir relaciones, y generar nuevos esquemas.

La primera modalidad se refiere al sentido que asigna este mecanismo al objeto. La jerarquía de valores de la sociedad a la que pertenece el individuo, contribuye a crear una red de significados a través de la cual son situadas socialmente y evaluadas como hecho social. La segunda modalidad se refiere al anclaje como instrumentación del saber. Los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las. Este proceso tiene lugar inmediatamente después de la objetivación permite que las RS se utilicen como marco de referencia para la interpretación. La tercera modalidad se refiere al anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento; es el espacio previamente pensado, latente o manifiesto que encuentra la representación, para inscribirse. “Este enraizamiento de la representación en la vida de los grupos constituye un rasgo esencial del fenómeno representativo, ya que explica sus lazos con una cultura y una sociedad determinadas. Es la inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido” (Jodelet, 1984:486). Gracias a estos procesos es posible la interpretación del mundo y la relación con los demás, ya que la objetivación y el anclaje, al actuar conjuntamente de manera integral guían los comportamientos de los individuos, de esta manera “la representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos (Araya, 2002: 37). Siendo posible la relación entre RS y prácticas.

El lector ha visto los mecanismos que intervienen en la formación de las RS, ahora es importante mostrar cuáles son sus funciones. Hasta aquí podemos decir que las RS permiten a los individuos orientarse en su entorno social y material, además de que los capacita para dominar su medio. Por otra parte, son útiles como marcos de percepción y de interpretación de la realidad, guían los comportamientos y las prácticas, y están siempre inmersas en un contexto social determinado. La misión de estos mecanismos es describir, clasificar y explicar los nuevos conocimientos adquiridos a fin de que el individuo pueda orientarse (Moscovici, 1979; Farr, 1984). Las RS participan en la construcción de la realidad, ésta adquiere un carácter familiar a través del discurso cotidiano.

A través de las RS los individuos representan o expresan aspectos de su subjetividad, así que al estudiar ésta habrá que analizar las RS que se utilizan. En esta tarea el investigador social identificará "qué es desconocido y la metáfora que se utiliza para volverlo algo más familiar" (Castro, 2000). Su función primordial consiste en transformar lo extraño en familiar, aminorar las extrañezas del mundo, que en ocasiones parece amenazante al presentarse como algo totalmente desconocido (Farr, 1984). Los individuos necesitan representarse la ciencia, convertirla en saber social. Farr (1984) explica que la difusión de los conocimientos científicos y tecnológicos, y los cambios que produce en el lenguaje a nivel intelectual, cultural y simbólico, hacen que las RS sean el enfoque teórico adecuado para dar cuenta de estos cambios. Las RS orientan la actuación social y las relaciones sociales, y nos permiten interpretar el mundo (Jodelet en Rodríguez, 2003). Siguiendo esta idea veamos de qué manera se relacionan las RS con las prácticas.

Vimos que las RS están presentes en los intercambios cotidianos de ahí que sean dinámicas y útiles en la organización de posturas que aunque surgen de referencias comunes les permiten a los individuos posicionarse frente a determinado evento. De ahí que se hable

de guías de comportamiento y no determinantes de éste. En relación a la DOCaCu las informantes reciben información del Pap, la importancia de éste, y las razones por las que debe hacérselo, sin embargo ellas deciden hacerse o no la prueba en base a lo que para ellas es el Pap, las experiencias que ha escuchado en voz de otras mujeres como ella, partiendo de la experiencia propia y de sus representaciones sobre el cáncer y la sexualidad.

Las representaciones sociales y su relación con las prácticas

Las RS se traducen en acciones y comportamientos y se relacionan con el hacer de las personas a través de las prácticas. Para Moscovici, la práctica es un elemento más de las representaciones y la relación que se da entre estos productos sociales es necesaria para la constitución de ambos. Al entender las prácticas como acciones significativas o con significado que dan sentido a los conceptos abstractos que recibimos como información, los productos sociales, resultado de dichas prácticas, sólo tendrán sentido dentro de un contexto social específico (Duveen, 1994).

Si entendemos las representaciones como "un rango de alternativas posibles aceptables desde las cuales las personas pueden seleccionar un curso de acción" (Valencia y Elejabarrieta, 1994:5 en Rodríguez, 2003:67) podemos decir que aunque ciertos individuos pertenezcan al mismo grupo social y compartan las mismas representaciones, sus prácticas pueden ser distintas e incluso contradictorias, porque sus experiencias personales son distintas y porque tienen ese margen de acción que les permite optar por hacer o no hacer ciertas cosas. Los sujetos pasan por un proceso de elaboración cognitiva y simbólica la cual guiará sus acciones según el contexto en el que se encuentren (Jodelet, 1984).

En esta relación entre representaciones y prácticas donde las primeras orientan y justifican las segundas, las personas actúan de acuerdo a sus representaciones y éstas se modifican en función de los comportamientos y prácticas. Estamos frente a una relación

dinámica, no se trata solamente de la influencia que las representaciones tienen en las prácticas, sino de cómo las prácticas transforman las representaciones. Las prácticas y las RS se influyen mutuamente, no reproducen a las representaciones de manera mecánica ni idéntica "la representación establece la guía para la acción, la cual se resuelve en la actuación. La práctica puede modificarse situacionalmente" (Menéndez y Di Pardo, 1996:55). Esto quiere decir que aunque poseamos ciertas representaciones sobre un objeto, no es garantía de que actuemos según lo que hemos dicho, la representación puede modificarse según la situación, transformarse en la práctica, e incluso contradecirse. Cabe señalar que en esta investigación no se observó la práctica de DOCaCu, sino que estas se reconstruyeron a través de las narrativas que las mujeres hicieron al respecto.

Vimos que prácticas y RS se influyen mutuamente pero no se determinan, es decir, aunque las mujeres de un grupo compartan las mismas RS sobre la DOCaCu, esto no quiere significar que todas tomarán la misma decisión frente a la práctica por el hecho de compartir la RS, sus prácticas pueden ser distintas o contradictorias ya que sus experiencias individuales no son las mismas.

Lo social en las representaciones sociales

Es indiscutible el hecho de que el ser humano es un ser social y, por lo tanto, necesita del contacto con sus semejantes, de la aprobación de estos que son su marco de referencia. Gracias a las relaciones que el individuo establece con los otros, su vida adquiere sentido y sus acciones tienen objetivo. Interactuar con ellos sirve de guía para su acción, y le dan sentido a sus actos. El otro es:

“Un modelador de las conductas y de las representaciones cognitivas, lo que supone una mediación constante, una terquedad; impregna de sentido a la conducta y al pensamiento, ya que el grupo o lo social construyen campos semánticos (...) las RS permiten a los individuos y los grupos una lectura de la realidad y una toma de posición frente a ella” (Gutiérrez, 1998: 215- 216).

Esta relación que el hombre establece con la sociedad hace que en ocasiones perdamos de vista dónde termina la influencia de una y empieza la acción del otro. Cuando observamos la imposición uniforme de la acción o el pensamiento estamos frente a la intervención de la colectividad en el individuo. La sociedad se hace presente en el individuo gracias a las RS, las cuales le permiten identificarse con un grupo y separarse de otro. Gracias a ellas reconoce cuál es su lugar en el mundo; cómo y cuándo realizar determinada acción, pues conoce las normas, los valores, las convenciones que rigen la sociedad a la que pertenece (Durkheim, 2000). Explica Jodelet:

“La sociedad está ahí dentro de la construcción que hace el sujeto social acerca de su mundo (...) el sujeto puede estar tanto como individuo como en un grupo, como en una colectividad en cuanto hay una identidad, en cuanto hay una ligación fuerte entre los miembros del grupo y que actúa como sujeto en cuanto tiene esa libertad de relación con el mundo, de construcción de su mundo de vida” (en Rodríguez, 2003:128).

No hay que perder de vista que el individuo no es la sociedad, y que ésta no se reduce a él, sino que “son aspectos diferentes de un mismo ser, por lo que sería erróneo afirmar que las representaciones sociales derivan de las individuales” (Durkheim, 2000:20). Las representaciones son sociales en la medida que se construyen en la interacción de los sujetos, donde construyen los objetos que representan (Banchs, 2005). En Moscovici ‘lo social’ se refiere al pensamiento y comportamientos característicos de una sociedad, y de los grupos que se encuentran en ella, ubicados en estratos determinados de la estructura social (Banchs, 2001).

Lo social lo encontramos en la comunicación, en el bagaje cultural de los individuos, en los códigos que utilizan, los valores que comparten, las normas por las que se rigen, las posiciones y pertenencias sociales determinadas. Lo social se hace presente a través del contexto en el que se generan y se transforman las RS, el contexto se convierte en un

elemento fundamental en la construcción de las representaciones sociales. Esas características particulares, propias de la sociedad a la que pertenece el individuo son las que le dan el aspecto social a las RS, es la huella de lo social que ha quedado implantada en la producción de esa representación (Banchs, 2001). En este sentido “la representación siempre conlleva algo social: las categorías que la estructuran y expresan, categorías tomadas de un fondo común de cultura. Estas categorías son categorías de lenguaje” (Jodelet, 1984:478).

El lenguaje juega un papel fundamental, es el vehículo de los intercambios entre los individuos; permite transmitir las bases culturales del grupo en que el sujeto se encuentra.

“Las representaciones sociales se producen sobre la base de intercambios verbales y no verbales, de interacciones entre acciones, comportamientos y comunicaciones en el espacio público de vida de los individuos con una pertenencia social específica... con fundamentos histórico culturales y con características particulares que influye sobre su dinámica social actual, lo cual habla de la huella de una cultura y una sociedad sobre la diversidad de representaciones producidas en la pluralidad de sus espacios sociales” (Banchs, 2001:16).

Dado que las RS dependen de los colectivos para los que funcionan y estos de ellas, se considera que la vida social no es un hecho dado, sino que está en constante construcción (Duveen y Lloyd, 2003). Son las tensiones culturales las que provocan la construcción social de las representaciones; son las ‘facturas’ del mundo cultural las que generan ‘lo extraño’, lo ‘no familiar’. Al verse frente a este sin sentido el individuo lo rechaza, es ahí cuando surgen nuevas representaciones, con la finalidad de reestablecer el sentido, la familiaridad de los hechos sociales (Castorina y Kaplan, 2003).

Por lo tanto, cuando se habla de lo social en las RS, se refiere a los procesos de interacción y comunicación, además de señalar que se desarrollan en un contexto social que las determina. Lo social en el concepto de RS se desprende de que esta categoría es elaborada y compartida por un grupo, además de tener una participación activa en los procesos de comunicación e interacción cotidianos (Rodríguez, 2003). Hemos visto que las RS, al

elaborarse dentro de una colectividad, tienen la facultad de dirigir el comportamiento y organización del grupo además de influir en los actos individuales.

Las principales fuentes de información que participarían en la construcción de las RS serían: las vivencias individuales; las ideas sobre el objeto; la interacción social y la observación; así como los conocimientos que se adquieren a través de los medios llamados formales (Torres, 2001).

Dado que lo social se expresa en el contexto en el que se generan las RS, de ahí la importancia de ubicar y describir el contexto multicultural y migratorio de las informantes, pues éste se convierte en parte fundamental en la elaboración de las representaciones sociales. Las características propias de Estación Pesqueira le dan el aspecto social a las RS de la DOCaCu que aquí nos interesan.

Trabajar con representaciones sociales

El concepto de RS ha sido retomado por diversas disciplinas como la psicología o la sociología, cada una destacando el aspecto que le interesa según su objeto de estudio. Es ésta una de las virtudes de trabajar con RS, poder ver hasta dónde la práctica es decisión del individuo o hasta dónde es una imposición social. Estas categorías permiten al investigador social explorar los significados del universo de las personas, pudiendo observar cómo los individuos construyen su realidad a partir de la producción colectiva y de las experiencias personales (Jodelet, en Rodríguez, 2003). De igual manera para Castro (2000) las RS se definen como una parte de la experiencia subjetiva, mediadoras entre las condiciones de vida y la subjetividad, son consideradas como el punto de intersección de lo psicológico y lo social.

Sin embargo, hay quienes no ven un beneficio sino un obstáculo en esta amplitud que permite el concepto. Para Canelón y García (2001) el concepto de RS es excesivamente

flexible, lo que en ocasiones representa una limitante cuando intenta distinguirse de otras propuestas también interesadas en la realidad simbólica, como el interaccionismo simbólico y la fenomenología mencionadas anteriormente. A pesar de ello, estos mismos autores al señalar los aportes de esta teoría, atienden a la versatilidad que permite el estudio de problemas y situaciones diversas, al tiempo que integra varias ciencias sociales, pues efectivamente, esta teoría permite una aproximación a la realidad a través del conocimiento social desde diversas posiciones o áreas de investigación.

Como se ha mencionado antes estudiar las RS abre la posibilidad de conocer la construcción social de la realidad teniendo siempre presentes cuestiones como el sentido común, la comunicación, la intersubjetividad y la práctica cotidiana.

“El medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social” (Araya; 2002:14).

Tener como marco teórico la TRS responde a este interés de conocer las diferencias entre las mujeres de los distintos grupos analizados, reconstruir su RS sobre la DOCaCu y ver hasta qué punto es influida por el origen de las informantes y por sus grupos de pertenencia.

"La investigación de las representaciones sociales encierra posibles dificultades metodológicas, principalmente por la necesidad de englobar sus dimensiones en un solo y relacionado corpus. Ni la actitud, ni la información y ni el campo de representación por separado nos aclaran el concepto de representación social (Mora 2002:23).

Es por esto que antes de cerrar este capítulo, es importante señalar que el concepto de RS guarda semejanzas con otros términos, con los cuales en ocasiones se les llega a confundir. Entre ellos están: la actitud, la opinión, las creencias, las imágenes y la percepción. Estos procesos mentales tienen también un origen social, al igual que las RS

intervienen en la construcción de la realidad y orientan las acciones de los individuos sin embargo, su alcance es menor que el de las RS, ya que estos conceptos están contenidos en ellas.

Tal es el caso de la actitud, la cual se entiende como la asociación entre un objeto y la evaluación que el sujeto hace de dicho objeto (Morales, Reboloso y Molla 1994 en Quiroz: 2004). En este sentido una relación de tipo actitudinal entre sujeto y objeto obedece a la información que el individuo tiene de las propiedades de un objeto, aunque las actitudes son expresadas de manera individual, tienen también un carácter social ya que éstas se forman en un contexto social determinado (Quiroz, 2004). Las actitudes forman parte de las RS constituye el aspecto afectivo de éstas, orientando las acciones del individuo positiva o negativamente.

Por otro lado tenemos la opinión, la cual se define como una fórmula valorada socialmente a la que un individuo se adhiere; implica una toma de posición acerca de un problema. Una opinión es una reacción frente a un objeto, un lazo con el comportamiento, un juicio, un anuncio de la futura acción (Moscovici, 1979). Las opiniones pueden entenderse como expresiones verbales, que comunican la reacción de las personas hacia los objetos dados desde afuera independientemente de los actores sociales. En los estudios sobre RS interesa indagar sobre contexto, sobre las relaciones e interacciones sociales que modifican dichas RS, a diferencia de los estudios sobre opinión, se investiga la toma de posición del individuo frente a determinados acontecimientos (Araya, 2002).

En cuanto a las creencias, son consideradas como productos culturales se basan en saberes de tipo antiguo, de aspectos más tradicionales en términos de organización y transmisión social. (Jodelet, en Rodríguez, 2003). Las creencias forman parte de las RS y permiten la organización de la información que recibimos, son inferencias de lo que las

personas deducen de los discursos y de las acciones de sus semejantes (Rokeach ,1991:297 en Araya, 2004).

Están también las imágenes, las cuales son el reflejo interno de la realidad externa, una copia fiel del objeto; implican la reproducción pasiva de un dato inmediato; son impresiones que han quedado en nuestro cerebro, huellas del pasado. A diferencia de las RS, las cuales son un equivalente del objeto representado y no una copia; las RS son dinámicas, mientras que las imágenes son pasivas y reproducen en lugar de reconstruir los objetos del exterior.

Por último tenemos la percepción la cual puede definirse como aquellas experiencias sensoriales que son interpretadas, moldeadas y dotadas de significado por modelos sociales y culturales específicos que el individuo aprende desde que es niño (Vargas, 1994). Gracias a que el individuo cuenta con este proceso cognitivo que permite la formación de estructuras a través del aprendizaje, el mundo y los estímulos que en él aparecen no se presentan en forma caótica, pues el individuo es capaz de ordenar el mundo a través de la creación de categorías que le permiten organizarlo (Moya, 1999). La RS constituye un proceso complejo de percepción, selección, asimilación, organización, relación y categorización, a diferencia de la percepción que se centra más en el proceso de la información sensorial a partir de las bases culturales de los individuos.

Las RS son categorías que se nutren, se ayudan, que comparten o tienen en común ciertas características con los conceptos desarrollados anteriormente, sin embargo la principal diferencia con las actitudes, las creencias, las opiniones, las imágenes y la percepción, con las RS es que estas contienen más aspectos, en ellas están contenidos los conceptos anteriores, por lo que su trascendencia explicativa y analítica es mayor. Las RS permiten al individuo

entender su mundo, construir su realidad y relacionarse con sus semejantes. En los estudios sobre RS se enfatiza el vínculo entre las construcciones sociales y las decisiones individuales.

La información que recibe el individuo, en este caso acerca de la práctica de DOCaCu, aunado a lo que comenta sobre esta práctica con los integrantes de su grupo, sus creencias previas, las imágenes que tiene del procedimiento, la actitud que toma frente a este según la opinión que tiene de la práctica y lo que ha percibido de ella a través de los sentidos, más la experiencia del Pap, son elementos que participan en la constitución de las RS sobre la DOCaCu. En este capítulo vimos que las RS participan en la transformación del conocimiento científico en conocimiento del sentido común, teniendo como mediador al lenguaje. Por esta razón se optó por una metodología cualitativa, la cual ya fue descrita. Ya que la entrevista semiestructurada permitía reconstruir a través del lenguaje las RS sobre la DOCaCu de las informantes.

Definiciones Operacionales

A continuación se presentan algunas definiciones operacionales que se utilizan en este trabajo.

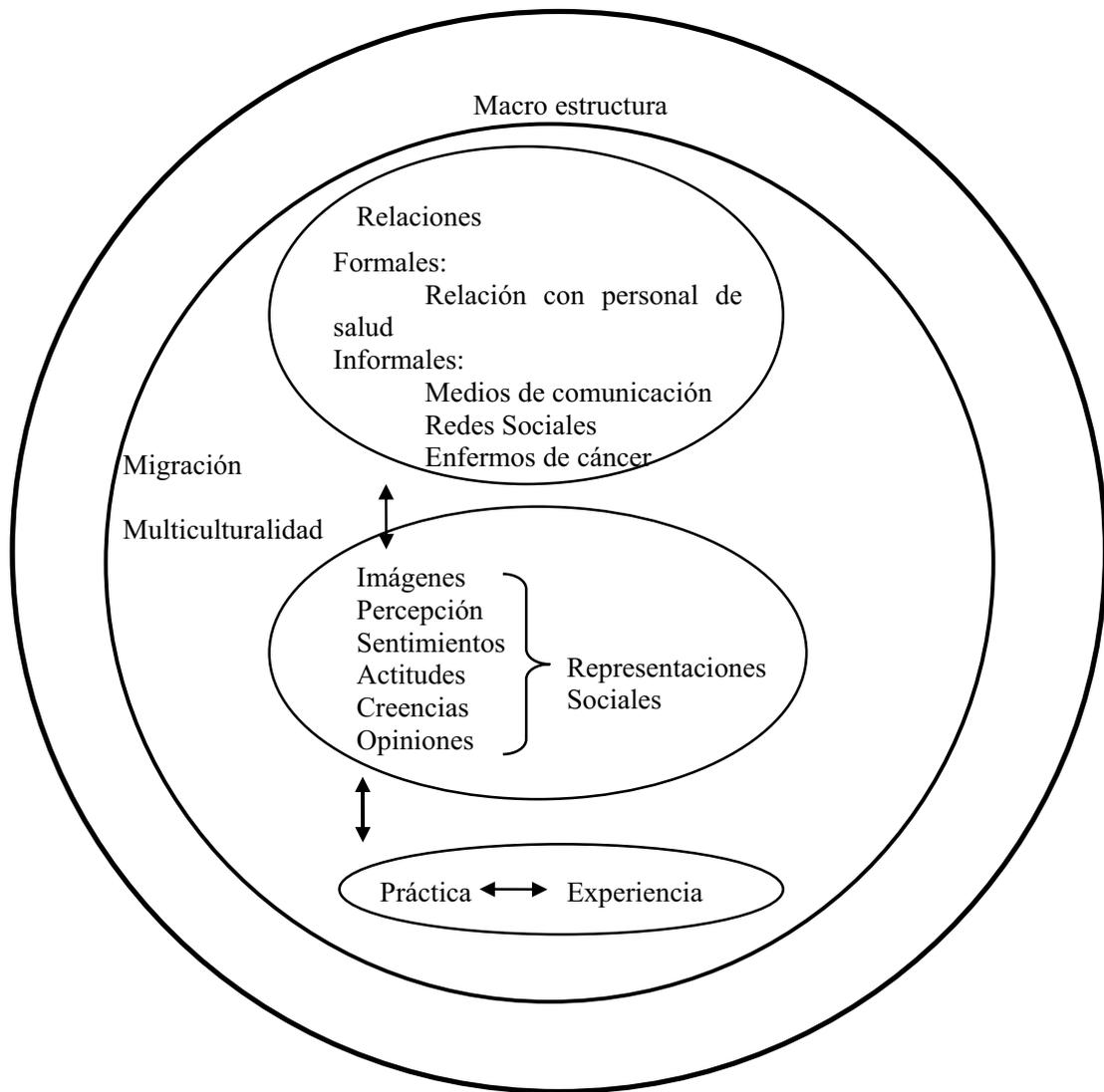
Representaciones sociales

En este estudio entendemos que las representaciones sociales son formas de conocimiento de sentido común, construcciones socio cognitivas que condensan significados; se constituyen de teorías, información recibida por fuentes diversas, interacción con otros individuos u otros grupos y experiencias individuales, lo que les da el carácter de sociales y dinámicas, permitiéndole al individuo transformar el conocimiento científico para que pueda acceder a él entendiéndolo y utilizándolo, y, de esta manera, clasificar objetos y situaciones además de participar en la guía de las acciones en un contexto determinado. Las Relaciones

que el individuo establece con sus semejantes transforman las RS que tiene sobre determinados objetos, estas RS influyen en sus prácticas y las mismas prácticas contribuyen a transformar las RS que se tienen sobre éstas. Todo esto se produce en un determinado contexto social, el cual influye en la manera en que se dan las relaciones con otros y se realizan las prácticas.

Partiendo de la definición anterior se operacionalizó el concepto de RS como aparece en el siguiente esquema donde vemos un círculo exterior que representa la macro estructura (instituciones, estado, iglesia, familia), en el siguiente círculo vemos el contexto social de migración y multiculturalidad, mismo que media con la estructura social más amplia antes mencionada. Después, en el círculo ubicado en la parte superior encontramos las relaciones que permiten obtener información de manera formal, en este caso con el personal de salud; e informal con los medios de comunicación, las redes sociales y los enfermos de cáncer; estas relaciones permiten generar y compartir información sobre la DOCaCu. Después tenemos las RS y los conceptos que incluye, dichas representaciones se constituyen por las relaciones antes descritas, pero también están relacionadas con el último círculo que contiene las prácticas y las experiencias individuales las cuales de influyen y modifican mutuamente.

Esquema 1. Representaciones sociales



Elaboración propia con base en Rocha, 1995

Multiculturalidad

Para entender el sentido de las RS en relación con el contexto es necesario definir la multiculturalidad, característica fundamental del contexto donde se realizó el estudio. El concepto de multiculturalidad se refiere a una ciudad o nación enriquecida por la diversidad cultural de sus habitantes. En estos intercambios culturales a partir de la unión de etnias o grupos aunque se acepta la diversidad, además de que se fusionan y enriquecen, también marcan diferencias entre los mismos grupos. Estas diferencias pueden generar desigualdades, como producto de la discriminación y falta de acuerdos entre las distintas culturas por las negociaciones para convivir en el espacio que comparten. En la multiculturalidad se pueden apreciar variables como: el género y la clase social. La influencia de las distintas culturas y grupos étnicos le da ese carácter de pluralidad a ciertas sociedades (Borja y Castells, 1997; Vilá, 2004; García, 2006; Almada, 2006).

En relación a la salud en un contexto multicultural tenemos que la atención a ésta se complejiza al tener a usuarios con diferentes y a veces muy distantes cosmovisiones que se expresan en el lenguaje y las formas en que se entienden, valoran, interpretan los procesos de salud /enfermedad /atención. Se sabe que la cultura es participe de la definición de dichos procesos y que en muchas ocasiones ésta determina las acciones que se seguirán para tratarlos o procurarlos.

Los distintos grupos que conviven en un contexto como éste se enfrentan a diferentes representaciones y prácticas sobre la s/e/a los cuales, en ocasiones se contradicen y otras, las menos, se complementan. Esto como resultado de las interrelaciones de desigualdad en las que se da el contacto médico-paciente, el personal de salud pueden tener una visión diferente de estos procesos procedente de la biomedicina, y en consecuencia la medicina tradicional se descarta en lugar de aprovecharse. En ocasiones médicos y enfermeras no perciben o no considera las diferencias culturales de las personas y los grupos a quienes atienden, raras

veces se establecen diálogos con líderes de la comunidad que conocen las necesidades de sus habitantes y así permitir la participación de los distintos actores de las localidades donde se atiende (Escudero, 2005). Es importante señalar que en gran medida estas omisiones se deben a la falta de capacitación en este sentido, es decir, regularmente no hay una formación académica que les brinde las herramientas necesarias para enfrentar estos casos.

El personal médico al trabajar en contextos multiculturales, se enfrenta a personas, grupos, valores y comportamientos distintos, donde la salud, la enfermedad y la muerte se entienden y se valoran de manera distinta. Al ser distintas las formas en que se interpretan los procesos de s/e /a las distintas formas de atenderlas pueden ser vistas como raras, incluso erróneas (Escudero, 2005). En ocasiones los miembros de un grupo determinado presuponen que todos los miembros de la comunidad comparten los mismos comportamientos, valores y actitudes, y cuando no es así intentan imponer las suyas y rechazar las otras. (Leno, 2006)

En ocasiones a los integrantes de los grupos étnicos se les excluye de la dinámica social, al valorárseles por “el color de la piel o por rasgos propios de su cultura, como la lengua o el modo de vestir” (Torres, 2001:1), esta discriminación produce estrés entre los indígenas, condiciones de vida más difíciles, redes sociales poco estrechas con los mestizos y también menos acceso a los servicios de salud.

Si la relación médico paciente resulta en la reproducción de la segregación y la discriminación, es posible que el sistema de salud actúe bajo los estereotipos vigentes en la sociedad contribuyendo así a la discriminación hacia los integrantes de los grupos étnicos. (Torres, 2001)

“Esta relación puede convertirse en un desencuentro en la medida en que los asesores -por la situación de poder en que se encuentran- impongan su manera de entender e interpretar la salud-enfermedad sobre la visión específica de la población... tanto los trabajadores de la salud /asesores como la población pierden la posibilidad de entablar una relación que los enriquezca mutuamente.” (Arenas y Maya, 2001: 7)

En el contacto con los otros se establece una definición, representaciones y prácticas sociales, la conservación o transformación de éstas de esta manera podemos decir que “El contacto con las instituciones (escuela, biomedicina, religión), con interlocutores y agentes sociales transformadores, darán cuenta del grado de pérdida o constancia de lo que constituye una matriz cultural respecto del proceso salud/enfermedad” (Mendoza, 2001:16).

Esto tiene serias repercusiones cuando se habla de la DOCACU puesto que hablando de las mujeres que pertenecen a grupos étnicos, muchas veces no se toma en cuenta su cosmovisión del mundo en relación no sólo a los procesos s/e/a, sino en relación al cuerpo y a la sexualidad.

Sexualidad

La sexualidad es un aspecto de la vida humana donde se reúnen todas aquellas experiencias que se atribuyen y se definen por el sexo de los individuos. La sexualidad ha sido definida desde lo biológico y lo social, se constituye por las formas de ser, de pensar y de sentir, asociadas al sexo. Consta de dos dimensiones: la erótica y la reproductiva, y aunque hombres y mujeres pueden experimentar ambos aspectos plenamente, la dimensión erótica ha quedado subsumida e invisibilizada. No es un dispositivo ya estructurado sino que se va construyendo a lo largo de la vida (Figueroa, 1992; Lagarde, 1993; Matamala, 2000).

Entre la sexualidad masculina y la femenina existen diferencias que han sido construidas socialmente. Las mujeres enfrentan exigencias distintas en relación a su cuerpo y sus prácticas sexuales, “la virginidad, monogamia, castidad, han sido las prescripciones destinadas a controlar el cuerpo de las mujeres, como garantía del derecho sucesorio y para salvaguardar la identidad masculina (González de Chávez ,1993:107). El silencio que rodea a la sexualidad femenina está marcado por

“La oposición cultural virgen-puta, ésta se puede apreciar en la manera en la que las mujeres adoptan las estrategias del silencio sobre su sexualidad, y de un ‘culto virtual a la virginidad’, donde la modestia y la reputación como ‘mujeres decentes’ se prestigian” (Díaz, 1998 en Castañeda y Zavella; 2004:86).

De lo anterior es posible apreciar porqué el cuerpo femenino es un espacio sectorizado donde “se delimitan las zonas prohibidas, se establecen límites y jurisdicciones, se inscriben las transgresiones” (Castañeda y Zavella, 2004: 87). Aunque en el mundo moderno la medicina y sus actores tienen la jurisdicción de ver, tocar, explorar ciertas partes del cuerpo, el pudor enmarca prácticas saludables como la DOCaCu, y en ocasiones entorpece su ejercicio pues mostrar los órganos sexuales genera temor y vergüenza entre la mayoría de las mujeres, ya que el cuerpo es lugar de cultura, de socialización con normas distintas para cada uno de los géneros.

Las normas que se refieren a las mujeres son más estrictas. El cuerpo de la mujer es objeto de represión, de escándalo, de explotación, mitos de impureza (Castro y Salazar, 2000; Olivas, 2004; Durán, 1998 en Martínez, 2004 Hidalgo, 2006:). Esta representación del cuerpo femenino, define y media los usos del cuerpo. En relación a la Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino, al practicársela, la mujer necesariamente enfrenta sentimientos de vergüenza y miedo.

Vulnerabilidad

En este escrito se entenderá la vulnerabilidad como:

“Aquella parte del riesgo vinculado más estrechamente con las estructuras sociales que con las conductas individuales [...] un indicador de inequidad y desigualdad sociales que exige respuestas en la estructura socio económica y política [...] determina los riesgos diferenciales que corren hombres y mujeres y resultaría en vidas que transcurren en el riesgo más que en prácticas de riesgo” (Dador et al., 2003:6).

Entre el concepto de factores de riesgo y el de vulnerabilidad existe una diferencia importante pues el riesgo refiere probabilidades y acciones individuales, mientras que la vulnerabilidad es una cuestión social que no se puede resolver desde lo individual. Las mujeres del estudio enfrentan lo que Bronfman y colaboradores (2001) llaman triple vulnerabilidad por ser pobres, migrantes y por su condición de género, esto les impide atender los problemas de salud oportunamente.

Los definidos anteriormente, son algunos conceptos utilizados a lo largo de esta investigación, fue necesario describirlos para enterar al lector desde donde se partía al hablar de RS, multiculturalidad, sexualidad y vulnerabilidad.

CAPÍTULO IV: ESTACIÓN PESQUEIRA, UN CONTEXTO MIGRATORIO Y MULTICULTURAL

En este capítulo se describe la localidad donde se realizó el trabajo. Posteriormente se presentan los lineamientos de dos programas nacionales que participan en la DOCaCu: el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, y el Programa de Acción Cáncer Cérvicouterino.

La migración en México

La desigualdad presente en el país condena a muchos de sus habitantes a vivir en la pobreza, lo que orilla a las familias a cambiar de residencia como estrategia de sobrevivencia (Frenk, 1987; Partida, 1994; Rubio, 2000). En México y América Latina la migración está asociada a transformaciones estructurales producto de la globalización, de la economía, y de la sociedad mundial contemporánea (Canales y Montiel, 2007). Historiadores, sociólogos, antropólogos y demógrafos han intentado explicar, desde diferentes aproximaciones teóricas, el fenómeno de la migración y sus consecuencias. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la migración como “el desplazamiento de los individuos con traslado de residencia desde el lugar de origen al lugar de destino” (en Frenk et al., 1987:279). El fenómeno de cambio de residencia puede ser definitivo o temporal dependiendo si el individuo se establece o continúa migrando. Si la migración ocurre dentro de un mismo país se le llama interna, y cuando se cruzan las fronteras se conoce como externa o internacional (Partida, 1994).

Las áreas geográficas involucradas en la migración se dividen en estados expulsores o regiones de origen, y regiones de destino, siendo los primeros las regiones de donde se desplazan, mientras que los segundos son los estados receptores (Partida; 1994). Acerca de los tipos de migración, el Programa Nacional de Atención a Jornaleros Agrícolas

(SEDESOL, 2006) reconoce dos modalidades migratorias: la primera es llamada pendular o temporal, y se caracteriza por que los migrantes salen de sus lugares de origen en busca de trabajo y por periodos de 4 a 6 meses, y regresan al término de la temporada de trabajo la vigencia de sus contratos. La segunda modalidad es conocida como golondrina, se refiere al recorrido que hacen los migrantes a diversas zonas de trabajo a lo largo del año, algunos captados por los patrones y otros se desplazan por cuenta propia. A estas modalidades migratorias agregaría aquella que resulta en asentamientos en las zonas de trabajo (Sánchez et. al., 2002).

En nuestro país los procesos agrícolas han influido de manera importante en la migración. El uso intensivo de la fuerza de trabajo en el desarrollo de la agricultura se puede identificar en dos momentos. El primero de ellos abarca de los años cuarentas a los setenta, cuando industria cañera y algodonera requería el traslado de jornaleros de regiones alejadas a las zonas productoras, debido a la falta de personal regional dispuesto a realizar tales faenas. Así surgían oportunidades laborales para los migrantes, que de otro modo no podrían encontrar, y para los productores la oportunidad de emplear personal dispuesto a trabajar bajo estas condiciones. Los contratos eran temporales y atractivos para los jornaleros incapaces de sostenerse económicamente en sus localidades. La brevedad de los períodos de cosecha impedía financiar los costos de traslado de la familia entera, razón por la que los productores preferían emplear hombres jóvenes y de preferencia solteros debido a lo pesado del trabajo, y evitaban emplear mujeres o niños (Hernández, 2006).

En el segundo momento los contratos abarcaban una temporada mayor, lo que permitía el traslado de los jornaleros con sus familias y se incorporaban todos sus miembros en las actividades agrícolas (Hernández, 2006) A partir de la crisis de 1982, aumentó considerablemente la participación de mujeres y niños (Canales y Montiel, 2007). Para este

momento grandes contingentes se desplazaban y establecían en las regiones receptoras, mismas que constituían puentes de tránsito internacional. Los productores optaron por contratar jornaleros procedentes de un mismo municipio o región y así sortear las diferencias dialécticas y étnicas. Esto permitió la formación de redes que informaban sobre los lugares de trabajo, las cuales se convirtieron en un sustento importante en las comunidades de destino (Hernández 2006).

Las redes sociales son inherentes a la migración, representan elementos cruciales en el apoyo a los trabajadores, convirtiéndose en estructuras fundamentales, porque permiten a los recién llegados la reducción de gastos, además de ser el vínculo con las oportunidades de empleo. A largo plazo permiten que la migración continúe, ya independientemente de su origen económico, pues ahora será la experiencia que se comparte la que motivará la migración (Zenteno, 2000). Éstas han sido definidas como:

“El conjunto de lazos interpersonales que conectan a los migrantes (actuales y viejos) y a los no-migrantes en las áreas de origen y destino por medio de relaciones de parentesco, amistad y del sentido de pertenencia a una comunidad de origen” (Zenteno, 2000:235).

Las redes sociales se rigen por sistemas de reciprocidad, donde no intervienen las leyes de mercado, sino las convenciones culturales, propias de cada grupo y de cada contexto (Durand, 2000).

Durante los últimos 30 años las ciudades ubicadas en la frontera norte de nuestro país han experimentado un notable crecimiento, producto de la migración interna e internacional. Los migrantes se muestran atraídos por la cercanía de estos destinos con Estados Unidos, pero también, el propio crecimiento de estos estados y la diversidad de las actividades económicas los hacen atractivos para quienes buscan mejores oportunidades laborales (Durand, 2000).

En México los flujos migratorios internos o internacionales han estado vinculados al desarrollo económico, además intervienen aspectos culturales y decisiones individuales familiares o colectivas (INEGI, 2007:19). Dichos desplazamientos son el resultado de diferencias geográficas en la oferta y demanda de trabajo que hacen más atractivos los salarios en unas regiones que en otras (Lewis, 1954 y Harris y Todaro, 1970 en Zenteno, 2000: 231).

En México existen estados expulsores y receptores de mano de obra agrícola. Entre los primeros se encuentran Oaxaca, Guerrero, Veracruz e Hidalgo. Y los estados receptores son Sinaloa, Sonora, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas y Morelos (Arroyo, 2001). Estos estados representan lugares donde los migrantes llegan a los campos agrícolas a trabajar. El grado de marginalidad de la población de los estados expulsores le impide migrar con recursos propios, por lo que los productores envían camiones a los pueblos de origen para reunir posibles empleados.

Esta alternativa es aceptada por los jornaleros debido al desconocimiento y la falta de recursos para realizar estos movimientos por ellos mismos. Los migrantes reducen costos de traslado y los productores reducen el valor de la fuerza de trabajo colocándose así en una posición competitiva (Hernández, 2006). Los dueños de campos agrícolas requieren mano de obra de regiones principalmente indígenas del sur del país, dadas las características de esta actividad económica, tales como la estacionalidad y la temporalidad, lo que genera empleos inestables, precarios y vulnerables (Canales y Montiel, 2007). Estas actividades únicamente les permiten cubrir medios de vida para sobrevivir, pues falta mercado para su fuerza de trabajo y sus recursos (Hernández, 2006).

Es importante determinar si los migrantes viajan solos o acompañados por sus familiares, ya que esto afecta directamente los lugares de origen y de destino (Frenk et al.,

1987). Al momento del traslado deben considerar las escalas, los tiempos y los gastos. Estos desplazamientos han modificado la demografía no sólo de los estados receptores, sino también de los expulsores. Mixtecos, Zapotecos, Triquis, Mixes, Mazahuas, Tlapanecos y Purépechas, hoy compiten, viven y trabajan en las industrias agrícolas de Nayarit, Tamaulipas o Sinaloa, al lado de mestizos provenientes de los estados del centro y sur de la república. Sonora y Baja California son casos representativos de la migración temporal o permanente de los jornaleros indígenas (Rubio et al., 2000).

La migración en Sonora, como otros lugares del mundo, se ubica como un componente demográfico que influye en la distribución espacial de la población y en su estructura, este fenómeno se expresa de la siguiente manera. En Sonora donde durante el período de los años 2000 a 2005, arribaron poco más de 58 mil personas procedentes de Sinaloa (28.1%), Baja California (11.9%), Chihuahua (51.1%) y Jalisco (4.8%) principalmente, entre esta población migrante algunos de ellos son indígenas (INEGI, 2006).

De acuerdo a los datos del II Censo de Población y Vivienda 2005 en Sonora se registraron 2, 394 861 habitantes, de los cuales 1, 196 707 son mujeres¹⁵ lo que representa el 50.0% de la población. Del total poblacional antes mencionados 51, 701 personas de 5 años y más son hablantes de lengua indígena, de estas 23, 643 son mujeres. Del total de personas hablantes de lengua indígena el 6.8% son migrantes, de ellos el 95.6% provienen de otro Estado (INEGI, 2005). En este sentido las principales lenguas indígenas que se hablan en la entidad entre la población indígena femenina son el mayo y el yaqui, representadas por un 46.9% y 27.1% respectivamente. También encontramos aunque en menor proporción, las lenguas mixtecas y triqui con 2.6%; las lenguas zapotecas, 2.3%; el guarijío, 2.1%. (INEGI, 2007)

¹⁵ Nos centraremos en la población femenina por ser las mujeres el objeto de estudio de esta investigación.

Según datos del Censo 2005 en el municipio San Miguel de Horcasitas, la población total es de 6, 036 personas de las cuales 3, 076 son hombres y 2, 960 mujeres (INEGI, 2005). Es importante señalar que este municipio posee los más altos porcentajes de mujeres hablantes de lengua indígena quienes representan el 18.5% de la población femenina de esa localidad. La lengua más común es la Zapoteca hablada por 71.9% de las mujeres (INEGI, 2007). En Estación Pesqueira la población total para el 2005 fue de 4, 636 personas de las cuales 2, 342 son hombres y 2, 294 mujeres. Del total de mujeres habitantes de esta localidad 464 hablan lengua indígena (INEGI, 2005).

Podemos ver que la migración no es un fenómeno nuevo y han sido diversos los esfuerzos por explicarlo y atenderlo. Ésta regularmente obedece a la situación económica del país y modifica no sólo a los estados expulsores sino también a los receptores. Sonora al ser un estado que colinda con Estados Unidos tiene gran afluencia migratoria, ahora veamos la relación entre migración y salud.

Migración y salud

La migración repercute en la salud de los y las migrantes debido a los peligros en el traslado, los cambios ambientales, la modificación de la dieta y la mala calidad de ésta, así como la modificación de las estrategias curativas en el hogar, y las dificultades de acceso a los servicios de salud, resultado de las cortas temporadas que pasan en los lugares receptores impide el seguimiento de los pacientes. Aunque hombres y mujeres participan en este fenómeno social, sus experiencias son distintas. La migración influye en los procesos de salud/enfermedad de manera diferenciada para ambos sexos. Las mujeres adultas sufren desgaste físico producto de la doble jornada laboral, requieren un alto ingreso de energía con el que no cuentan debido a carencias económicas (Palacios y Moreno, 2004).

Tanto hombres como mujeres están expuestos a riesgos laborales, culturalmente los integrantes de grupos indígenas se enfrentan a la discriminación, lo que genera estrés y como consecuencia una baja de defensas (Rubio et al., 2000). Los migrantes se enfrentan a nuevas enfermedades, son vulnerables ante las enfermedades transmisibles, en resumen sufren un ajuste social, cultural y económico (Frenk et al., 1987). A pesar de esto, en relación con la DOCaCu la migración representa algunos beneficios para las mujeres que llegan a comunidades donde encuentran mayor información sobre el cáncer, y tienen mayor oportunidad de acceder a servicios de salud por la cercanía con éstos.

Estación Pesqueira

Este apartado dedicado a la descripción de la localidad en la que se realizó el estudio tiene la finalidad de mostrar al lector las condiciones en que opera el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino, y ofrecer un panorama general sobre el contexto en que habitan las informantes.

San Miguel de Horcasitas es un municipio de Sonora ubicado en el centro de la entidad; se encuentra a una altura de 518 metros sobre el nivel del mar; limita al noroeste con el municipio de Rayón, al este con el municipio de Ures, al sur con el municipio de Hermosillo y al noroeste con el municipio Carbó; tiene una superficie de 1,768.45 Km², lo que representa el 0.95 por ciento del total estatal. Las localidades más importantes además de la cabecera, son: La fábrica de los Ángeles y Estación Pesqueira, lugar donde se realizó el presente estudio.

La agricultura es la actividad base de la economía local, pues en los 32 campos agrícolas que rodean la comunidad se emplea la mayor parte de la población, en éstos la uva de mesa es el cultivo principal. La mayoría de los campos pertenecen al sector privado, son de inversionistas extranjeros que prefieren ocupar a personas procedentes del sur del país, ya

que es una mano de obra poco costosa y de mayor rendimiento (Haro, 2006). Es importante destacar que según datos de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA, 2005) México ocupa el quinto lugar a nivel mundial como exportador de uva de mesa. En 2004 las exportaciones de este producto ascendieron a 123 mil 693 toneladas.

El estado de Sonora produce el 70 por ciento de la uva mexicana, con un estimado de 456 mil toneladas al año. No obstante que San Miguel de Horcaditas es uno de los municipios que mayores ingresos aporta el estado, debido a las exportaciones de la uva de mesa que se produce en ese lugar, los campos agrícolas tienen su domicilio fiscal en Hermosillo, por lo que el pago de impuestos se hace a éste último (Entrevista Comandante de Bomberos, 06 noviembre 2006). El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2005) reporta un alto índice de marginación en Estación Pesqueira debido a la deficiencia en la cobertura de los servicios básicos y los bajos ingresos de la población económicamente activa y señala que el 62.57% de las familias habitantes de la localidad experimenta un nivel de hacinamiento.

Estación Pesqueira ha tenido un importante crecimiento poblacional debido a la demanda de mano de obra por parte de los productores de uva de mesa. Como ya se había mencionado la población total de esta localidad para el 2005 fue de 4, 636 habitantes (INEGI, 2005), pero hay que señalar que a esta cifra se suman de 25, 000 a 30, 000 jornaleros¹⁶ en los meses de diciembre a junio como resultado del flujo migratorio (Haro, 2006). En esta localidad confluyen distintas culturas, entre las que podemos encontrar Tarahumaras, Náhuatls, Chamulas, Mixtecas, Triquis, Zapotecas. Los últimos tres grupos son los mayoritarios. El grupo étnico de los Triquis es el mejor organizado y no es tan fácil acceder a

¹⁶ Es importante aclarar que esta cifra no es un dato oficial, sino un cálculo aproximado del presidente municipal del período 2003 -2006

ellos. Las mujeres de estos grupos por lo general se encuentran en parejas y antes de decidir hablar sobre un tema lo consultan entre ellas.

Los distintos grupos que habitan Estación Pesqueira demarcan claramente el espacio en el que habitan y aunque todos comparten el mismo territorio, mantienen rasgos culturales distintivos reforzados por ese ir y venir a sus lugares de origen. En un contexto multicultural como éste, aunque las diferencias son notables entre los distintos grupos, éstos conviven entre sí. Sin embargo, la misma diversidad cultural que enriquece la localidad genera desigualdades y discriminación.

Se pueden apreciar diferencias notables en la distribución espacial de los distintos grupos que habitan el poblado. (Ver mapa 1)

Las casas, que en el mapa anterior aparecen próximas a la carretera, son habitadas por oriundos del lugar o migrantes con más de cinco años en la localidad. Las viviendas están construidas generalmente de ladrillo y block. Éste sector de la población cuenta con servicios de agua, drenaje, luz y alumbrado público.

Hacia el sureste de la localidad se observan asentamientos de reciente creación, generalmente habitados por parejas jóvenes o por migrantes con menos de 5 años de asentados, quienes en la mayoría de los casos rentan dichas residencias; las casas están construidas con ladrillo y block, y cuentan con servicio de agua, luz y drenaje.

Las colonias ubicadas del lado oeste de la localidad están habitadas mayormente por migrantes indígenas con más de diez años de residencia y en algunos casos han comprado un solar donde establecieron su vivienda; las casas están construidas por diversos materiales como ladrillo, block, lámina de cartón o de asbesto, estas colonias cuentan con servicio de agua luz y drenaje.

Y por último, más al sur se encuentran las colonias recientes, en ellas es común ver dos o tres familias ocupando la misma casa, los miembros que las integran comparten el espacio, los servicios y los gastos de la vivienda. Los residentes son en su mayoría migrantes indígenas que tienen menos de ocho años de haberse establecido. Es posible que algunas familias hayan vivido antes dentro de los campos, en los “galrones” destinados a los trabajadores, pero después tuvieron oportunidad de comprar un solar y construir su casa, la mayoría de éstas están construidas de lámina de asbesto y de cartón, y aunque cuentan con servicio de agua, drenaje y alumbrado público, están habilitados en pocas residencias. Para los migrantes que llegan en la época de cosecha existe la posibilidad de rentar departamentos cuyo alquiler va de los \$700 a los \$1500, o cuartos que incluyen las comidas por \$200 pesos.

El trabajo

Jornaleros agrícolas del sur y centro del país, año con año se incorporan a las filas de trabajo de los campos de uva que circundan la localidad, empleándose como choferes, cocineros, jornaleros, veladores, supervisores, o porteros. Otras fuentes de trabajo en la región son la renta de cuartos, la elaboración de comida, la venta de pasas y uvas al final de la cosecha en los poblados aledaños o la capital del estado. Quienes cuentan con carros se emplean como “raiteros”. En dicha tarea se emplea una hora por la mañana y otra hora por la tarde, es el tiempo que toma en ir al campo y regresar al pueblo. Por las mañanas en las esquinas es posible observar grupos de hombres y mujeres cubiertos con capas de ropa de la cabeza a los pies esperando ser trasladados a su lugar de trabajo. En algunos casos el patrón es el encargado de pagar este servicio, en otros, el jornalero desembolsa \$15 pesos diarios por el traslado. Por lo general los pasajeros son familiares o conocidos de los “raiteros”, por lo que las ganancias contribuyen a la economía familiar.

La jornada de trabajo en los campos inicia a las 6 a.m. y finaliza a las 3 p.m. El pago depende de la forma en que se trabaje: al día, por surco, o por contrato. Si se trabaja por el día los jornaleros, pueden percibir un ingreso diario entre \$120 y \$180 pesos, lo que genera un salario semanal que va de los \$700 a los \$1200 pesos según el campo donde se labore. Si se trabaja por surco; una persona puede hacer hasta 8 surcos en un día, cada surco lo pagan a \$64 pesos¹⁷. Y por último si, se trabaja por contrato¹⁸, la jornada es de 6 a.m. a 6 p.m., de domingo a domingo y dura de 4 a 6 semanas aproximadamente, dependiendo de la cosecha. En estos meses los jornaleros se emplean en el raleo, el cual consiste en separar las uvas,

¹⁷ Estos datos fueron obtenidos durante el trabajo de campo, en pláticas con las entrevistadas y con otras mujeres que no formaron parte del estudio.

¹⁸ El período de esta modalidad de trabajo va de finales de marzo a inicios de mayo.

permitiendo así que les de sol y maduren apropiadamente. La vid puede tener de 24 a 30 racimos, en un día se puede ralear unos 10 racimos.

Algunas personas deciden trabajar por contrato, sobretodo quienes no lo hacen de forma regular, pues en poco tiempo acumulan lo que para ellas significa una gran cantidad de dinero, comparado con lo que perciben el resto de la temporada. Dicha actividad se realiza entre dos personas, si se trabaja a buen ritmo, es decir, a una velocidad que les permita avanzar sin fatigarse, la pareja puede ganar hasta \$20 000 pesos al final del contrato.

Las condiciones laborales en general son desfavorables, no se respetan los días de descanso, los jornaleros están expuestos a los químicos que se usan para fertilizar los viñedos, así como a altas temperaturas, durante el período de la jornada. La estrategia de los empleadores es encontrar personas dispuestas a trabajar bajo estas condiciones, buscando en sus empleados disponibilidad de horario, que trabajen sábados y domingos sin exigir gran salario.

En los meses de agosto, y sobre todo septiembre, el trabajo escasea enormemente, la población hace lo posible por buscar fuentes alternas de trabajo. Algunas personas se emplean en las granjas cercanas, sin embargo, no hay lugar para todos. Dichas condiciones precarias contribuyen a que algunos trabajadores se dediquen a la venta de drogas; esto no es inusual como medio de sostén para las familias que tienen que ahorrar de su escaso sueldo semanal. Las entrevistadas con mayor tiempo en la localidad explican que antes era común continuar como migrantes golondrinos en busca de trabajo, saliendo a las comunidades aledañas como Carbó, San Luis Río Colorado, y Ensenada Baja California de donde aún llegan camiones ofertando trabajos al terminar la temporada en la localidad. Sin embargo, esto está cambiando, ahora los productores hacen rendir las tierras aprovechando que muchas

familias antes migrantes, se han asentado, siembran calabaza y búfel, el cual lo venden como alimento para ganado.

Estas condiciones precarias de trabajo influyen en que las mujeres no puedan acudir a los servicios médicos pues el horario en el que se brindan estos no siempre coincide con el tiempo disponible que tienen las mujeres para acudir a estos.

Los servicios básicos

Estación Pesqueira como ya se ha mencionado, cuenta con los servicios de agua, luz y drenaje, aunque éstos no están habilitados en todas las colonias. La escasez de agua es frecuente como resultado de la sectorización del servicio y la cantidad de campos que rodean la localidad. Esto obliga a los habitantes a recolectarla en botes o cubetas, convirtiéndose en un riesgo para la salud, ya que atrae al mosquito portador del dengue. En algunas colonias de reciente creación, el abastecimiento de agua se realiza conectando mangueras a un tinaco ubicado al suroeste de la localidad.

El 80% de las casas cuenta con instalación eléctrica, las líneas clandestinas son comunes, especialmente en las colonias más nuevas. En el mes de noviembre fueron instalados 6 kilómetros de alumbrado público en la calle principal donde está ubicada la presidencia municipal (Entrevista a Comandante de Bomberos, 06 noviembre 2006). En el resto de las calles este servicio no está habilitado, la falta de luz impide a los habitantes salir a las calles cuando se ha ocultado el sol, éstas se vuelven inseguras y dejar solos los hogares significa arriesgar el patrimonio, ya que los robos son comunes. Ir en busca de leña en estos

horarios implica un riesgo para las mujeres que puede ir desde soportar improperios hasta ser acosadas por individuos, los cuales se encuentran bajo el influjo de las drogas o el alcohol¹⁹.

La contaminación del agua y el ambiente es un serio problema en la localidad. El uso de fosas sépticas es común en los asentamientos más marginados. Igualmente los desechos en ocasiones dan a la calle, pues generalmente las letrinas están ubicadas en la parte frontal de los hogares. Los desechos de los baños portátiles de los campos terminan en los arroyos contribuyendo a la contaminación de éstos, los cuales funcionan como depósito de la basura cuando no se recolecta o es arrastrada por las lluvias (Entrevista a Comandante de Bomberos, 06 noviembre 2006). Aunque la recolección de basura debería hacerse una vez por semana, hay ocasiones en que el camión recolector tarda un mes en pasar, por lo que los desperdicios se acumulan en la entrada de las casas o son quemados a mitad de las calles, contribuyendo a la contaminación ambiental, el polvo y el humo, provocando infecciones en las vías respiratorias y en los ojos, comunes en la localidad. El relleno sanitario se encuentra preocupantemente cerca de la comunidad; éste está ubicado a menos de 15 Km. del pueblo constituyéndose como un foco de infección además de causar plagas de ratas, moscas y cucarachas.

La localidad cuenta con un minisuper, dos tiendas de abarrotes de la familia Beltrán y una tienda Oxxo, además de varias tiendas más pequeñas de abarrotes. En estos establecimientos las personas pueden adquirir sus víveres, aunque Estación Pesqueira se encuentra a tan sólo 20 minutos de Hermosillo los pobladores no cuentan con la capacidad económica de viajar y adquirir estos productos, situación que aprovechan los comerciantes para incrementar algunos precios. En la localidad sólo hay tres expendios de alcohol sin

¹⁹ Estos datos fueron obtenidos durante el trabajo de campo, en pláticas con las entrevistadas y con otras mujeres que no formaron parte del estudio.

embargo éste también se vende en algunos abarrotes, y en el Oxxo. Además es conocido por la población la existencia de un “aguaje”²⁰.

En cuanto a los medios de comunicación, Estación Pesqueira cuenta con dos casetas telefónicas con servicio de fax. Los telégrafos y el correo se entregan a la presidencia municipal y de ahí son trasladados al municipio de Hermosillo para ser enviados. Hay también servicio de Internet en el Centro Comunitario de Aprendizaje (CCA) localizado en la calle principal; la mayoría de las viviendas cuentan con televisión y radio; se distribuye el periódico “Entorno” en los carros de sonido, mientras que “El Imparcial”, y “La I” los venden en las tiendas Oxxo y Beltrán.

Estación Pesqueira cuenta con varios espacios de entretenimiento, entre los que se encuentran: un casino donde algunos fines de semana acuden grupos a amenizar los bailes; una plaza donde los jóvenes suelen reunirse, y en ocasiones se celebran fiestas de quince años. También hay un bar llamado “Los Compadres”, dicho establecimiento abre sus puertas en los meses en que el flujo migratorio aumenta. Además del hipódromo “Los Mezquites”, una cancha de básquet, y un estadio. Esporádicamente se presenta un circo y juegos mecánicos. Referente a los centros religiosos, se encuentra la Iglesia de los Santos de los Últimos Días, la Iglesia Apostólica de la Fe en Cristo Jesús, un Centro Cristiano, y dos iglesias católicas.

Estación Pesqueira es atravesada por la carretera libre Hermosillo-Nogales, esta vía es útil para los comerciantes que van a la capital a ofrecer sus productos. A 15 km se encuentra la carretera internacional, por lo que es frecuente la entrada de trailers, fuente importante de clientes para los comerciantes de uvas y pasas. A un costado de la carretera se encuentra la vía del ferrocarril que comunica con la frontera del Estado con Estados Unidos, con Mexicali

²⁰Lugar donde se venden bebidas alcohólicas de manera clandestina.

y con el centro del País, es un medio útil para el transporte y comercio de los productos originados en el municipio (Haro, 2006).

El transporte público hace dos corridas diarias directas a Hermosillo, inicia sus recorridos a las 7 de la mañana trasladando a quienes viajan a la capital del estado principalmente con fines educativos y comerciales; regresa al pueblo a las 2 de la tarde, tiene un costo de \$20 pesos. Existe otro autobús que hace 4 corridas con trasbordo en Zamora. Cabe señalar que en este cambio de autobús, pueden transcurrir de 10 minutos a hora y media. Hay quienes hacen el recorrido Estación Pesqueira - Zamora en bicicleta, incluso quienes caminan grandes distancias hasta conseguir un “raite”. Viajar de esta manera es común, por lo general la gente con mercancía pide este favor a conductores de camionetas o trailers, esto implica el riesgo de ser asaltado en el camino y no llegar a su destino. En caso de una emergencia o de tener que arreglar algún documento en la capital del Estado, los viajeros pierden un día entero. Existen también dos centrales de trasportes foráneos con salidas a los estados expulsores y también a los receptores: San Quintín, Tijuana, Mexicali, Culiacán, Caborca, Altar, Ensenada, Camalú, San Luis Río Colorado, Tecate, Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Ejutla, Mandadero, México, Puebla, Irapuato, Querétaro, entre otros.

En lo que se refiere a la educación, según datos del CONAPO (2006), el 18.62% de la población de 15 años o más, habitante de Estación Pesqueira, es analfabeta. Más de la mitad (51.98%) no terminaron la primaria. El bajo nivel escolar está ligado a la migración de niños y jóvenes, que abandonan la escuela para integrarse junto a sus familias al trabajo en el campo. Las carencias alimenticias de los niños y el poco dominio del español afectan el rendimiento escolar (Haro, 2006). La localidad cuenta con planteles de educación básica y media superior. Hay dos jardines de niños, “Alexander Flemming” y “Nueva Creación”, este último fue creado para impartir clases a niños indígenas en su lengua natal. Debido a la falta

de profesores que hablaran Zapoteco, Mixteco o Triqui, contrataron a un profesor que solamente domina el Mayo, por lo que las clases se imparten en español.

En la localidad funcionan cuatro primarias: “Matutina Benemérito de las Américas”, “Vespertina Lázaro Cárdenas”, “Primero de Mayo”, y “Nueva Creación”. Esta última, igual que el preescolar, fue pensada para brindar educación a niños indígenas; cuenta con primero y segundo grado; las clases se imparten en dos cajas de trailers donados por la Secretaría de Educación y Cultura (SEC). El edificio donde se levantaría la primaria está en construcción, y aunque estaba programado que iniciara actividades en septiembre del 2006 esto no sucedió. Está también la telesecundaria “Rafael Ramírez”, y el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado (CECyTES) que empezó sus funciones en el 2006 en el turno vespertino.

Las instituciones de salud

En julio de 2006 se instaló en la localidad una unidad móvil del IMSS. Un médico general y un dentista atienden a jornaleros que cuentan con este servicio de lunes a viernes de 10 a.m. a 7 p.m. Como ya se ha mencionado la mayoría de la población trabaja en los campos de cultivo y, por lo tanto, se esperaría que estuvieran empadronados en el IMSS, pues “desde 1998 las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social reconocen a los jornaleros como derechohabientes de esta institución” (Arroyo, 2001: 11). Sin embargo, del total de población solamente 573 empleados cuentan con este servicio, 2670 no tienen servicio médico, sólo 63 están afiliados al ISSSTE, y 1252 cuentan con Seguro Popular (INEGI, 2005). Es importante señalar que ninguna de las informantes cuenta con este servicio, por lo que todas se realizan el Pap en el centro de salud perteneciente a la SSA, aprovechando las campañas de salud que hay en el pueblo o acudiendo a clínicas particulares.

La Secretaría de Salud (SSA) representada por el centro de salud se convierte así en la institución médica sobre la que recae la mayor carga de trabajo sanitario, la unidad es insuficiente ante la demanda la población. El centro de salud fue fundado en 1979 y remodelado en 2006; su infraestructura es la siguiente: una sala de espera, dos consultorios para consulta externa, un consultorio de urgencias, sala de expulsión, dos áreas de hospitalización y observación de pacientes, una para mujeres y otra para hombres, con capacidad de alojar a dos pacientes cada una, área de vacunas, farmacia, almacén, cuarto de archivo y expedientes, dos baños en la sala de espera, una cocina, un cuarto de lavado, dos cuartos médicos con baño cada uno, y aire acondicionado en todas las áreas.

El encargado del centro de salud es un médico general, lo acompañan un médico pasante, dos enfermeros generales, dos pasantes de enfermería, una persona encargada de la farmacia, otra de la limpieza y un velador. El centro de salud brinda atención de lunes a viernes en un horario de 8 a.m. a 4 p.m. Diariamente se reparten 30 fichas para la consulta, excepto cuando uno de los médicos se ausenta sólo se reparten sólo 15 fichas y se atienden las urgencias que se presenten. Para la población abierta la consulta tiene un costo de \$40 pesos, además del medicamento. Si los pacientes son beneficiarios del Programa Oportunidades o cuenta con Seguro Popular, la consulta y el medicamento son gratuitos. La toma de muestras para exámenes clínicos se hace dos veces al mes en día viernes, para ellos acude personal de laboratorio del Centro de Atención Primaria a la Salud (CAPS) por parte de la secretaría de salud.

Coordinados por el personal médico operan en la comunidad dos comités de salud: El primero de Participación Social Sonorense por la salud (PASOS por la salud²¹) el cual

²¹ PASOS por la salud es un organismo representativo de la comunidad; es un vínculo entre el Gobierno del Estado y la población para colaborar a la solución de los problemas y necesidades de salud en su comunidad. Su función es capacitar a la comunidad sobre temas de salud, como alcoholismo, drogadicción, coordinar grupos de

incluye el Programa, Estilos de Vida Saludable los cuales dependen de la SSA. En noviembre de 2006 ambos comités fueron reestructurados, ya que su vigencia es de dos años. Aunque anteriormente existía un solo comité de salud, en esa ocasión se formaron dos destinados a atender las necesidades de la comunidad, debido a la densidad poblacional. Cada comité está formado por siete integrantes, una presidenta, una secretaria, una tesorera y tres vocales. Mensualmente se rinde un informe con copia al centro de salud, y la secretaría de salud sobre las actividades realizadas. Cabe señalar que ninguno de los grupos étnicos está representado en estos comités.²²

Además de los servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud (SSA) y el IMSS, a los habitantes de Estación Pesqueira, están también dos médicos particulares uno con consultorio propio y otro por parte de las farmacias similares. Además, se identifican parteras, curanderas y sobadores. En caso de emergencias, la localidad cuenta con una unidad del H. Cuerpo de Bomberos Voluntarios. Dicha unidad empezó sus funciones en el 2002, se encarga del traslado de enfermos que necesitan tratamiento, como los que padecen leucemia, y de mujeres embarazadas cuyo parto será atendido en Hermosillo. El traslado no tiene ningún costo, sin embargo, en ocasiones debido a la falta de dinero para la gasolina se pide una cooperación de \$200 pesos (Fuente: mujeres entrevistadas). Desde el 2004 la localidad cuenta con una farmacia “Similares”, ésta presta servicio de las 8 de la mañana a las 8 de la noche, y ofrece atención pediátrica y ginecológica por las mañanas ciertos días a la semana. Se cobra únicamente el medicamento y no la consulta. En el servicio particular un médico general ofrece consulta de lunes a viernes en horario vespertino.

autoayuda para personas que son hipertensas y apoyar al centro de salud en actividades de esta índole. Con esto se pretende fortalecer la participación de la comunidad en los servicios de salud, su objetivo es mejorar el nivel de bienestar de la población (SSA, 2006).

²² (Fuente; junta de reestructuración de comités de salud, 10 noviembre 2006).

Programas que participan en la DOCaCu

Por su importancia en la práctica de detección oportuna, a continuación se describen los lineamientos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades el cual en su componente de salud dedica un espacio a la prevención del CaCu y el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino el cual dirige sus acciones a la disminución de mortalidad por CaCu.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un programa federal que contribuye al desarrollo humano de la población en pobreza²³ extrema, el cual inició sus funciones en 1997 con el nombre de Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) “debido al replanteamiento de algunos objetivos en los que se involucra a la población beneficiada de manera activa en marzo del 2002 Progresá se convirtió en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades” (SEDESOL; 2004:7).

Para poder llevar a cabo estas acciones, Oportunidades cuenta con tres mecanismos: las becas educativas, los cuidados de salud básicos para todos los miembros de la familia, y el fortalecimiento de la calidad de estos servicios, transferencias en efectivo, y entrega de suplementos alimenticios que permitan mejorar la alimentación de las familias pobres (SEDESOL, 2003). El apoyo que se da a las familias para procurar el desarrollo humano

²³ El Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006 define la pobreza como: la privación de capacidades básicas. Esto implica la falta de acceso a los recursos económicos necesarios como educación, salud y nutrición para poder desarrollar las capacidades básicas, integrarse y participar en la vida social y productiva. Desde esta perspectiva existen niveles al interior de esta problemática social. El más bajo es la pobreza alimentaria, hace referencia a que los ingresos percibidos son insuficientes para garantizar el consumo mínimo de los alimentos. El siguiente nivel se denomina pobreza de capacidades es cuando los ingresos familiares son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de alimentación, salud y educación. El tercero es la pobreza de patrimonio cuando los ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades de alimentación, salud, educación, vivienda, vestido y transporte. Partiendo de las definiciones antes citadas, Oportunidades está dirigido a todos los hogares localizados por debajo de la línea de pobreza de capacidades, es decir, aquellos que están por debajo del segundo nivel (SEDESOL, 2003).

consiste en becas educativas y apoyos monetarios que se entregan cada dos meses en efectivo a las titulares del programa. Estos varían según el número de becarios que hay en cada familia y se incrementan según el grado escolar en que se encuentren, así como el número de adultos mayores residentes en el hogar (SEDESOL, 2006).

Los objetivos generales de Oportunidades son: incrementar las capacidades básicas de las familias en situación de pobreza a través de la integración estratégica de acciones en:

“Educación, salud y alimentación; ampliar el acceso de las familias en pobreza de capacidades a oportunidades de desarrollo, fomentando la seguridad y autosuficiencia de los individuos, fortaleciendo su patrimonio, mediante la articulación y concertación de esfuerzos de otras acciones y programas de desarrollo social” (SEDESOL, 2003: 45).

Oportunidades opera con base a cinco ejes rectores: equidad, integralidad, transparencia, cohesión social, y corresponsabilidad, las cuales son descritas por el programa de la siguiente manera:

Equidad. Oportunidades prioriza el fortalecimiento de la posición de la mujer, de la familia y la sociedad, promoviendo sus espacios de participación, acción y socialización, los cuales incluyen la entrega de los apoyos económicos a las madres de familia. Además se realizan acciones para fortalecer el acceso a la atención de la salud, en particular de la reproductiva, la prevención del cáncer cérvico uterino y el autocuidado de la salud.

Integralidad. El programa establece correlaciones entre los apoyos que brinda y aquellos que ofrecen otros programas sociales, otras secretarías y dependencias federales.

Transparencia. El programa difunde sus criterios normativos y operativos, los informes de los resultados de la evaluación de impacto, así como los procedimientos para la atención de las peticiones, dudas, quejas, denuncias y recomendaciones de la ciudadanía.

Cohesión Social. Dado que Oportunidades pretende el fortalecimiento de la cohesión social, se crean los Comités de Promoción Comunitaria, cuya función principal es proteger,

promover y fortalecer el desarrollo de las relaciones y redes de ayuda mutua y cooperación existentes.

Corresponsabilidad. El cumplimiento de las responsabilidades compartidas es requisito indispensable para que las familias reciban el apoyo económico. El sector salud y el educativo son los que certifican su cumplimiento.

Los criterios y procesos para la selección e identificación de las localidades y familias beneficiadas es el siguiente: Primero se seleccionan las localidades donde serán ubicadas las familias beneficiadas, partiendo del índice de marginación establecido por el CONAPO, y la información estadística generada por el INEGI, se da prioridad a las zonas donde hay un mayor número de hogares en extrema pobreza, se autorizan las condiciones de accesibilidad y capacidad de atención de los servicios de salud y educación. Los datos socioeconómicos de los hogares se recolectan a través de un censo, para incorporar las familias que se encuentran en pobreza extrema registrándolas en el Padrón Activo de Beneficiarios. El contacto formal se hace a través de la titular de la familia.

Oportunidades se enfoca principalmente en la salud preventiva y la detección temprana de enfermedades crónicas sin desatender aspectos curativos y de control de los principales padecimientos de la población a través de las siguientes estrategias: proporcionar de manera gratuita el paquete básico de servicios de salud; prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación mediante la entrega de suplementos alimenticios; fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene; y reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional (SEDESOL, 2006).

El paquete esencial básico de servicios de salud incluye lo siguiente: saneamiento básico a nivel familiar; planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio, y del

recién nacido; vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil, inmunizaciones; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar; prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud; prevención y detección del cáncer cérvico uterino y de mama.

Las corresponsabilidades con las que tienen que cumplir las familias beneficiadas en el componente de salud son las siguientes: registrarse en la unidad de salud correspondiente y asistir a las citas en los servicios de salud. Estas están determinadas por la edad, sexo y evento de vida, así como por las estrategias de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida o Prevenimss. De no cumplir con estos requisitos las familias corren el riesgo de perder los beneficios monetarios.

Los integrantes de las familias beneficiarias tienen que acudir a una cita familiar en tres ocasiones durante el año, en ésta se efectúa un chequeo general, se pone mayor atención a la asistencia de las mujeres embarazadas y en los niños. Además, la titular beneficiaria debe asistir a las pláticas de autocuidado de la salud²⁴. La finalidad de estas pláticas es promover cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, especialmente en los aspectos preventivo y de autocuidado.

Los temas que se abordan en las pláticas son los siguientes: alimentación y salud, saneamiento básico a nivel familiar, participación social, adolescencia y sexualidad, planificación familiar, maternidad sin riesgo, embarazo, alimentación durante el embarazo y la lactancia, parto y puerperio, cuidados del recién nacido, lactancia materna y alojamiento

²⁴ En caso de que la titular no pueda asistir se requerirá la participación de algún integrante de la familia mayor de 15 años. Sólo se hacen excepciones en caso de discapacidad psicomotriz, auditiva o visual severa. (SEDESOL, 2006)

conjunto, cáncer de mama, y cérvico uterino, toma del Papanicolaou y autoexploración mamaria, el menor de un año, el mayor de un año, vacunas, estimulación temprana, diarreas y uso del VSO, parasitosis/ciclo de desparasitación, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, hipertensión arterial y diabetes, prevención de accidentes, manejo inicial de lesiones, salud bucal, enfermedades transmitidas por vectores y alacranes, prevención de las adicciones, infecciones de transmisión sexual, prevención de VIH/SIDA, género y salud, violencia intrafamiliar, climaterio y menopausia, acciones básicas en caso de desastres, atención al adulto mayor (vacunas del adulto mayor), discapacidad (SEDESOL, 2006:60).

Otra instancia de Oportunidades son los Comités de Promoción Comunitaria. Estos se encuentran integrados por cuatro vocales, una tesorera y una Presidenta, las cuales son designadas por las titulares beneficiarias. Ellas son el vínculo entre las familias y el personal de los servicios de salud y educación, y asisten en la canalización de solicitudes, fortalecen acciones de nutrición, contraloría social y transparencia de Oportunidades. Este programa tiene vigencia de tres años, después este tiempo se evalúan de las condiciones socioeconómicas de las familias beneficiadas con la finalidad de certificar la pertenencia al programa.

La DOCaCu en Estación Pesqueira la realiza la SSA, a través del centro de salud que hay en la localidad, y el IMSS en la unidad móvil ubicada en el pueblo. A continuación se describen brevemente los lineamientos del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino

En 1974 en México entró en vigor el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (PNDOCACU), coordinado por la Secretaría de Salud y a partir del año 2001 este programa formó parte de las estrategias del Programa Nacional de Salud (PNS)

2001-2006 orientadas a reducir los rezagos en salud que afectan a los grupos menos favorecidos. El objetivo principal del PNDOCACU fue la disminución de la mortalidad por CaCu mediante la coordinación de las instituciones del sector salud; dirigido al grupo de mujeres entre los 25 y los 64 años de edad, pretendía identificar y realizar el Pap a mujeres que no se lo habían hecho antes; dar tratamiento y seguimiento a los casos en que fuera necesario, en las clínicas de displasias y centros oncológicos; implementar un esquema de tratamiento para aquellas mujeres que presentaran procesos inflamatorios en el primer nivel de atención (SSA, 2002). Las estrategias y líneas de acción que se establecieron fueron las siguientes:

Estrategias de Coordinación. Al interior de esta estrategia el área de vigilancia epidemiológica se propuso obtener e intercambiar información con la finalidad de generar las adecuadas estrategias de participación social, educación para la salud y capacitación de recursos humanos (SSA, 2002).

Estrategia Territorial. Se pretendió que el PDOCACU operara en los tres niveles: estatal, regional y municipal, generando asistencia en los temas referentes a la salud (SSA, 2002).

Estrategias Sustantivas. Se priorizó la atención a las mujeres que nunca se habían realizado el estudio, y en aquellas que tuvieran más de tres años de habérselo hecho o que presentaban factores de riesgo asociados al CaCu. El programa señalaba que el Pap se realizaría cada tres años en aquellas mujeres que se lo habían hecho consecutivamente por dos años, y cuyos resultados hubieran sido negativos a infección por VPH, displasia o cáncer. En caso contrario, es decir, si los resultados fueron positivos o inciertos las mujeres serían referidas a las clínicas de displasias, y serían citadas para un nuevo estudio a los tres años, sin

embargo, si la mujer solicitase el estudio antes de la fecha programada el servicio no le sería negado.

En el área urbana la práctica del Pap se ofrecería a todas las mujeres ubicadas en los grupos de riesgo que asistieran a la unidad de salud independientemente del motivo de la consulta. El cotejo rutinario del Pap sería responsabilidad del médico o la enfermera. En caso afirmativo, se registraría en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer donde además se anotaría la fecha para su próximo estudio. Por el contrario si la mujer nunca se hubiera realizado el estudio, se le daría información y sería canalizada al servicio correspondiente. (SSA, 2002)

Otro de los objetivos del PNDOCACU fue incrementar los servicios y ampliar los horarios para realizar la detección; en las unidades rurales la detección sería ofrecida en todos los consultorios y en las unidades móviles (SSA, 2002). El período entre la toma de la muestra y la entrega de resultados a la usuaria no debería ser mayor a 30 días. Los resultados serían entregados de forma escrita, en caso de que la mujer fuera analfabeta los resultados se le comunicarían también en forma oral. Si llegará a aparecer alguna anormalidad la paciente sería informada del tratamiento que debería seguir (SSA, 2002).

Estrategias de Apoyo. Dentro de estas estrategias el PNDOCACU señaló la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud, orientada a lograr que las mujeres y sus parejas comprendan la importancia del autocuidado de la salud sexual y reproductiva; que reconocieran los factores de riesgo y los servicios disponibles, brindando información amplia y detallada a las mujeres acerca del procedimiento que se realiza durante la toma de la muestra, o durante el diagnóstico y el tratamiento en clínicas de displasias. Por último el Programa señaló la participación social, la cual incluiría la colaboración de otros sectores

públicos, sociales y privados; la intervención de promotoras de salud oriundas de las comunidades, a las que se pretendía capacitar de manera permanente.

CAPÍTULO V: EL PROGRAMA OPORTUNIDADES Y EL PNDOCACU EN ESTACIÓN PESQUEIRA

En este capítulo el lector encontrará el análisis de parte del componente de salud del Programa Oportunidades, la descripción de las citologías realizadas en el centro de salud de la localidad durante el 2005 y cómo se realiza la DOCaCu a mujeres adscritas a Oportunidades y a aquellas que no cuentan con él.

Tener Oportunidades

El Programa Oportunidades en Estación Pesqueira brinda atención a 236 familias sonorenses y migrantes las cuales provienen de Oaxaca, Chiapas y Guerrero principalmente según lo comentado por la enfermera encargada del Programa en la localidad. El número de familias beneficiarias se divide en cuatro grupos, al frente de los cuales está una vocal. Ninguna de las vocales que integra el comité actual es de ascendencia indígena²⁵.

Inscripción al Programa

Hace 6 años, personal de SEDESOL encuestó a las familias habitantes de la localidad y evaluó su la situación socioeconómica a través de un censo en la población para determinar quiénes serían los beneficiados. Después de valorar la situación de las familias y de decidir quiénes serían las beneficiadas, publicaron los resultados en el edificio de la presidencia municipal ubicado en el centro de la localidad. Las titulares seleccionadas acudieron con su credencial de elector y se les entregó su holograma que indicaba su adscripción al Programa. Las necesidades de las familias y el grado de pobreza en el que se encontraban fue lo que determinó su inclusión. En caso de ser familia migrante beneficiaria de Oportunidades fue necesario presentar los documentos de afiliación y tramitar el cambio.

²⁵ Estos datos fueron obtenidos durante el trabajo de campo.

A pesar de que se realizó este procedimiento, las informantes describen la entrada a este programa como una cuestión azarosa, la adjudican a la suerte y no a la evaluación previa y al proceso de selección al que fueron sometidas las familias. Las entrevistadas presuponen que la elección fue a través de un sorteo, en el cual las de mejor suerte, o las más persistentes fueron seleccionadas. Esta cuestión del azar es lo único que explica por qué sus parientes y amigas que tienen las mismas o más carencias, no cuentan con el programa. Las informantes se asumen como pobres, reconocen sus carencias, saben que Oportunidades brinda ayuda económica a aquellos que menos tienen y esto las motiva a estar “al pendiente” de cuando pasan a “inscribir”. A continuación Sabina narra el proceso que siguió para “entrar” al programa.

Anduvieron según apuntando la gente en las casas, que a ver si, miraban pues como vive uno, si vive uno. Hora sí que dicen que el que lo necesitaba, a ese le daban y si yo me apunté y, sí me vino, porque a muchas no les vino,- Que vinieron a apuntar, y que no sé qué; por eso fui yo, y resulta que después cuando vinieron salí yo y ellas no. Primero pasaron el, anduvieron como a mirar como vivían las personas. Después ya vinieron los mismos de allá, de México creo que eran, vinieron allá al municipio, la comisaría, ahí vinieron y ahí fuimos todos a apuntarnos de nuevo, con la credencial y todo. Y yo traiga la credencial de Oaxaca, no tenía la credencial de aquí, y nos apuntaron de vuelta, y que dijeron que después iban a volver a venir, para luego ya entregárnoslos que a quién le llegó y quién no, pues a mucha gente no le llegó, como a la mitad le vino y a la mitad no. Mucha gente ni fue por sus papeles, como la doña, ella no fue, que porque su marido no había llegado, le digo yo pues a lo mejor su nombre ahí estaba, a lo mejor sí le vino a usted, por no ir pues, a veces uno por no perder un ratito ahí de trabajo, si uno necesita de cualquier cosa uno tiene que perder el tiempo pues. (Sabina)

En su caso la corresponsabilidad parece ser asumida desde un inicio para recibir el apoyo, hay que sacrificar parte del tiempo que se dedica al trabajo en el campo o a las labores del hogar, para estar presentes en sus hogares en caso de que acudiera personal de SEDESOL a levantar el censo.

En el año 2007 se valoró qué familias habían progresado y, por lo tanto, no necesitaban más de este apoyo, ya que uno de los objetivos del programa, es brindar herramientas a las familias durante el tiempo que tienen Oportunidades para valerse por sí mismas. Es probable que a las familias que han mejorado su situación se les haya retirado el Programa, y también es posible que se hayan incorporado nuevas familias que antes no estaban contempladas. Esta situación no es muy clara para las familias afiliadas.

Ya después los dieron de baja a todos, ya nomás quedamos los tres, yo y mis dos hijos, y a mí pues me la quitaron a mí nomás, a los chamacos nomás a lo mejor por eso o yo no sé, porque yo las juntas yo no fallo pues, siempre las citas que tenemos familiares voy al centro, las juntas que hacen cada mes yo también voy y siempre sí serán dos veces las que se me han pasado. (Sabina)

En la narrativa anterior Sabina expresa desconocimiento del retiro del programa, asegura haber cumplido con las corresponsabilidades indicadas como la asistencia a las pláticas de autocuidado y sus hijos a la escuela. Sabina es beneficiaria del Programa Oportunidades desde hace 6 años, cuando sus vecinas la invitaron a “apuntarse para el sorteo”. Después de revisar las listas se dio cuenta que había sido “seleccionada”. Marta tiene cuatro años en Oportunidades, cuando fueron a tomar el censo, ella se encontraba en su casa, y después se enteró que había “salido con Oportunidades”. Lola tiene tres años en Oportunidades, y Evelia 5 años.

Atención a la salud de las beneficiarias

El componente de salud del Programa Oportunidades en Estación Pesqueira está integrado por un médico general, una enfermera y una psicóloga. Por parte de la comunidad están cinco vocales al frente de las siguientes áreas: control y vigilancia, salud, nutrición, educación. Ellas son las encargadas de pasar lista de asistencia en las pláticas y de organizar

a su grupo cuando se realiza alguna actividad. El personal del centro de salud y las vocales de Oportunidades trabajan juntos en la educación para la salud, a través de las pláticas que se dan en el centro, promoviendo estilos de vida familiares y organizando actividades de cohesión social y brindando atención médica.

El personal de salud aplica los mismos programas que marca la secretaría de salud con la diferencia de que se centran en una población específica, previamente identificada y seleccionada. Esto permite una mejor atención y mayor control sobre las familias. Tanto la atención como el medicamento se brindan de manera gratuita. La cita familiar a la que acuden tres veces al año, es una de las corresponsabilidades que exige el programa para brindar el apoyo. Esta consiste en un chequeo general, donde médicos y enfermeras revisan peso, talla, presión arterial. La planeación de las citas familiares la hace la enfermera encargada de Oportunidades, a principio de año en los meses de enero y febrero programa a todas las familias indicándoles el día y la hora en que deben presentarse a su cita y también se les informa cuándo deberán asistir a las pláticas sobre autocuidado de la salud.

En caso de tres faltas injustificadas el apoyo monetario se les cancela, no se les niega la consulta ni tampoco se les cobra ésta, pero dejan de recibir el apoyo económico. Lo mismo sucede con las becas que reciben los niños y adolescentes al asistir a la escuela, si faltan a ésta o a las consultas, la beca se les retira, de igual forma, si las titulares faltan a las pláticas de autocuidado de la salud.

Pertenecer a Oportunidades facilita el acceso a otros programas, como el seguro popular, ya que el trámite lo hacen los responsables del mismo. Algunos de los beneficios a los que tienen acceso las beneficiarias de Oportunidades son: mayor control sobre la salud, medicamentos y consultas gratuitas, información sobre temas de salud, chequeos médicos, apoyo económico para gastos escolares. Sin embargo, para las entrevistadas pertenecer a

Oportunidades significa principalmente recibir un apoyo económico, éste sirve para comprar los útiles de los niños que acuden a la escuela.

No gasto pa llevar los niños al doctor ni nada de eso, y pues nomás eso es lo único que veo, ¿qué es lo bueno?, pues que es una ayuda pa uno, pues la feriecita que le dan es una ayudita para comprarle pa la escuela a los niños y pues si (Lola)

Al cubrir el programa estos gastos, hay menos presión económica para las beneficiarias, que de otra forma no podrían realizar. Que la atención médica no tenga costo y que el trámite de algunos programas como el Seguro Popular sea gratuito, lo identifican también como otro de los beneficios que se adquieren al estar en Oportunidades.

Pláticas del autocuidado de la salud

Asistir a las pláticas sobre el autocuidado de la salud es otra de las corresponsabilidades señaladas en el componente de salud del programa. En Estación Pesqueira las beneficiarias de Oportunidades están organizadas en cuatro grupos, cada uno recibe la plática un martes de cada mes. Estas se efectúan los martes a las 12 del día, a un costado del centro de salud. Las inclemencias del tiempo y los ruidos propios del exterior hacen que la plática transcurra entre interrupciones y distracciones. Estas charlas regularmente las imparte la enfermera, en ocasiones la acompaña el médico, y a partir del 2007 se integró una psicóloga a este equipo de trabajo, y es ella quien está encargada de preparar e impartir las pláticas. La dinámica es la siguiente: todas las participantes se reúnen frente a la persona que brindará la plática, las mujeres ubicadas en la parte de atrás, comentan sobre el tema o sobre otras cosas con aquellas que tienen a un lado. En ocasiones la enfermera se ve en la necesidad de llamar la atención a las asistentes que están platicando.

El manejo de la información que se transmite no siempre es accesible a todas las participantes, ya que algunos términos son muy técnicos, además de ser unidireccional, pues

aunque hay mujeres que hacen preguntas o afirman con ejemplos que lo que les recomiendan está bien, la participación de las mujeres es escasa. A esto se le suma una vez más la barrera del lenguaje, pues no todas las beneficiarias indígenas tienen un manejo del español que les permita comprender lo que se está diciendo. Durante las pláticas se les informa a las mujeres sobre la importancia de realizarse la DOCaCu como un medio para prevenir el CaCu. En este espacio el personal de salud enfatiza que de no practicarse el Pap, corren peligro de perder el apoyo económico. El tema del CaCu y el CaMa (Cáncer mamario) se aborda en estos talleres, éstos son definidos como enfermedades peligrosas, por lo que es importante revisarse si se presentan ciertos síntomas.

Pues dicen que la enfermedad esa (el cáncer) es muy peligrosa, que tiene que hacerte exámenes, que limpiemos la casa y que este que, asistir a las pláticas. Le dicen todo que revise uno todo, se va ir a examinar uno si siente mal uno, y también el cáncer ese que es lo más preciso para ellos. Si ahí, ahí es donde obligan a la gente pues” (a hacerse el Pap. (Marta)

Hay que prestar atención a esta última parte, por un lado a las mujeres les dan pláticas sobre el autocuidado de la salud donde se pretende enfatizar el aspecto preventivo, pero al mismo tiempo hablan de los síntomas como la señal necesaria para acudir a revisión. Es decir, les hablan del CaCu como una enfermedad peligrosa incluso mortal, de la cual pueden prevenirse a través del Pap, pero en el mismo discurso les sugieren acudir al médico cuando se sientan mal, no antes a una simple revisión, sino cuando los síntomas son evidentes.

Reuniones mensuales para las beneficiarias de Oportunidades

Las reuniones mensuales se llevan a cabo los viernes en el salón ejidal, el cual se encuentra ubicado en la calle principal de la localidad. En ellas se tocan temas de interés para todas las beneficiarias: si hubo un retraso en la entrega de los apoyos, eventos destinados

para reunir dinero como rifas, venta de boletos, elaboración de comidas, cuyas ganancias ayudan a adquirir insumos para el centro de salud, o para la organización de fiestas como las posadas que se realizan en diciembre.

En este apartado vimos cuál es el punto de partida de este Programa de Desarrollo Humano: brindar herramientas a las familias que se encuentran en pobreza extrema. Aunque se sigue un procedimiento establecido a nivel federal para inscribir a las familias al Programa, las informantes consideran que se debe a una cuestión de suerte poder pertenecer a Oportunidades, en este mismo sentido después de que se hace la evaluación para ver si seguirán con el programa o no, las informantes no tienen claro por qué les “quitan” el apoyo, el cual significó una ayuda mientras lo tenían pero en algunos casos no modifico radicalmente su situación económica, por lo que no saben por que se los retiran si aún lo necesitan. Y precisamente sobre los beneficios de pertenecer a Oportunidades las informantes señalan el apoyo económico como el principal, el cual destinan a los gastos de salud y educación.

En cuanto a la atención a la salud, podemos ver que este servicio está más organizado y sistematizado entre las mujeres que pertenecen a Oportunidades. Sin embargo en la mayoría de las ocasiones acuden a las citas familiares, al Pap, a las pláticas o a las reuniones mensuales para cumplir con los lineamientos que marca el Programa.

Acerca de las pláticas que ofrece el programa sobre el autocuidado de la salud podemos ver que la mayoría de las veces sólo informan, más no educan y aunque el solo hecho de recibir información representa una gran ventaja frente a otros sectores de la población, por ejemplo entre las mujeres que no tienen este programa, la información no es suficiente y hace falta más claridad y mayor participación.

Como ya hemos visto el PDOCACU está dirigido a la población femenina, su objetivo es la disminución de la mortalidad por CaCu a través de la detección oportuna de éste. En Estación Pesqueira, el IMSS y la SSA realizan la DOCaCu, sin embargo, es la SSA la que mayor demanda presenta y, por lo tanto, la encargada de practicar el mayor número de citologías cervicales en la localidad.

Datos del concentrado de citologías 2005 de Estación Pesqueira

La enfermera encargada del Programa Oportunidades es la responsable de llevar un concentrado de las citologías cervicales que se hacen en el centro de salud, en éste se incluyen los estudios practicados a beneficiarias de Oportunidades, y a aquellas realizadas a la población abierta. Anotar estos registros es responsabilidad de la persona que practica la prueba, estos registros se envían al CAPS en el departamento de salud reproductiva.

Los datos que se anotan son los siguientes: Número de registro, nombre, edad, fecha en que le hicieron el Pap, domicilio, número de expediente si cuenta con él, resultado del Pap, en éstos se expresa si fue negativo, o positivo a displasia leve (NIC I), displasia moderada (NIC II), displasia severa (NIC III)²⁶ o VPH si acude por primera vez o es subsecuente, y en algunos casos fecha en que se entregaron los resultados. El personal permitió el acceso a los registros antes mencionados y los datos fueron capturados y analizados con el programa computacional SPSS. El análisis arrojó la siguiente información

En el año 2005 aparecen 207 registros de citologías cervicales realizadas, 5 de estos registros no cuentan con el dato sobre la edad. De los 202 restantes se obtuvo la información

²⁶ Las siglas NIC corresponden a la nomenclatura: Neoplasia Intraepitelial Cervical, propuesta por Richard y colaboradores en 1967 quienes clasificaron las alteraciones celulares dependiendo del grosor del epitelio afectado de la siguiente manera:

NIC I: Displasia leve. Un tercio de la capa celular afectada.

NIC II: Displasia moderada. Dos tercios de la capa celular afectada.

NIC III: Displasia severa y Carcinoma In situ. Toda la capa afectada. (Olivas, 2004)

siguiente: la mujer más joven a la que se le practicó el Pap tenía 16 años, mientras que la de mayor edad fue de 77 años. La edad en que las mujeres habitantes de Estación Pesqueira se realizan el Pap con mayor frecuencia es a los 30 años y la edad promedio en que las mujeres de Estación Pesqueira se hacen el Pap es a los 35 años. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Frecuencia de edad en que se hicieron el Pap en Estación Pesqueira durante el 2005

Frecuencia	Edad
<i>Media</i>	35
<i>Mediana</i>	33
<i>Moda</i>	30
<i>Edad mínima</i>	16
<i>Edad máxima</i>	77

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de datos de las citologías cervicales realizadas en el Centro de Salud de Estación Pesqueira.

Sobre si era la primera vez que acudían al Pap o se la habían practicado en otra ocasión, de las 207 citologías realizadas, solamente en 139 aparece este dato El 21.6 %, es decir, 30 mujeres se hicieron el Pap por primera vez en el 2005, mientras que 109 usuarias, de los casos analizados, lo que representa el 78%, se habían hecho el Pap en otra ocasión. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia del Pap en Estación Pesqueira durante el 2005

	Primera vez	Subsecuente	Total	Sin dato	Total
<i>Frecuencia</i>	30	109	139	68	207
<i>Porcentaje</i>	14.5	52.7			
<i>Porcentaje válido</i>	21.6	78.4			

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de datos de las citologías cervicales realizadas en el Centro de Salud de Estación Pesqueira.

En cuanto a los rangos de edad y su relación con la práctica de DOCaCu encontramos que durante el 2005 en el centro de salud de Estación Pesqueira 7 usuarias entre los 20 y los 24 años de edad se realizaron el Pap por primera vez, recordemos que la población a quien va dirigido el PDOCACU es aquellas mujeres que se encuentran entre los 25 y los 64 años. Así que parece adecuado que sean las edades antes mencionadas cuando las mujeres inician con su práctica de DOCaCu. De las mujeres que se hicieron el Pap de manera subsecuente encontramos un mayor número en el grupo que va de los 30 a los 34 años, con 25 usuarias que acudieron a dicha prueba. (Ver tabla 4)

Cabe destacar que sólo 7 mujeres entre los 45 y 49 años se hicieron el Pap de manera subsecuente. Y después de los 55 años el número de mujeres que acude a la práctica de DOCaCu disminuye, esto puede explicarse de acuerdo a la literatura porque las mujeres han entrado en la menopausia y tienen menor contacto con los servicios de salud pues ya no tienen hijos pequeños a quienes llevar a atención médica. Además para el año analizado, no hay registros de mujeres que después de los 50 años se hayan hecho el Pap por primera vez, lo cual suena razonable pues se esperaría que la primera prueba se la realizaran a edades más tempranas. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Grupos de Edad y Frecuencia del Pap en Estación Pesqueira en el 2005

Grupo de Edad	Primera vez	Subsecuente	Total
15-19	4	2	6
20-24	7	12	19
25-29	4	18	22
30-34	4	25	29
35-39	6	21	27
40-44	3	12	15
45-49	1	7	8
50-54		9	9
60-64		1	1
65-69		1	1
55-59		2	2
Total	29	110	139

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de datos de las citologías cervicales realizadas en el Centro de Salud de Estación Pesqueira.

Acerca de los resultados, de las 207 citologías cervicales analizadas sólo 65 contenían el resultado del Pap. Entre ellos se encontraron cinco casos de displasia, de los cuales uno es displasia leve, dos son displasia moderada, y otros dos son displasia leve y VPH. A decir de la encargada de Oportunidades a estas cinco mujeres se les debió haber notificado sobre los resultados y debieron estar en tratamiento.

Tabla 5. Resultados de citologías cervicales en Estación Pesqueira para el 2005

Resultado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
<i>Negativo</i>	59	27	92
<i>Displasia leve NIC I</i>	1	.5	1
<i>Displasia moderada NIC II</i>	2	.9	3
<i>Displasia leve NIC I y VPH</i>	2	.9	3
<i>Total</i>	64	30	100
<i>Sin dato</i>	143	67	
<i>Total</i>	207	100	

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de datos de las citologías cervicales realizadas en el Centro de Salud de Estación Pesqueira.

Tras analizar los datos que aparecen en el concentrado es muy notoria la falta de organización y sistematización de los datos, por ejemplo, en la mayoría de los casos no aparecía el resultado del examen, en algunos casos los nombres estaban repetidos, o no se había anotado la fecha en que se hicieron el Pap.

Ahora la pregunta es ¿qué pasa con todos aquellos registros que no aparecen?, ¿qué pasa si se encontraron algunas de estas anomalías y las mujeres nunca fueron notificadas? Es evidente la falta de orden y sistematización en este registro, claro que no es sólo responsabilidad del personal de salud que labora en el centro, pues dado lo numeroso de la población, los recursos humanos son pocos para brindar atención adecuada a los usuarios.

La enfermera responsable del registro de esta información explicó que probablemente el resultado estaría anotado en el expediente de la paciente, o que no había llegado, o se informó a la paciente sobre el resultado, pero no se anotó en la libreta, de cualquier forma no pudo dar muchos detalles pues, en el año 2005 era otra la persona responsable de esa actividad.

La DOCaCu entre las beneficiarias del Programa Oportunidades

Actualmente en el centro de salud de la localidad se practican entre 50 y 60 pruebas de detección oportuna al mes aunque la secretaría de salud exige cubrir una cuota de 100 al año, misma que el personal de enfermería que labora en el centro de salud considera baja debido al número de mujeres en edad reproductiva, y al número de migrantes que llegan a la comunidad. El personal de salud se enfrenta a problemas de falta de material y coordinación con el laboratorio estatal, ya que la entrega de resultados es tardada aunque la toma se realice en los tiempos señalados, es decir, hacen un gran número de detecciones, pero los resultados de éstas no son recibidos, o no en el tiempo deseado, lo que complica el seguimiento y la atención oportuna a las mujeres que se les detectó alguna anormalidad.

Es importante señalar que la DOCaCu no está contemplada como una de las corresponsabilidades dentro del programa, sin embargo, el personal del centro de salud se muestra acorde con difundir la idea del Pap como una práctica obligatoria entre las beneficiarias de Oportunidades cuya consecuencia sería la pérdida del apoyo económico que reciben por parte del Programa. El personal del centro de salud considera esto como una estrategia para “concienciar” a las personas sobre la importancia de la prueba de DOCaCu, aunque la intención última no es que vayan en contra de su voluntad. La Norma Oficial

señala que la prueba deba realizarse cada tres años²⁷ sin embargo, en el centro de salud se realiza cada año.

Según expresa el personal de salud al ser Estación Pesqueira una zona rural con población migrante, donde el bajo nivel escolar, las diferencias culturales, la movilidad de la población, es más fácil que las mujeres de Oportunidades estén al día con el Pap en comparación a la población abierta, pues hay mayor control en este servicio, se recuerda en cada oportunidad, esto a decir de la actual encargada del Programa (Entrevista a enfermera encargada de Oportunidades, 13 noviembre 2006).

En el centro de salud se aprovechan todas las oportunidades para invitar a las mujeres a realizarse esta prueba: “Señora ¿ya te hiciste la prueba de cáncer?”, le preguntan cuando va a alguna consulta médica o cuando lleva a sus hijos a revisión. Si la respuesta es afirmativa se coteja con su expediente, de lo contrario el personal médico le señala las condiciones en las que tiene que acudir para hacérsela y se le programa una cita. Los requisitos²⁸ solicitados a las beneficiarias de Oportunidades en el centro de salud para realizar esta prueba son: acudir al quinto día después de terminado el período menstrual, dejar pasar tres días sin relaciones sexuales, no tener infección vaginal, no estar embarazada²⁹, no haberse aplicado lavados vaginales, duchas vaginales, pomadas o tratamientos de ningún tipo y acudir bañada.

Cumplir con estos requisitos no es nada sencillo. Aplazar las relaciones sexuales no es sencillo, ya que no en todos los casos pueden decidir sobre esta práctica, por ello es difícil

²⁷“La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer... Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos” (SSA, 1998:34)

²⁸ Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer, y que no esté menstruando, eliminándose otras barreras de los servicios y de las usuarias (Secretaría de Salud, 1995).

²⁹ En caso de que hayan estado embarazadas o les hayan hecho cesárea la fecha se puede recorrer un poco. Aunque no está contraindicado tamizar a mujeres embarazadas, los prestadores de servicios prefieren esperar a que nazca el bebé para practicar el Pap, esto como medida de seguridad para el bebé y la mujer embarazada.

que los días de abstinencia sexual coincidan con los cinco días que se pide dejen pasar tras terminado el periodo menstrual. Ir bañada y sin infecciones es otra cuestión que no siempre está en manos de las usuarias, pues el agua escasea y hay quienes van después de terminar sus actividades dentro del hogar sin tener tiempo para bañarse y contrasta con la información establecida en la Norma Oficial la cual como único requisito establece que la mujer no esté menstruando precisamente se eliminaron las otras indicaciones para que no se constituyeran en barreras al momento de acudir al Pap.

Una vez en la sala donde se realizan las citologías cervicales, a la mujer “se le explica el procedimiento, lo que se necesita, lo que va sentir, porqué es molesto... aparte le haces un interrogatorio, el que es muy personal, que es muy íntimo el interrogatorio que le haces, este se trata de su historial sexual ¿no?... tienes que buscarle la manera a la persona de que, la confianza para que te diga a qué edad inicio su vida sexual, a qué edad tuvo su primer hijo, cuántas parejas sexuales ha tenido. Son cosas muy delicadas, pero igual son parte importante para el resultado” (13 Noviembre 2006, entrevista a enfermera encargada de Oportunidades). El procedimiento debe quedar muy claro antes de realizarlo. En caso de que la mujer no hable español el personal de salud acude a una traductora que por lo general acompaña a la mujer. Si la traductora o la paciente no tienen completamente claro el procedimiento, éste no se realiza.

Al finalizar se les explica que después de un mes acudirán al centro de salud por los resultados, en caso de alguna eventualidad la persona que realiza la prueba hace una indicación de “urgente” en el apartado de observaciones de la orden que se envía, y se lo hacen saber a la señora, le explican qué situación encontraron durante el examen. Los resultados tardan aproximadamente un mes en llegar y una vez que son entregados por el laboratorio y en caso de salir alguna anomalía en el Pap alguna situación urgente, como

alguna displasia, imagen del VPH o alguna infección fuerte, hacen una visita domiciliaria para informar a la mujer su situación.

Los resultados son entregados y explicados a las mujeres y las que obtuvieron resultados positivos son referidas al CAPS donde el centro de salud ha concertado una cita con el ginecólogo quien le hará una revisión y la canalizará al servicio correspondiente. Seis meses después de ser dada de alta acude al centro de salud a realizarse otro Pap. En caso de que la mujer no acuda a la cita programada se hace una nota en el expediente “se hizo una nota en el expediente: que no tiene interés la señora, pero ya es parte de su responsabilidad” ahí donde se hace constar qué fue lo que salió en los resultados y lo que se le informó a la paciente, así como su negativa a acudir al ginecólogo (13 Noviembre 2006, entrevista a enfermera encargada de Oportunidades).

La DOCaCu entre la población no adscrita a Oportunidades

En este apartado se describe el procedimiento para realizar la DOCaCu en el centro de salud a la población no adscrita a Oportunidades.

La mecánica es básicamente la misma. En el centro de salud se pide a las mujeres que acudan cuando no están menstruando, cinco días después de haber terminado su período menstrual, dejar pasar tres días sin haber tenido relaciones sexuales. Los requisitos para realizar el Pap, antes mencionados, los establece la Norma Oficial, cabe señalar que ésta se modificó en 1994, y a partir de entonces sólo se pide que la mujer no esté menstruando, cuestión que no es mencionada por ninguno de los miembros del personal de enfermería, quienes siguen pidiendo la abstinencia sexual por tres días. Se les pide que de preferencia hagan cita o acudan después de las 11 de la mañana, sin embargo, si alguien solicita el servicio le hacen el Pap sin previa cita no siempre pueden organizar los días y acordar una cita, así que acuden en el momento en que tienen tiempo o que pudieron faltar al trabajo.

Cuando una mujer acude a realizarse el Pap, el personal de salud le habla sobre el CaCu y el cáncer de mama. Además, se llenan dos cuestionarios uno para cada tipo de cáncer, en ellos vienen datos generales y preguntas sobre los factores de riesgo especificados en la Norma Oficial. Entre los que se encuentran el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual. Se indaga sobre su situación ginecológica, si es menopáusica, o está en tratamiento de climaterio, la fecha de la última menstruación, y métodos anticonceptivos que utiliza.

Posteriormente le explican que será necesario se desnude de la cintura para abajo y se ponga una bata, y se coloque en posición ginecológica, como si fuera a tener un bebé, le explican. Le dicen que el procedimiento es molesto, más que doloroso y que toma poco tiempo realizarlo. Le muestran los instrumentos para que verifique que vienen cerrados. Esta medida de seguridad e higiene es importante, pero podría ser también una fuente de información sobre el instrumental a utilizar, sin embargo, por la forma en que relatan los prestadores de servicio y las mujeres tamizadas en esta práctica, pareciera que no hay tiempo para que las mujeres observen detenidamente los instrumentos y se familiaricen con ellos. Una vez que la persona se encuentra tranquila inician el procedimiento, si la mujer está nerviosa o angustiada se esperan hasta que se calme. En la prueba utilizan el espejo vaginal y la espátula con la que toman la prueba, la colocan en la laminilla la fijan con cito spray, le anotan un número consecutivo, las iniciales de la persona y la fecha de la toma³⁰.

A decir del personal de enfermería, las mujeres acuden temerosas a realizarse el Pap por miedo de tener cáncer. Otras barreras son la vergüenza y la “cultura”, ya que las parejas no están de acuerdo con la prueba. En su mayoría las usuarias desconocen el CaCu y el Pap,

³⁰ El entrenamiento sobre la toma de la prueba es parte de la preparación académica de los enfermeros y enfermeras. También reciben actualizaciones por parte de la secretaría de salud como modificaciones en el tiempo para tomar la muestra, ponerla en el portaobjetos y fijarla, por ejemplo ahora tienen 5 segundos para realizar este procedimiento.

pues en los lugares de origen no es muy difundida esta práctica y al parecer no perciben los efectos secundarios, por ejemplo, las parejas de las mujeres expresan: “en mi pueblo a las mujeres no les hacen eso y no se enferman de cáncer”. Es importante señalar que bajo ninguna circunstancia se obliga a la usuaria a realizarse la prueba, se platica con ella sobre los riesgos de no hacérsela, pero es su decisión hacérsela o no (entrevista a enfermero, 16 abril 2007). La falta de información es una barrera importante en el acceso al Pap, aunado a la poca promoción que se le hace de la práctica las mujeres no acuden porque no la conoce, no sabe cómo es. La población que no pertenece a Oportunidades está desprotegida, pues hace falta promoción, tiempo y calidad para atenderles. La vergüenza para hablar sobre temas sexuales está presente, aunque hay mujeres a quienes les surgen dudas sobre el tema, no todas preguntan al respecto.

Las pasantes de enfermería que realizaron su servicio social en el centro de salud de Estación Pesqueira se percataron de lo siguiente: observaron que en ocasiones las mujeres acudían al centro pidiendo se les hiciera la prueba y muchas veces no iban en “condiciones”, es decir, no cumplían con los requisitos antes mencionados. “Mucha gente no sabe, no viene porque no conocen el Papanicolaou, no conocen la prueba, se quedan pensando les preguntas si se han hecho el Papanicolaou o la prueba del cáncer, pero no saben que es matriz ni vulva, entonces le preguntas ¿tuvo sus hijos por abajo?, porque como los tienen en sus casas, pues nimodo de decirles se acuerda cuando tuvo a su bebé, pero no saben, la gente no sabe, su cultura, la ignorancia, no saben”. Las estudiantes estuvieron informando sobre el Pap, agendaron citas y realizaron citologías cervicales en el centro de salud, intentando cubrir la población que Oportunidades no abarcaba; fueron a las casas de estas mujeres, dieron pláticas sobre el tema en una de las primarias del poblado a las madres de familia, y en el

centro de salud a las personas que esperaban ser consultadas (notas del diario de campo 13 y 25 de septiembre de 2006).

Podemos ver que la DOCaCu se realiza prácticamente de la misma manera a las mujeres de Oportunidades y aquellas que no cuentan con dicho Programa; los requisitos que les piden son los mismos y la práctica se realiza de la misma manera, sin embargo, existen algunas diferencias que tienen que ver con la difusión de la información, la entrega de resultados y la organización y el cuidado que se pone al atender a la población. Por ejemplo en Oportunidades se sigue más de cerca de quien se ha hecho el Pap, la enfermera es la encargada de cotejar esta práctica, y aunque para las no adscritas en el Programa, este cotejo debería llevarse con igual cuidado no siempre sucede así. Entre las adscritas a Oportunidades la enfermera les comunica, al inicio del año, cuando tienen que asistir a las pláticas, a la cita médica y por supuesto al Pap. Situación que no sucede entre la población abierta.

Otra diferencia entre estos dos grupos es que a las mujeres de Oportunidades se les explica en distintas ocasiones en qué consiste la práctica de DOCaCu, en las pláticas por ejemplo tienen posibilidad de comentar con otras mujeres los temas que ahí se trataron y aclarar entre ellas algunos puntos que no hayan sido entendidos. Las mujeres que no pertenecen a Oportunidades carecen de esta posibilidad, la información que reciben sobre el tema no está tan organizada, pues se enteran del Pap cuando acuden a consulta, o si les toca estar presentes en las pláticas que se dan en el centro de salud, donde no hay muchas posibilidades de aclarar dudas, pues el espacio y el número de personas ahí presentes no lo permiten.

Podemos ver entonces que aunque son pocas las diferencias de la DOCaCu entre las beneficiarias de Oportunidades y la población abierta, no por eso dejan de ser importantes y

en gran parte responden a la falta de recursos humanos y materiales, a la falta de tiempo y a la gran carga de trabajo que tiene la SSA para brindar este servicio.

CAPÍTULO VI: DESCRIPCIÓN DE LAS INFORMANTES Y SU EXPERIENCIA MIGRATORIA

En este capítulo se hace una descripción general de las participantes, su historia migratoria y lo que ellas consideran los aspectos positivos y negativos de este fenómeno.

En general, la migración de las entrevistadas fue de carácter fundamentalmente económico, todas salieron en busca de trabajo acompañadas por sus hermanas, sus parejas, sus hijos o sus padres de quienes suelen separarse para formar una familia propia. Antes de presentar a cada una, el lector encontrará una tabla donde se resumen datos generales de las informantes como: la edad, el estado de procedencia, ascendencia étnica, los lugares a los que han migrado, y el tiempo de residir en Estación Pesqueira.

Tabla 6. Datos de migración de las Informantes

Nombre	Edad	Lugar de Nacimiento	Grupo Étnico	Edad Primera Migración	Trayectoria de Migración	Años en Pesqueira
<i>Sabina</i>	45	Oaxaca	Zapoteca	27	Oaxaca, Baja California, Sinaloa, Sonora	12
<i>Marta</i>	38	Oaxaca	Zapoteca	16	Oaxaca, Sinaloa, Sonora	19
<i>Lola</i>	32	Hermosillo	Ninguna	NM	No ha migrado	32
<i>Evelia</i>	59	Navojoa	Ninguna	42	Navojoa, San Luis, Pesqueira	18
<i>Dora</i>	42	Veracruz	Náhuatl	27	Veracruz, Sinaloa, Sonora	8
<i>Elizabeth</i>	24	Oaxaca	Zapoteca	No recuerda	Ejutla, Salina Cruz. Ensenada Sinaloa, Sonora	12
<i>Marisol</i>	34	Hermosillo	Ninguna	21	Hermosillo. Pesqueira	14
<i>Sofía</i>	50	Jalisco	Ninguna	21	Jalisco. Sonora	12

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de Datos Generales
*NM: no es migrante

Las mujeres que participaron en el estudio

Sabina

Para contactar a Sabina se utilizó la estrategia “bola de nieve” a través de una vocal del Programa Oportunidades. La informante es originaria de Ejutla de Crespo, distrito de San Andrés Zabache municipio de Oaxaca. Es de ascendencia Zapoteca; tiene 45 años de edad y 12 de vivir en Estación Pesqueira; trabaja desde los 7 años. Debido a las negativas de su madre a dejarla asistir a la escuela, argumentando que tenía que cuidar al ganado, no recibió educación formal por lo que no sabe leer ni escribir. Ha sido jornalera agrícola la mayor parte de su vida, aunque actualmente es comerciante de pasas, y jornalera ocasional. Hasta el momento de las entrevistas (abril, 2007) vivía con su pareja. En total ha tenido tres parejas sexuales. Sabina se embarazó por vez primera a los 18 años; tuvo un total de seis embarazos, cinco de ellos no fueron monitoreados y los partos se realizaron en el hogar. En el último embarazo acudió a revisiones médicas y su hijo nació en un hospital de Baja California. Sabina tiene seis hijos, los dos más pequeños radican en el hogar, asiste uno a la secundaria y el otro al bachillerato, sus otros tres hijos tres radican en Estados Unidos, y una más en Oaxaca. Como método anticonceptivo utilizó inyecciones y en fechas recientes le hicieron la salpingoclasia. En el momento de la entrevista tenía poco tiempo de haber entrado en la menopausia.

En la familia de Sabina hay antecedentes de cáncer en tres mujeres: una de sus hermanas y su madre, murieron a consecuencia de la enfermedad y otra está enferma. En su caso, la migración y la adscripción a Oportunidades fueron factores que le permitieron no sólo el acceso a información sobre la prueba de DOCaCu sino también a su práctica. Es beneficiaria de dicho programa desde hace seis años. Su primer Pap fue en el año 2000 y el más reciente fue en el 2005. En este año le detectaron y trataron una displasia leve y la

infección por VPH, acontecimiento que pudo haber sido fatal. A finales del 2006 la dieron de alta y espera hacerse el siguiente Pap en 2007.

En cuanto a la migración, salió de su pueblo por primera vez a los 27 años; su esposo trabajaba en Oaxaca en una empresa tabacalera y al morir él, ella se fue con sus cuatro hijos a Baja California, donde vivían sus hermanas. Ahí estuvo sólo dos meses, pues la paga era poca y no le alcanzaba el dinero. Al regresar a Oaxaca trabajó en el tabaco hasta que se cerró la planta, entonces partió a Sinaloa donde trabajó en los campos de tomate, ahí conoció al Papá de sus dos hijos más pequeños de quien se separó al poco tiempo. En compañía de sus hijos fue a Baja California donde se reencontró con su última pareja y nació el más pequeño de sus hijos. Una vez más la situación económica la orilló a migrar, esta vez a Sonora, ahí le diagnosticaron un cisticercos en el cerebro por lo que fue a Oaxaca con su entonces marido para curarse. Después de estar en tratamiento por un año regresó a Estación Pesqueira ya sin su pareja, se estableció en esta población debido a la falta de recursos económicos para regresar a Oaxaca.

Marta

El contacto con Marta se dio cara a cara, fue abordada en su hogar. Nació en Ejutla de Crespo, Oaxaca, es Zapoteca; tiene 38 años y 19 de vivir en Estación Pesqueira. Por cuestiones laborales abandonó la primaria siendo aún muy chica, sabe leer y escribir. Se emplea como “raitera” y es jornalera ocasional; está casada, ha tenido una sola pareja sexual. Su primer embarazo fue a los 17 años, tuvo tres hijos, y todos sus partos fueron atendidos en el hogar. Al día siguiente del alumbramiento acudía a revisión médica en alguna clínica de la SSA. Tiene dos hijas y un hijo, los tres viven con ella, las dos mujeres estudian: la más grande enfermería y la menor la secundaria, el varón trabaja en el campo. Actualmente no utiliza ningún método anticonceptivos, por algún tiempo (no recuerda cuánto) utilizó

pastillas, pero las dejó porque se fastidió de tomarlas. Ninguno de sus familiares ha padecido cáncer. Es beneficiaria del Programa Oportunidades desde hace cuatro años y desde entonces se hace el Pap. Antes de pertenecer al programa no había escuchado hablar del Pap ni se lo había hecho. Su primer Pap fue en el 2003 y el más reciente en el 2007.

Sobre la migración, Marta no recuerda la fecha exacta en que salió de su localidad por primera vez, probablemente haya tenido 17 años, pues ya había nacido su hija mayor. Salió de Oaxaca rumbo a Sinaloa en busca de trabajo con su esposo y la familia de éste. Vieron la oportunidad de mejorar su condición de vida en los camiones que llegaron a su pueblo. Fue migrante temporal durante tres años, trabajaba seis meses en Sinaloa en los campos de tomate, ahí vivía en las “galerones”³¹ hacinada junto con otras familias y luego regresaba a Oaxaca. Animada por familiares que trabajaban en los campos de la uva de Estación Pesqueira decidió probar suerte en ese lugar. Después de poco tiempo, su marido, y la familia de éste, consiguieron un solar donde ahora está su casa, la cual habita en compañía de su marido, sus hijos y sus suegros.

Evelia

El contacto con Evelia se dio a través de las reuniones mensuales del Programa Oportunidades, es originaria de Navojoa y no pertenece a ningún grupo étnico. Vive en una ladrillera cerca de Estación Pesqueira con su pareja; de viernes a lunes habita en el pueblo con la hija más chica de su pareja y el marido de ésta. Tiene 59 años de edad y 18 de vivir en esta comunidad. No terminó la primaria y sabe leer y escribir. En el momento de las entrevistas no trabajaba fuera del hogar, aunque se ha desempeñado como empleada de una tortillería, cuidadora de niños pequeños, y jornalera agrícola. Ha tenido dos parejas sexuales.

³¹ Los galerones es el lugar donde viven los jornaleros dentro de los campos.

Su primer embarazo fue a los 16 años, sin embargo su primer hijo nació cuando ella tenía 18 años, pues sufrió tres abortos. Tuvo un total de siete hijos, todos los partos fueron vaginales, seis de ellos fueron atendidos en el IMSS. Utilizó pastillas anticonceptivas por 6 meses aproximadamente y también el DIU, actualmente no utiliza ninguno, es menopáusicas. En su familia no hay antecedentes de cáncer. Tiene aproximadamente cinco años de ser beneficiaria del Programa Oportunidades; se ha practicado el Pap en varias ocasiones, el primero fue en el año de 1970, en el IMSS pues en ese entonces su marido estaba asegurado, y por lo tanto, acudía a esta institución a atender sus partos. En ese entonces su de DOCaCu era semestral. Sin embargo, tras perder este servicio dejó de hacerse el Pap. En el 2002 retomó esta práctica debido a su afiliación a Oportunidades, ahora se la hace cada año. El más reciente fue en el 2006.

Sobre la migración, Evelia viajaba a los poblados de la sierra de Sonora a trabajar, recorrió San Luis Río Colorado, Carbó y Estación Pesqueira acompañando a su marido en busca de trabajo. Al separarse de él, decidió trabajar en los campos de este último poblado. Llegó en tren con sus hijos, sin embargo al ver que no podía cuidarlos y trabajar, los regresó a Navjoa donde ellos vivirían primero con una hermana y luego con su pareja anterior. Fue difícil para ella dejar a sus hijos a quienes veía cada mes o si podía cada quince días. Rentaba una casa cerca del panteón y trabajaba en los campos aledaños a la localidad, hasta que se unió a su actual pareja y se fue a vivir con él.

Lola

El contacto con Lola se dio cara a cara en las afueras de su hogar. Es originaria de Sonora, y toda su vida ha vivido en Estación Pesqueira. No pertenece a ningún grupo étnico. Tiene 32 años. Es analfabeta, pues su mamá no la dejó ir a la escuela ya que estaba al cuidado de sus hermanos más pequeños y desde muy joven ingresó a los campos de cultivo.

Al momento de la entrevista se desempeñaba como jornalera agrícola en un campo situado a 20 minutos de la localidad. Es casada y ha tenido una pareja sexual. Tuvo 6 embarazos, todos los partos fueron vaginales, en cada uno recibió atención médica; utilizó pastillas anticonceptivas durante un año e inyecciones por cuatro meses, sin embargo estas últimas no fueron efectivas pues “salió embarazada” mientras las utilizaba. Fue en el último parto cuando le practicaron la salpingoclasia, pues ya no quería tener más hijos. No hay antecedentes de cáncer en su familia. Hace tres años que es beneficiaria del Programa Oportunidades. En las pláticas de autocuidado escuchó hablar del Pap de manera formal, antes de pertenecer al programa había escuchado comentarios sobre la prueba, pero no se la había hecho. Ahora se la hace cada año. Su primera experiencia fue en el 2003 y la más reciente en 2004. La falta de práctica en años posteriores responde a que estuvo embarazada.

Dora

El contacto con Dora se dio cara a cara. Es de Tatahuicapan de Juárez Veracruz, y de ascendencia Náhuatl. Tiene 42 años de edad y ocho de vivir en Estación Pesqueira. Es analfabeta. Al momento de la entrevista no trabajaba debido a problemas de salud, sin embargo se desempeña como jornalera agrícola la mayor parte del tiempo. Es casada, ha tenido una sola pareja sexual. Su primer embarazo fue a los 14 años, sus 8 hijos nacieron por parto natural, todos atendidos en su casa por una partera. En cuanto a los métodos anticonceptivos tomó pastillas durante tres años y el Dispositivo Intra Uterino (DIU) se lo colocaron a los 35 años, lo utilizó durante casi tres meses, se lo retiraron porque le produjo sangrado. No hay antecedentes de cáncer en su familia. Perteneció al grupo No Oportunidades, se ha hecho el Pap en dos ocasiones. Transcurrieron nueve años entre una y otra. La primera vez que le practicaron el Pap fue en 1998, en Veracruz cuando pertenecía al

IMSS – COPLAMAR³². Debido a sus condiciones de vida, a la migración y a la falta de tiempo, dejó pasar 9 años antes de someterse otra vez a esta prueba, así que su segundo Pap fue en noviembre del 2006, acudió en respuesta a la presencia de síntomas que ya eran imposibles de aguantar. La prueba se la hicieron en el centro de salud de la localidad. Sin embargo, y no obstante que le dijeron que tenía una fuerte infección por lo que su caso sería tratado como urgente, para enero del 2007 aún no le daban los resultados. Al parecer su prueba se perdió, en el centro de salud no especificaron si esto ocurrió en el traslado o en el mismo centro, la cuestión es que desapareció. Esto fue interpretado por Dora, quien ya ha sido señalada por ser migrante por otros miembros de la comunidad, como una cuestión de discriminación, razón por la cual suspendió todo contacto con el Centro de Salud.

Acerca de la Migración, Dora antes de salir de Veracruz, viajó a pueblos cercanos al suyo como Pajapan y Coatzacoalcos en busca de trabajo. A los 27 años se inició como migrante temporal en Sinaloa, donde trabajó en los campos de jitomate por contrato durante dos años aproximadamente. Se enteró de este trabajo a través de los contratistas que llegaban al pueblo. La posibilidad de incorporar a sus hijos en los campos agrícolas los animó a ella y a su marido a cambiar de residencia. En Sinaloa había oportunidad de emplear a la familia entera. Al estar en Sinaloa se enteró de los campos de uva de Sonora y decidió probar suerte en éstos. Para ese entonces sus hijos habían crecido y formado sus familias, así que las ganancias no eran las mismas. Cuando se terminó la temporada en Sonora y quisieron

32 En 1979 el Gobierno Federal conjugó la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), creando un convenio cuyo objetivo fue; otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas. Surge así el Programa IMSS-COPLAMAR. Entre 1985 y 1987 se concreta la descentralización de los servicios de salud a población abierta decretada por el Ejecutivo Federal en 1984. En 14 estados de la República, el Seguro Social transfiere a los Gobiernos Estatales la infraestructura local de servicios del Programa IMSS-COPLAMAR, cuya operación queda circunscrita a los 17 estados restantes (Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas). A partir de 1989 en los 17 estados donde permaneció vigente, se amplió la infraestructura del Programa IMSS-COPLAMAR y se cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad (IMSS, 2006).

regresar a Veracruz no pudieron hacerlo debido a la falta de dinero para el transporte, razón que la obligó a asentarse en Estación Pesqueira.

Elizabeth

El contacto con Elizabeth se dio cara a cara en las afueras de su hogar. Es de Coatecas Altas, distrito de Ejutla en Oaxaca; es Zapoteca. Tiene 24 años de edad y 12 de vivir en Estación Pesqueira. Es analfabeta, pero dice que poco a poco está “aprendiendo las letras”, pues sus hijos la enseñan a leer. Aunque desde muy pequeña ha trabajado como jornalera agrícola, actualmente, se dedica al hogar y al cuidado de sus dos hijos pequeños, ocasionalmente prepara y vende comida a los habitantes de la localidad, en su mayoría migrantes con poco tiempo de haber llegado al lugar. Es casada. Ha tenido una sola pareja sexual. Su primer embarazo fue a los 13 años y ha tenido cuatro hijos todos por vía vaginal. Los tres primeros nacieron en casa y el último parto fue atendido en el hospital. Tiene un año y medio aproximadamente utilizando inyecciones como método anticonceptivo No es beneficiaria del Programa Oportunidades, y nunca se ha realizado la prueba del Pap.

Elizabeth durante su niñez se trasladaba junto con su familia a trabajar a los poblados cercanos a Ejutla de Crespo lugar donde nació. En Salina Cruz vivió 15 años pues su Papá trabajaba en ese puerto. Después de este tiempo se convirtió en migrante golondrina, primero viajó junto con su familia a Ensenada buscando trabajo en el corte del tomate, al término de la temporada viajaban a Culiacán a trabajar también en el tomate. Al final de la cosecha regresaban un par de meses a Oaxaca y luego regresaban a Ensenada, lugar donde conoció a su marido. Después de unirse a él, se fueron junto con la familia de éste a trabajar en los campos de Culiacán. De ahí migraron a Estación Pesqueira, donde se establecieron tras la compra de un solar.

Sofía

El contacto con Sofía fue cara a cara en las afueras de su hogar, es de San José del Tule, municipio de Jalisco. No pertenece a ningún grupo étnico; tiene 50 años de edad y 12 de asentada en Estación Pesqueira; sabe leer y escribir. Actualmente trabaja como jornalera agrícola, aunque también se ha desempeñado como cocinera y empelada doméstica. Se casó hace 12 años y ha tenido una sola pareja sexual. Tuvo dos embarazos, el primero a los 34 años, los dos partos fueron cesárea. En ambos recibió atención médica en el IMSS, pues su marido al desempeñarse como tractorista contaba con este servicio. Nunca utilizó anticonceptivos y hace 10 años le hicieron la salpingoclasia. En cuanto a antecedentes de cáncer en la familia, uno de sus tíos murió a consecuencia de cáncer de garganta. No está adscrita al Programa Oportunidades, y no se ha hecho el Pap.

Sofía empezó a trabajar a los 14 años en los pueblos cercanos a San José del Tule, en las granjas o los cafetales, los campos de jitomate, Papa y jícama. A partir de los 21 años venía a Sonora por temporadas a trabajar por contrato en la poda y el amarre de la uva, también trabajó como cocinera en un campo, y haciendo labores domésticas en la casa de quienes dirigían otro. Al terminó de la temporada regresaba a su pueblo a laborar en los agros de allá. Después de 12 años de ser migrante pendular se asentó en Estación Pesqueira tras contraer matrimonio.

Marisol

El contacto con Marisol se dio utilizando la estrategia “bola de nieve”, a través de su vecina. Es originaria de Hermosillo, no pertenece a ningún grupo étnico. Tiene 34 años de edad y 14 de radicar en Estación Pesqueira. Estudió la secundaria abierta. Actualmente trabaja como jornalera agrícola, aunque también se ha desempeñado como empleada de un minisuper. Vive en unión libre desde hace catorce años y ha tenido una sola pareja sexual.

Tuvo dos embarazos, el primero fue a los 21 años, ambos fueron cesárea. Utilizó inyecciones como método anticonceptivo por 10 meses. Hace 10 años le practicaron la salpingoclasia. Sobre antecedentes de cáncer en la familia, una tía murió de cáncer en la matriz. Se ha practicado el Pap en varias ocasiones. Su primer Pap fue en el año 2000 en el Centro de Salud de la comunidad, acudía cada año a la revisión hasta que en el 2004 le practicaron un Pap en una unidad móvil de MEXFAM³³, ahí le diagnosticaron una infección y le dieron óvulos para tratarla. Tras comparar esos resultados con los que le habían dado en el centro de salud un año antes, se dio cuenta de que era lo mismo, pero en el centro no la trataron, esto la hizo desconfiar de esta institución, considera que en el centro de salud carecen del conocimiento adecuado para hacer e interpretar este procedimiento.

En cuanto al cambio de residencia, Marisol fue unas vacaciones de visita con una tía que vivía en Estación Pesqueira, ahí se asentó tras unirse a su actual pareja quien trabajaba en la localidad y rentaba un cuarto en casa de la tía.

Algunos datos sobre la historia migratoria y el trabajo de las informantes

Como hemos visto, la migración generalmente está relacionada con la situación social y económica de los migrantes. En el caso de las participantes de este estudio la migración tuvo un carácter fundamentalmente económico. La búsqueda de trabajo fue la causa por la que las entrevistadas decidieron cambiar de residencia. Consideraron que como resultado de esta movilidad sus hijos tendrían la posibilidad de acceder a labores remuneradas a temprana edad, lo que constituyó un elemento importante al momento de tomar la decisión. Las

³³ La Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM), es una asociación civil que ha participado en los programas de planificación familiar y brindando servicios integrales de salud reproductiva a la población mexicana.

informantes de los grupos étnicos solían trabajar tejiendo petate³⁴, actividad cansada, laboriosa y mal remunerado; vendiendo artesanías, o se desempeñaban como jornaleras agrícolas en cultivos de temporada. Por su parte, las informantes mestizas se desempeñaban como empleadas domésticas, atendiendo comercios o como jornaleras agrícolas. Gracias a la migración las mujeres de ambos grupos tienen más opciones laborales y trabajo remunerado la mayor parte del año, cuando éste falta utilizan los ahorros hasta que empieza la temporada. “*Acá no se muere uno con el hambre*” explica una de ellas.

Con la finalidad de localizar jornaleros, los productores agrícolas envían camiones con contratistas a las localidades de donde vienen estas mujeres. Es común que de Sinaloa a Oaxaca salgan camiones con jornaleros dispuestos a insertarse en los campos agrícolas de estos estados. Las informantes se enteraron de esta situación a través de familiares migrantes, ellos difundían la información sobre los lugares donde habían trabajado. Los lugares receptores ofrecen un panorama prometedor, una alternativa de vida para salir de la miseria en las que vivían las entrevistadas. Sin embargo, como señala Hernández, aunque el cambio de residencia signifique un progreso “la mejora sólo les alcanza para pasar de la miseria a la pobreza” (2006:234), pues su situación económica y social en Estación Pesqueira sigue siendo marginal.

Antes de salir de su lugar de origen las informantes transitaron por pueblos cercanos al suyo, donde la situación laboral podía ser mejor; después migraron a estados como Sinaloa y Ensenada, donde trabajaban en el cultivo del tomate o la uva. Según fuera la temporada buscaban “hacer la vida” en las entidades antes mencionadas. El nacimiento de los hijos, la presencia de enfermedades graves o la muerte de algún familiar, son ocasión para regresar a

34 La palabra petate tiene sus orígenes en el vocablo Náhuatl *petate*. este se obtiene de la planta de Petate *Thrinax Morrisisi*, es utilizado América Central y México, en la elaboración de diversos artículos. Una vez tejida la palma se utiliza como lona para acostarse, para secar semillas, elaborar sombreros, cestas, aventadores, juguetes.

sus lugares de origen, allá muchas de ellas todavía cuentan con las redes sociales necesarias para que las acompañen y atiendan durante el parto y posparto por ejemplo, situación que no siempre sucede en Sonora donde las redes sociales que han creado no son estrechas.

Aspectos positivos de la migración según las informantes

La migración también tiene aspectos donde interviene positivamente como: un mejor nivel económico, resultado de más empleo, mejor educación y acceso a los servicios. Además les ha permitido relacionarse con otras personas y formar familias. En el caso de Sabina permanecer en su pueblo natal significaría mantener sola a sus cuatro hijos, debido a que había enviudado, sin la posibilidad de unir su vida a algún compañero por afectos o como auxiliar en el sostén económico de la familia.

Ahorita hay mucha gente allá (en su pueblo) de que así está todavía. Gente vergüenzuda. O que ven a gente platicando con un hombre, -¡ay! que esa mujer es mala, critiquen mucho a una mujer así. Todo confunden mal las cosas, que por algo que salgo. Y que hay mujeres que se quedaron viudas jóvenes, jamás buscaron marido. Y esas si dicen: -Esa si es mujer, porque esa si está sola, está aguantando sola, sacando adelante sus hijos, sola ya no buscó marido. (Sabina)

Gracias a la migración sus hijos tienen mayores oportunidades educativas y laborales.

Aquí están estudiando están en la escuela pero allá no se puede, es difícil porque allá no hay trabajo, aquí por el trabajo hay dinero. (Marta)

En algunos casos los descendientes de las entrevistadas, motivados por la misma situación y dada la cercanía con Estados Unidos, intentan cruzar la frontera.

En cuestiones de salud la migración ha influido positivamente en sus prácticas de salud. Ahora acuden con mayor facilidad y periodicidad a los servicios de salud, debido a la cercanía con éstos o la facilidad de acceder a programas como Oportunidades; esta cercanía

con las instituciones de salud, les ha permitido recibir información sobre la DOCaCu situación que no sucedía en su lugar de origen.

Aspectos negativos de la migración de acuerdo a las entrevistadas

Aunque en general la migración significa un beneficio en la salud de las informantes, también tiene aspectos negativos. Su situación socioeconómica se modifica en este proceso, según lo reportado por las mujeres del estudio, sin embargo, no logran alcanzar los beneficios sociales elementales, pues se enfrentan a trabajos mal remunerados, al subempleo, la prostitución y a la economía informal, y por lo general carecen de seguridad social; se ven obligadas a romper con sus raíces, y a vivir hacinadas. Además se enfrentan al rechazo y la discriminación por parte de los oriundos del lugar, lo que les impide formar redes sociales o vecinales. A falta de estas redes las mujeres no tienen con quién encargar a los hijos mientras trabajan en los campos, así que deciden llevarlos con ellas, ahí los pequeños están expuestos al contacto con pesticidas y altas temperaturas. Otras mujeres prefieren dejarlos solos en las casas por lo que el abandono infantil y los accidentes en infantes son frecuentes en la localidad.

Respecto a las desventajas de vivir en Estación Pesqueira, las entrevistadas expresan quejas sobre la violencia en la comunidad, la ineficiencia de la policía, la falta de servicios, en especial del camión recolector de basura que en ocasiones tarda hasta un mes en pasar, como ya se ha dicho. Encuentran diferencias en la frescura de las comidas sobre todo en lo que a carnes se refiere, y se quejan por verse obligadas a comprar alimentos que antes podían cosechar. Esto último lo refieren sobre todo las mujeres de los grupos étnicos acostumbradas a tierras fértiles donde cosechaban variedad de alimentos y criaban animales mismos que

después consumían. Acá no tienen acceso a esa clase de alimentos debido en parte a los precios. Sofía en su narrativa³⁵ expresa lo siguiente:

El marisco allá no se compra, lo cosecha, lo prepara uno, uno mismo lo sacas del mar y sabes que está bien. El pollo está refrigerado y otro sabor. Allá hay puro ganadero vas te llevas un baldecito, te llevas tu litro de leche recién ordeñadita es de vaca, es más buena que la otra. (Sofía)

La alimentación varía, antes era más sencillo acceder a este tipo de alimentos, lo que les proporcionaba una mayor energía para realizar sus labores.

En relación a la salud, entre las informantes, es constante la desesperación frente a la gran cantidad de faenas y el escaso tiempo para realizarlas; se ven obligadas a vivir con dolores constantes o padecimientos crónicos; sus prioridades son trabajar, alimentarse, vestir a sus hijos y educarlos; sufren de la presión, física y anímica. La ansiedad producto de la falta de dinero, los quehaceres y la violencia al interior del hogar es recurrente en la mayoría ellas. Acudir a los servicios médicos implica perder un día de trabajo o tiempo que se necesita para realizar las tareas antes mencionadas. Esto tiene repercusiones no sólo en la calidad de vida en general sino en la salud, pues el agobio de las tareas diarias, las relaciones violentas que experimentan la mayoría y la migración misma, dificultan prácticas saludables o una atención adecuada a la salud. Un ejemplo de ello son las constantes infecciones vaginales reportadas por las mujeres.

Como consecuencia de la migración propia o de sus parejas, las entrevistadas se enfrentan a la posibilidad de contraer ETS, pues se separan de ellos por temporadas cuando se van a Estados Unidos en busca de trabajo. Es una realidad que estas mujeres están en

³⁵ La narrativa permite organizar el lenguaje, es el medio a través del cual las experiencias se clasifican y se expresan en un contexto específico. Gracias a la narrativa la experiencia se convierte en un producto cultural e histórico apropiado para interpretarse.(Rivas, 1999)

constante riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano y otras infecciones, mismas que no son corregidas porque la pareja no es tratada, manteniendo así el círculo infeccioso. Las mismas condiciones de vida en el lugar las obligan a unirse a otros hombres o regresar con los mismos. Estas uniones en algunos casos son producto de la necesidad económica y no necesariamente de los afectos.

En Estación Pesqueira son evidentes las repercusiones que el flujo constante de familias enteras ejerce sobre la demografía de la comunidad, ésta ha experimentado un crecimiento acelerado, y como resultado los servicios básicos son insuficientes. De esta manera, se ha generado una actitud negativa hacia los migrantes. Las entrevistadas están en desacuerdo con la migración debido a la escasez de trabajos. Explican que en algunos campos les dan preferencia a los migrantes del sur, los cuales, a su vez cuando ya tienen tiempo en los campos y cuando hay solicitudes de empleo en el lugar, dan aviso a sus paisanos en primer lugar. Esto molesta al resto de la población, quienes se enteran cuando los lugares han sido ocupados. Lo mismo sucede con el transporte hacia los campos, generalmente los migrantes del sur cuentan con “combis” para transportarse hasta su lugar de trabajo, los lugares los ocupan primero las personas que conocen, y después, si hay espacio, por los oriundos del lugar, corriendo peligro de perder el día de trabajo, pues no hay otro medio de transporte hacia los campos. Lola expresa su molestia por tener que “batallar” para trasladarse.

Enveces sí se me hace mal porque, la mayoría son del sur, los que tienen combis para llevar gente prefieren a su gente, y a nosotros no nos dan, que están acabados, que están llenos y no nos dan. Primero procuran a toda su gente, y a los de aquí pues nos dejan por fuera. Por esa parte batallamos nosotros en el trabajo. (Lola)

Esta falta de medios de transporte genera conflictos entre migrantes y oriundos. Otros conflictos se generan por los apoyos otorgados por parte del gobierno municipal, Las

entrevistadas presuponen que éstos son entregados a los fuereños, privando a los sonorenses de sus beneficios. Evelia manifiesta que los oriundos de Sonora no tienen igual oportunidad de acceso a programas de desarrollo como Oportunidades, porque estos los reciben los migrantes.

Pues lo veo mal, porque la gente de aquí de Sonora, de aquí mismo que no reciben ayuda pues, y estos se apuntan y les toca. Está bien ¿no?, son humanos, son como uno están viniendo a defenderse, o a vivir como uno pues. (Evelia)

En lo que narra Evelia se ve rechazo y discriminación hacia los migrantes, especialmente hacia los indígenas: “son humanos” señala, y aunque reconoce que tienen el mismo derecho de buscar trabajo percibe que privan de estas oportunidades a los oriundos de la localidad. Por otro lado, describen a los migrantes, en particular a los integrantes de grupos indígenas, como personas trabajadoras y unidas. Llegan a casas de conocidos o familiares antes de poder establecerse, ahí “levantan” una casa o compran una “combi” rápidamente.

Primero digo pobres los que llegan ¿no? Y después ¡méndigos! ya traen combis jajaja. Primero sí dan lástima, así los ves primero, y al rato ya traen sus combis. Mucha gente dice pues porque comen puro maíz y chile, pero no es cierto uno los ve en la tienda y se ve que compran todo. No sé en qué estará, yo me imagino, que están muy unidas las familias, se van comprando a uno un día, luego le compran al otro y al otro y al otro. Eso tienen, que son muy unidas las gentes, muchas familias viven en una casa. (Marisol)

Marisol, explica, un tanto sorprendida, cómo estas familias debido al apoyo que se brindan, pueden acceder a vehículos a base de trabajo. La cohesión al interior de estos grupos puede relacionarse con la lejanía de sus estados de origen, por lo que mantener redes sociales y apoyarse mutuamente es una estrategia de sobrevivencia.

Establecerse en Estación Pesqueira puede significar que han alcanzado un mejor nivel de vida, ya no viven hacinadas en los campos, algunas tienen casa propia, otras la comparten con familiares. Las mujeres que participaron en este estudio están asentadas desde hace más

de 8 años en la localidad. Como hemos visto este fenómeno produce gastos que se reparten en transporte y alimentación. Con contrato o sin él habrá que llevar dinero para poder instalarse. Si los ahorros no son suficientes pueden acudir a un préstamo, considerando los intereses que generan dichos préstamos, y el envío de dinero a la familia, el dinero restante es poco. La falta de dinero para el transporte de regreso es otro motivo para asentarse.

El fenómeno de la migración genera relaciones multiculturales. Los migrantes se enfrentan a culturas distintas con normas, valores, y formas de vida diferentes que redefinen no sólo a los que llegan, sino también a los que están. Cuando las entrevistadas regresan a sus localidades de origen ya no se sienten “a gusto”, sus hijos no están acostumbrados al paisaje, el clima, la comida y están deseosos de regresar. Ellas encuentran diferentes las costumbres que algún día compartieron, tienen otra forma de pensar, de hablar, de vestirse, ven la vida de otra manera porque ya salieron. Y aunque en su nueva morada muchas son discriminadas por ser migrantes y además indígenas, han aprendido que este proceso, el de la migración, es necesario para sobrevivir.

CAPÍTULO VII: ALGUNOS EVENTOS DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN, SU RELACIÓN CON LA DOCACU

En este capítulo se analizan algunos eventos de la sexualidad en relación a las RS sobre la DOCaCu en mujeres que habitan en un contexto multicultural y de migración.

En el discurso de las informantes encontramos que la representación social de la sexualidad remite a algo pecaminoso y prohibido y que se caracteriza por estar encaminada a la procreación, negando la sexualidad en su dimensión erótica. Como señala Castañeda (2003) en su estudio con mujeres nauzontecas, cualquier otra expresión de la sexualidad se niega a menos que se advierta el vínculo con la reproducción. Como señala Bellato (2003:26) a las niñas se les inculca comportamientos destinados a construir un “cuerpo- temor y un cuerpo-vergüenza”, el cuerpo femenino es manejado con dispositivos de vigilancia dedicados a conservar la virginidad o encausar la procreación. Las informantes han sido educadas en el temor, la vergüenza y el miedo hacia el cuerpo y sus procesos naturales. De ahí el ocultamiento del cuerpo y el sentir vergüenza ante la necesidad de cuidarse de no provocar los deseos sexuales del hombre, veamos el siguiente ejemplo:

Ella no nos hablaba delante de mis hermanos, ni delante de mi apá, gente de antes ¿no? que eran así. -mira que no te vaya a hacer una panza, que no te arrimes. Es lo que nos decía mi mamá ¿no?, porque a ella le daba vergüenza que nos viéramos nuestros cuerpos entre sí, ella nunca nos dejaba bañar juntas, nunca nos dejaba que una a otra nos viéramos el cuerpo, no tampoco. Y ve que todo mundo tiende su ropita interior ¿no?, ella no, ella nos tendía ocultamente la ropa interior hacía atrás, que no vea ningún hombre la ropa tendida. Porque el hombre era, pues para ella ¿no?, era como el diablo, dice porque ven la ropa tendida y se, y se, los hombres son carajos y eso debe ser oculto, porque el hombre ve las cosas esas y se le mete el diablo, debe ser por no decir otra cosa no, así en plural, para entendernos más. -Ustedes deben tender su ropita atrás y ponerle un trapo blanco encima; le poníamos un trapo blanco encima. Mi mamá era muy oculta, no le gustaba que el hombre se diera cuenta de lo que la mujer usaba. Incluso nosotros nos vestimos la ropa hasta el tobillo, la manga hasta aquí (la muñeca), y el cuello hasta acá (el cuello). Estábamos chiquitas pues, niñas, y así nos vestía mi ama. ¡Que esperanzas que estuviera yo así con pantalones! (Sofía)

En este sentido la sexualidad no fue un tema del que se hablara en los hogares de las entrevistadas. A las informantes les enseñaron a ocultar su cuerpo y a temer a los procesos reproductivos como la menstruación y el embarazo, a considerar la incapacidad de los varones de contener el deseo sexual como algo natural y su vulnerabilidad frente a ellos como inevitable. Esta prescripción de ocultar los genitales y la ropa que los cubre, es decir, todo lo que rodea esta zona prohibida, podría tener severas repercusiones en la práctica del Pap. Si desde pequeñas se les enseña a las mujeres a no mirar el cuerpo propio, ¿cómo esperar que lo conozcan y reconozcan sus cambios y que accedan a que alguien lo explore? pareciera que la mujer es incapaz de ejercer o negarse a ejercer su sexualidad y planificar sus embarazos; son hechos que las vuelven más vulnerables ante los deseos sexuales del hombre, mismos que no puede rechazar, ni él controlar.

Aunque una mujer cuente con información sobre el tema y reconozca el Pap como necesario en la detección de una enfermedad que puede causarle la muerte, esta representación social de la sexualidad siempre está presente, y aunque pudiera ser transformada pareciera que su núcleo es muy sólido y difícil de ser modificado. Así el pudor se constituye como una barrera significativa en la práctica del Pap.

No sólo la sexualidad en su dimensión erótica es tema prohibido, sino también el aspecto reproductivo relacionado con la menstruación y los embarazos. En la siguiente narración el lector podrá apreciar cómo en su hogar el embarazo era una situación vergonzosa, cuando su mamá se encontraba en ese estado hacía lo posible para ocultarlo, seguramente porque era la evidencia de haber tenido relaciones sexuales, a esto agrega el tono burlón en que la “nina” hacía evidente el embarazo de su madre, la vergüenza que le daba a ésta y el afán con que escondía cualquier indicio de su estado.

Tuve una prima que a los 13 años salió embarazada, y a mí en ese entonces, ya ve que antes como era, y me decía -¿Quieres ser como la Ana?, no andes platicando con los hombres, nomás no platiques con los hombres. Yo platicaba con ellos, era delgadita delgadita, platicaba con alguien, un chamaco y ya iba yo tentándome la panza porque platique, llegaba a la casa y me veía, se me figuraba a mí pues, así me decía ella y yo creía que nomás con platicar ya. Nunca me dejó salir con nadie, nunca me dejó salir con muchachas así que supieran ¡noo!, yo me le perdía tantito a mi mamá que fuera así a la casa y ya iba sobre mí y ya me traía. Cuando hacía ropita para los niños chiquitos que iba a tener, ella hacía la ropita, tejían unos cordoncitos y nomás se arribaban así a tejer el cordoncito con el que le amarraban el ombligo - ¡Ay vienen! y guardaban todo y decía váyanse pa allá a jugar ¡órale! Nosotros nunca la vimos embarazada, sabíamos nosotros porque había una “nina” que teníamos que le decía -¡Ah que güera! ¿Ya andas con tus cosas no güera? ¡Ya andas mandando a hacer vestidos! (Evelia)

Vemos que la sexualidad es poco socializada en el ámbito familiar. Como consecuencia, en la mayoría de los casos, se crean barreras para consultar dudas o temores y compartir experiencias. Las participantes en algunos casos externaron el interés de hablar sobre relaciones sexuales con sus hijos e hijas, sin embargo, les da vergüenza, por lo que el tema se sigue abordando como advertencia; infundiendo temores y dejando dudas sin aclarar.

¿Qué implica esto?, implica cerrar la posibilidad de dialogar sobre planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y el compartir experiencias con otras mujeres sobre el Pap. Más adelante veremos la importancia de conocer las prácticas de familiares y amigas así como atravesar por la propia experiencia, en la construcción de las RS sobre la DOCaCu.

Información sobre la menstruación entre las informantes del estudio.

Los temas ligados a la sexualidad y la reproducción son considerados íntimos, de esta manera temas como la menstruación, las relaciones sexuales, los embarazos y los partos son eventos que se viven con miedo y desinformación.

Pues yo sabía porque me daba cuenta en las demás. Tenía primas y ellas si decían de eso,- Que mira que esto y que lo otro nos va a pasar. Y allí jue donde me di cuenta yo,

pero no, no sabía yo de nada pues, porque ellas me platicaban, pero mi mamá nunca.
(Lola)

Las representaciones sociales sobre estos eventos se construyeron a partir de la experiencia propia principalmente. Las informantes no recibieron información en el hogar acerca de la menstruación o los embarazos, se enteraron de estos a través de la propia experiencia, mediante la observación de lo que le sucedía a sus familiares o amigas, o de comentarios poco precisos dados por sus hermanas o primas mayores. En relación a la menstruación recuerdan haberse sentido asustadas y haber llorado ante la presencia del sangrado, no sabían qué pasaba, creían que se habían hecho daño, que se habían lastimado con algo.

A mí nunca me dijo mi mamá nada de esas cosas, yo me asusté mucho, yo no lloré sino que me daba miedo decirle, no hallaba como decirle. Ese día en la mañanita yo me levanté, me fui a la leña con unas tías mías, y allá me miré yo, ya me asusté mucho, dije yo, pues si me hubiera picado con un palo, si hubiera hecho algo me doliera, no me dolía nada, yo llegué a la casa y así andaba, yo no hallaba como decirle, y ella me miró mi ropa manchada y me dijo y me preguntó, que no tenía nada, -No ama, que me cortaría con un palo, o algo, -No, me dijo ella, - ¿No te pasó esto por aquí?, ya le dije que sí, yo tenía 15 años, ya me dijo ella que por eso nos pasaba eso que ya estaba en edad. Yo le decía que no,- Si eso tienes, me decía, No es que fui a la leña y a lo mejor, -No, me decía, -Eso tienes. (Evelia)

Frente a las dudas y los temores que les produjo este evento, la mayoría no tuvo oportunidad de hablar con alguien al respecto. Ahora, cuando reconstruyen la situación no hablan del evento abiertamente, no llaman a los genitales por su nombre “¿no te pasó esto por aquí?” recuerda Evelia que su mamá preguntó refiriéndose al sangrado. Hay que hacer notar que a pesar de estar asustadas y sentir angustia por el sangrado que presentaban y que no podían explicar, quienes acudieron a su madre en busca de alguna respuesta, evaluaron la situación, y se acercaron a ella con temor a ser reprendidas, sabiendo que el sangrado provenía de los genitales no encontraban cómo explicarle a su mamá qué había pasado.

Esto se observa entre las mujeres entrevistadas de mayor edad ya que fueron ellas quienes se refirieron a la sexualidad como algo malo, la primera expresión que hacen acerca de este fue la de la menstruación, las catalogaría a ellas mismas como malas. Ser catalogada como mujer “mala” implicaría el rechazo social

Yo la primera vez, éramos unas chamacas que no teníamos maldad, me senté así con la falda pa arriba, y me dice mi carnala, la más chiquita, -¡Ay tienes sangre en los calzones!, -Tas loca tú, le dije, -No digas eso que mi amá te va a pegar. -Ve al baño, verás, ve al baño. Y fue puro llorar, puro llorar, y me trepé en el palo más alto, lloré y lloré, y -¿Qué tienes?, y -Bájate de ahí. -No, algo me pasó, algo me picó, me picó algo amá, tú me vas a pegar; -No te voy a pegar, bájate de ahí; -Me está saliendo mucha sangre, - Pues bájate, ven. Hasta que ya me bajé, y me fui a esconder porque tenía harta vergüenza. -No me agarró un hombre, no me agarró un hombre, sabe que me pasó; -no, no hija ven, ven yo te voy a hablar. Esto pasa así, no te asustes. Yo no tenía maldad, yo no tenía nada, yo pensé que iba a vivir así siempre yo sin nada, sin ninguna preocupación de nada pues. (Sofía)

En la narración anterior Sofía hace referencia al rompimiento con la inocencia al decir que ella no tenía maldad y cuando vio lo que le ocurría le dio vergüenza. Y a partir de entonces para ella la menstruación significó una preocupación en su vida. La falta de información y el desconocimiento del cuerpo, aunado a los temores, la vergüenza y la falta de comunicación con sus familiares cercanos, genera dudas en las mujeres, dudas que sus madres no pueden aclarar pues ellas mismas carecen de información.

En la narrativa de Sabina habla del miedo que sintió al pensar que el sangrado no se le quitaría y recuerda los reclamos que le hizo su mamá al decirle que la ropa manchada era la evidencia de haber tenido relaciones sexuales con un hombre:

Yo me asusté nomás y así anduve así hasta que se me quitó, tenía miedo. Yo pensé que no se me iba a quitar. Ya hasta después que mi ama me miró manchada, me dijo que alomejor me hubiera metido con un chamaco. Le dije yo -No, le dije -Yo no me he metido con nadie. -¿Por qué andas así? me dijo. Me dijo que así pasaba, pues yo dije yo creo que estaría dormida que no me di cuenta (risas). Me metió ideas y dije ¿cómo? (Sabina)

Aquí se vislumbra la relación entre el sangrado menstrual y el sangrado producido por la ruptura del himen durante la relación sexual. De esta relación resultan las advertencias sobre los “cuidados” que deben tener una vez que se presenta la primera menstruación. Y aunque ésta podría dar pie para hablar de las relaciones sexuales, no sucede así, los comentarios giran entorno a tener cuidado con los hombres, con los deseos sexuales de estos, para que no las “embaracen”.

A pesar de que el sentimiento de vergüenza sigue muy presente las informantes ahora que son adultas y tienen hijas adolescentes intentan, muchas veces sin lograrlo, hablar con ellas, para que estén “preparadas” y no tengan miedo. Son evidentes las dificultades para hablarlo, se acercan a sus hijas para hablar de la menstruación cuando ven próxima la fecha de que este evento suceda, es decir, cuando éstas se acercan a la edad en la que ellas tuvieron su primer período, o aprovechan cuando la hija mayor tiene su menarca para platicar con las más chicas al respecto. En cualquiera de los casos el discurso es el mismo, las “previenen” de los hombres, pues se han convertido en mujeres y pueden “salir embarazadas”, lo que no es abordado con naturalidad pues los miedos ya no son ante la sorpresa del evento, sino ante la posibilidad de embarazarse.

Le empecé a decir mira Lili que esto que el otro, que ya deste bajándole a uno la desament, mens, la regla, le digo, pues ya ¿no?, le digo, que empieza a reglar pues ya, ahí si vas con algún hombre ya sales embarazada y así le empecé a decir. (Lola)

Lola, a pesar de la vergüenza y la falta de información, intenta hablar con sus hijas del tema, supone que éstas recibirán información en la escuela, le advierte qué sucede a partir de la primera menstruación de una mujer, es decir, el embarazo. Por su parte Marisol habla de la menstruación con su hija y sobrinas con mayor naturalidad, está pendiente de cuando “le llegue la regla”, pues ella vivió el evento sin que nadie le explicara nada, y no quisiera que su

hija o sus sobrinas pasaran por lo mismo: “*Me bajó a los 11 años yo me acuerdo que si me asusté... me dio mucho miedo, me puse la toalla al revés*”. (Marisol). No hay que olvidar que Marisol nació y creció en Hermosillo, lo que probablemente le permita contar con mayor información para compartir con sus hijas, aún así las advertencias antes mencionadas están presentes.

Sobre las diferencias en cuanto a hablar de sexualidad en mujeres de los grupos étnicos, ellas señalan que hablar del tema, especialmente con los más jóvenes, representa una falta de respeto. El tema no se toca con la familia y en ocasiones tampoco con los amigos. En el pueblo de Marta hablar de sexualidad es una “grosería”:

Es grosería hablar de eso, y eso no se habla con un menor así (es falta de respeto agrega su hija). Quién sabe por qué, como está la gente, pues así es costumbre que no hablen de eso. La gente así soltera, que se juntan y cada quien sabe sus rollos ¿no?, nadie ni platican ni nada de eso, los que se juntan son los que saben, se enteran. Son costumbre pues, porque si hablas así pues como aconsejando, ese es el costumbre de la gente. (Marta)

Este silencio que rodea a los genitales podría tener repercusiones negativas en la transmisión de experiencias sobre el Pap, es decir, si se considera que hablar de cualquier tema ligado a la sexualidad es incorrecto, pocas mujeres estarían dispuestas a compartir una experiencia que involucre hablar de éstos.

Otra de las diferencias que se pueden apreciar es la relacionada con la vulnerabilidad producto de su origen étnico. Las mujeres de ascendencia indígena se refieren con temor frente al sangrado menstrual:

No, no, nunca, nunca nos hablaban de eso, no pues, se sabía de que muchas mujeres mueren de la menstruación, ya no para, no dejan de sangrar y así se mueren, no, no dejaban de sangrar y así es como cuando escuchamos, -Pues fulano se murió pero porque no dejó de reglar y se murió, nomás eso era lo que sabíamos. (Dora)

Este miedo a morir a causa del sangrado podría estar relacionado con la muerte de las mujeres en los partos, debido a la falta de monitoreo durante los embarazos, la falta de atención oportuna al momento del parto o después de éste. Es importante recordar que como producto de la migración, las mujeres indígenas que tuvieron hijos una vez asentadas en Estación Pesqueira o en alguno de los lugares de destino donde habitaron, dijeron haber recibido atención médica durante el embarazo y parto en alguna institución médica, situación que no se presentaba cuando se encontraban en sus pueblos de origen.

La planificación familiar de las informantes

Ahora se presenta una descripción sobre los anticonceptivos utilizados por las informantes. Así mismo, se exploran las posibilidades de decisión sobre el número de hijos que desean tener a través de la planificación familiar. Antes de entrar en materia se presenta una tabla que resume los anticonceptivos utilizados por las mujeres entrevistadas, el número de parejas sexuales³⁶ que han tenido y quiénes son menopáusicas³⁷.

³⁶ La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, señala como uno de los factores de riesgo para desarrollar CaCu el tener múltiples parejas sexuales (SSA, 1995).

³⁷ La razón para mencionar la menopausia responde a lo reportado en la literatura, cuando se señala que las mujeres en esta etapa acuden poco a las clínicas de salud, y la práctica del Pap es menos frecuente. (Lamadrid, 1996; Benia y Tellechea, 1997)

Tabla 7. Uso de anticonceptivos entre las entrevistadas

Nombre	Utiliza Anticonceptivos	Ha utilizado Anticonceptivos	Parejas Sexuales	Menopausia
<i>Sabina</i>	Salpingoclasia	Inyecciones y Salpingoclasia	3	Si
<i>Marta</i>	Retiro	Pastillas y retiro	1	No
<i>Evelia</i>	Ninguno	Pastillas y DIU	2	Si
<i>Lola</i>	Salpingoclasia	Preservativo, Pastillas, Inyecciones y Salpingoclasia	1	No
<i>Dora</i>	Ninguno	DIU y Pastillas	1	Si
<i>Elizabeth</i>	Inyecciones	Inyecciones	1	No
<i>Sofía</i>	Salpingoclasia	No	1	Si
<i>Marisol</i>	Salpingoclasia	Inyecciones y Salpingoclasia	1	No

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Los datos señalan que la mitad de las mujeres entrevistadas han sido intervenidas quirúrgicamente como medida de planificación familiar, y que la mayoría ha utilizado más de una clase de anticonceptivos. De igual manera la mayor parte ha tenido solamente una pareja sexual, y finalmente cuatro de las 8 informantes eran menopáusicas al momento de las entrevistas, razón por la cual suspendieron el uso de anticonceptivos. Al indagar sobre la planificación familiar con las entrevistadas, hubo un consenso general sobre ciertos aspectos como las molestias que causa el DIU el cual, en ciertas ocasiones, fue utilizado sin éxito, pues produjo sangrados que en algunos casos duraron hasta tres meses. Es recurrente la mención en relación a la poca eficacia de las inyecciones, el deseo de quererse operar después de haber tenido cierto número de hijos y no siempre poder hacerlo, por miedo al procedimiento o porque los médicos con quienes se trataron no atendieron oportunamente esta petición.

Me habían puesto el dispositivo, me lo habían puesto y pues resulta que no, no se si porque me hizo daño, pero el día que me lo pusieron no dejé de sangrar, empecé desde ese día que me lo pusieron, llevaba yo creo dos meses, ya para tres meses que no dejaba de sangrar, y ya después me fui a una clínica que estaba ahí en el rancho, y me dijo la doctora: -No pues hay que quitártelo, te lo vamos a quitar porque a lo mejor no te cayó bien, o hay algo que no te cae bien en lo que te pusimos. Entonces me lo quitaron, y después de que me lo quitaron, pues después ya no tuve bebé. Te digo yo tuve ocho hijos, y tuve este pues no porque lo evité ya sino que me planificaba con pastillas, a veces tenía hasta tres años planificándome con pastillas y cuando las dejaba pues me embarazaba. (Dora)

Lola ha utilizado preservativo, pastillas, DIU, inyecciones y finalmente se realizó la salpingoclasia. Las pastillas le produjeron paño dice que “no le cayeron” razón por la que dejó de usarlas, mientras que con las inyecciones tuvo una experiencia desagradable pues ella sentía que estaba embarazada y aunque se lo comunicó al médico, éste le siguió aplicando las inyecciones para al final culparla por no haberle hecho saber de su estado, pues efectivamente estaba embarazada.

Yo ya quiero que me opere, le dije, -No, me dijo -Cuando ya cumpla un mes el niño vienes a operarte. -No doctor, no voy a venir hasta que vaya a tener el otro, le dije. -No, ya no quiero más, le dije yo, -Apárteme un campo dije y. -Te vamos a tener que dejar unos dos días aquí internada pa' que te opere, -Pues no le hace si tres días me deja aquí internada, pero ya le dije ya son muchos (hijos). Ya pues, ya me estaba cuidando con las inyecciones y según yo muy bien con las inyecciones ya que tenga unos 10 años éste, 11 de perdida y resulta que no, salí (embarazada) con la inyección. -Pues sí muy a gusto ustedes, sí tenlo y te operas le dije (al médico), pero pues uno es la que batalla, ¿porqué no me dijo desde el primer mes?, por eso yo venía, pues si por eso ustedes son doctores, pero si yo -No creo que tú no sepas, ya tienes 5(hijos), me dijo -¿cómo no vas a saber?!, -Pues si yo sabía doctor por eso yo venía con usted y usted me decía que no, que era retraso también como no iba a saber yo cuando le dije que sentía que se me movía algo y usted me dijo que era el mismo retraso que tenía, que era el mismo cochinerero que traía que por eso no me venía le dije. Y que era el retraso y que eso era lo que se meneaba -¿cómo iba a saber yo?! Yo no soy doctor, le dije, -Pero pues si estaba en tu cuerpo,-pues por eso ¿yo le dije!, más enojada estaba yo alegando, me dijo: -Pues ya tenlo y te operas, -Pues si, qué voy a hacer, ya lo traigo pues lo tengo que tener. (Lola)

En la narración de Lola se puede apreciar su molestia por verse obligada a tener un hijo que no había contemplado, su coraje contra el médico que nunca la revisó

exhaustivamente para ver si efectivamente estaba embarazada o no, el enojo de ser reprendida por algo que ella vio venir desde un inicio, es decir, ella en varias ocasiones le dijo al médico que sentía estar embarazada y él nunca la escucho, “si ella sabía” “si ella lo traía dentro”. Se puede apreciar como ella sabía que estaba embarazada y se lo comunicó oportunamente al doctor, éste no le prestó atención, como si ella no estuviera “capacitada” para hablar sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo.

Pareciera que la opción más segura para no tener más hijos fuera realizándose la salpingoclasia, los problemas con el DIU. Elizabeth habla del miedo a someterse a una operación, pues aunque ni ella ni su marido desean tener más hijos, le preocupa qué pasaría si ella se opera y en el proceso de recuperación no puede cuidar a sus hijos pequeños y atender la casa.

Quería operarme, pero después me arrepentí, dije no, me da miedo porque, cómo voy a hacer con ellos, como estaban chiquititos, cómo voy a hacer con ellos si me opero que tal si tengo que hacer lo de la casa, y descansar todo eso, y dije pos no a ver hay otras cosas con qué cuidarse pa no tenerlos y así. Si, él si está de acuerdo con eso. Como ya tenemos 4 niños, ya se nos hace más gasto. Él dice, mira, dice, si vamos a tener más, no los vamos a tener cuidado como están ahorita, nos vamos a descuidar de ellos. (Elizabeth)

Esto que narra la entrevistada fue comentado por otras mujeres. Aquí se puede apreciar que en primer lugar están sus hijos y las labores que tienen que realizar, y después ella y su bienestar. Lejos de evaluar los riesgos de un procedimiento como éste o los beneficios que representa, ella piensa en cómo la operación se interpondría en la realización de sus obligaciones de mamá y ama de casa.

En la tabla que aparece a continuación se detalla por cuánto tiempo las entrevistadas utilizaron anticonceptivos hormonales como pastillas³⁸ e inyecciones, en caso de haber recurrido a ellos.

Tabla 8. Anticonceptivos hormonales

Nombre	Pastillas	Inyecciones
<i>Sabina</i>	No ha utilizado	Un año
<i>Marta</i>	No recuerda cuanto tiempo	No ha utilizado
<i>Evelia</i>	Seis meses	No ha utilizado
<i>Lola</i>	Dos año	Cuatro meses
<i>Dora</i>	Tres años aproximadamente	No ha utilizado
<i>Elizabeth</i>	No ha utilizado	Un año y medio
<i>Sofía</i>	No ha utilizado	No ha utilizado
<i>Marisol</i>	No ha utilizado	Diez meses

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

El lector puede apreciar que ninguna de las informantes utilizó anticonceptivos de este tipo por más de tres años, por los malestares que les ocasionaron y por la escasez de los mismos, lo que explica en parte su baja eficacia.

Para cuidarme para no tener niños me estoy inyectando, sí me inyecto, cada mes voy al centro a la inyección y cuando no hay, hay veces que va uno y no tienen, que no hay, compro en la farmacia. (Elizabeth)

Las informantes que reportaron haber utilizado inyecciones señalan la ineficacia de éstas debido a la falta de control al administrárselas, es decir, la carencia de estos recursos en

³⁸ Un análisis de 2003 la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer encontró un riesgo mayor de cáncer cervical por el uso de anticonceptivos orales. Los datos sugieren que el riesgo de cáncer cervical puede disminuir después de que se dejan de usar este tipo de anticonceptivos (Instituto Nacional del Cáncer, 2004).

el centro de salud ocasiona que su uso no sea según lo prescrito, y resulten embarazos no planeados. Además quienes las consiguen en las farmacias no siempre conocen a la persona adecuada para aplicárselas.

En cuanto a las pastillas reportaron que se les olvida tomarlas, esto pudiera ser un reflejo de cómo la sobrecarga de trabajo no les deja espacio para pensar en ellas. Marta explica que se “enfadó” de tomar pastillas, así que ahora no recurre a ningún método anticonceptivo.

Ay me enfadé de tomar pastillas (risas) acordándose todos los días. Él también, tampoco quería más chamacos, no quería más. Porque para tener bastantes chamacos pa darle el estudio, todo, vestirlo y de comer. (Marta)

La imposición del marido por tener descendencia sólo es mencionada por Evelia a quien amenazaba su pareja “si no le tenía niños”. Lola nunca aclara ese punto, las demás mujeres externaron que su pareja estuvo de acuerdo cuando decidió utilizar algún método anticonceptivo para dar una mejor vida a los hijos que ya tienen.

En este apartado pudimos constatar que para las informantes el uso de anticonceptivos hormonales no representa un riesgo en el desarrollo de CaCu debido a que los han utilizado por poco tiempo. Sin embargo, tampoco constituyen métodos efectivos de planificación familiar, debido a la escasez de estos en el centro de salud, y a que no todas las mujeres cuentan con los recursos económicos para adquirirlos en la farmacia, lo que ocasiona que sean utilizados de manera intermitente y, por lo tanto, sean poco eficaces.

Los embarazos de las entrevistadas.

Aunque se aprueba la sexualidad en su dimensión reproductiva, este tampoco es un tema sobre el que se profundice al interior de los hogares. En relación a los embarazos, las informantes no contaban con información sobre este proceso y el parto, aprendieron acerca

de éste a través de la experiencia con su primer bebé. La edad promedio de embarazo³⁹ entre las informantes fue de 18 años, siendo la más joven de 14 y la más grande de 34; y el promedio de hijos por mujer fue de cinco, siendo la que más tuvo, ocho, y las que menos, dos. A continuación se presenta una tabla donde aparece la edad del primer embarazo, el número de embarazos, el número de hijos. En los casos de Evelia y Sofía hay que aclarar que la primera tuvo tres abortos y la segunda un hijo adoptado.

Tabla 9. Embarazos y partos de las entrevistadas

Nombre	Edad	Edad Primer Embarazo	Número Embarazos	Número Hijos	Edades Hijos	Partos Vaginales	Partos Cesárea
<i>Sabina</i>	45	18	6	6	14 -27	6	0
<i>Marta</i>	38	17	3	3	13- 21	3	0
<i>Evelia</i>	59	16	10	7	21-41	7	0
<i>Lola</i>	32	15	6	6	2-14	6	0
<i>Dora</i>	42	14	8	8	8-28	8	0
<i>Elizabeth</i>	24	13	4	4	5-11	4	0
<i>Sofía</i>	50	34	2	3	10-15	0	2
<i>Marisol</i>	34	21	2	2	11-13	0	2

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

La mayoría se percató de su embarazo a los dos meses aproximadamente, porque su período menstrual no se presentaba, entonces acudieron a una partera o con un médico para que les explicara lo que sucedía o confirmara el estado en el que sospechaban estar. Dora narra que se percató de su embarazo hasta los 5 meses, cuando su vientre había aumentado su tamaño.

³⁹ La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, señala como uno de los factores de riesgo para el desarrollo del CaCu el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (SSA, 1995). Tanto el inicio de vida sexual activa a temprana edad como la multiparidad vaginal constituyen los principales factores de riesgo en el desarrollo de esta enfermedad (Lazcano et al., 1995).

Acababa yo de cumplir los 14 cuando tuve el primer hijo. Pero como no tuvimos atención médica, pues así como te alivias en casa, así nomás hasta que sane uno, y no hay ninguna ampolleta para infección no, nada, ya nomás de lo que te saquen y ya. Sí, no hay como cuando un médico te asea, te limpia por dentro te hace toda una limpieza. Nosotros nomás así el día que tuviste el bebé, ya hasta ahí nomás estás esperando otro, jajaja estás esperando otros, jajaja. No, pues en el primer embarazo si no, no sabes todavía, pero después te das de cuenta porque te va creciendo la panza también. Si cuando tuve cinco meses ya miraba que iba a tener bebé. (Dora)

En la experiencia que narra Dora se percibe la incapacidad para decidir sobre el número de hijos que desea tener cuando dice “así el día que tuviste el bebé, ya hasta ahí nomás estás esperando otro”. También habla de la importancia de acudir con el médico para la limpieza vaginal.

La mayoría de las informantes no mencionó haber sentido temor al momento del parto se vislumbra la falta de conocimiento sobre el proceso del nacimiento, así como la vergüenza a ser vista por una desconocida o desconocido al momento del parto.

Si ahora que tuve a mis hijos me daba vergüenza que los doctores me estuvieran viendo, lloraba, y me decían andele ahí viene el bebé, no vaya a apretar las piernas porque lo ahoga, de la vergüenza yo quería apretar las piernas. (Sofía)

Este desconocimiento sobre el parto se evidencia en Sabina quien se sorprendió cuando la partera intento revisarla, se sintió ofendida cuando ésta le pidió que se recostara para ver cómo venía el bebé, ella pensaba que lo tendría por la boca y no entendía el afán de la partera por revisar sus genitales.

Yo no, yo no sabía ni cómo iba a tener un bebé, mi primer niña que yo tuve, yo sí la tuve como que sí, no sé no cómo. La tuve nomás por tenerla, pero yo no sabía cómo la iba a tener, porque a mí nunca me dijeron, ni una amiga me dijo. Pues yo, pues no me daba miedo, porque no sabía cómo era (risas), namás me decían haz fuerza, pero no me decían cómo. Hasta que fueron a traer una doña. Era una señora ya de edad, pa que me viera, y llegó la señora y me dice: Ay hija déjame revisarte. Y como uno no sabía si iba a ser niño o niña. Yo hacía fuerza pero no sabía, decía ¿me irá salir pa arriba, por la boca? Ya hasta que la señora me dijo: A ver hija te voy a tocar, a ver cómo estás, si te falta mucho. Era como partera, de esa gente de experiencia, pero tampoco ella me decía pues. Y me dijo: Espérate voy a ver, yo estaba sentada, -

Acuéstate boca arriba y abre tus pies. -Ay le dije ¡¿por qué?! -Porque vamos a ver cuánto te falta. ¡Pues yo tenía los calzones puestos! Dice: ¡Bruta mujer! y ¡¿cómo estás dando fuerza?! Y ¿cómo iba a salir el chamaco? me dijo. -Pues yo estoy dando fuerza pa arriba, no estoy dando fuerzaa abajo (risas). No me dijo nada, nadien, yo qué voy a saber. (Sabina)

Sabina estaba atemorizada cuando tuvo a su primera hija, al llegar la partera no sabía qué hacía y se asustó. Si socialmente la función materna se considera la principal de las mujeres, entonces se esperaría que de manera “natural” las mujeres posean conocimientos sobre el embarazo y el parto.

Para las informantes es importante acudir al médico después de haber parido, para que éste las “limpie” en el afán de prevenir infecciones y les prescriba vitaminas, para contrarrestar la debilidad posterior al parto. Esto es más común entre las mujeres de grupos étnicos quienes destacan que sus partos son atendidos en sus casas por parteras, pero es importante acudir al siguiente día al médico con los fines antes descritos. Ejemplo de esto es lo que nos narra Marta:

Creo que como a los dos meses me di cuenta porque ya no me bajaba la regla, deste, fui al doctor, y ya ahí me dijeron pues, ahí le dice el doctor porque no le baja, que ya sale la gente embarazada así. En la casa todos con la partera nos sobe la panza, toca ella sabe si viene si va a nacer bien, y luego se da cuenta si el bebé no va a nacer bien, luego le dice esa gente se va, se va al hospital. Ya cuando ya está el bebé lo corta el ombligo nomás. Pues al segundo día entonces al doctor ya va uno, para que el doctor da medicina pues, da medicina o lo inyectan como quieran, va uno y ya, se compone uno rápido, pues para que la gente se componga pues, luego. Pura medicina nomás también el bebé lo revisen. (Marta)

Aquellas mujeres que fueron atendidas por parteras y en hospital prefieren ser atendidas por los médicos por “el suero con vitaminas” que les administran. Gracias a dicho suero es menos el tiempo que transcurre entre el parto y su incorporación a las actividades cotidianas. Elizabeth tuvo tres hijos con ayuda de una partera (su suegra) y el último lo tuvo en una institución médica.

Pues digo yo que viene siendo igual, es más bien en hospital, por que ahí antes de tenerlo ya te ponen un suero pa que no te sientas tan débil. Y aquí hasta los dos días o tres días vas y te ponen un suero con vitaminas. Y a cambio allá no, llegas y luego luego te ponen un suero no sé que le ponen, inyecciones ahí dentro, pero es algo que te ayuda más, por eso le dije, no si yo tengo otro, prefiero en hospital no aquí en la casa. Imagínate si al otro día me siento débil aquí, y allá no, luego, luego vengo a hacer las cosas, yo me vine y ya quiero lavar, hacer mis cosas.”(Elizabeth)

Hay quienes consideran que el médico tiene más posibilidades de actuar en caso de alguna complicación, él puede “abrirles la panza” si fuera necesario, cosa que la partera no hace. Evelia quien parió a su tercera hija con la ayuda de una partera porque no “le dio tiempo”, le daba miedo morir si no le sacaban la placenta.

Tenía 20(años), tuve un aborto, tenía 18(años) cuando tuve el primero, 16, 17 y 18 dos años estuve sin niños y me decía él no si no me tienes niños, me decía, te voy a dejar. Una nomás tuve (en casa) porque no me dio tiempo. Porque no me dio tiempo de ir a doctor no! Me daba mucho miedo tenerlos en la casa. Sí, sí, todos los tuve allá (en el seguro), nomás la última. Sola uno, toda débil ahí porque después del parto le viene otra cosa y si no le sale se muere uno, yo de la última chamaca ya me andaba y estaba en manos de doctores, se me pegó esa cosa, la placenta. Ahora ya los doctores si no pueden ver luego, luego le rajan la panza a uno y la partera no, le da un remedio dicen que la luna dice mi mamá que nacen con su parte cerradita una niña nació así y la partera con una navaja de rasurar le abrió, cómo sabía la partera que así venía la hubiera destripado si no sabía. (Evelia)

Evelia ha tenido un mayor contacto con los servicios de salud durante el embarazo y parto por haber estado afiliada durante largo tiempo al IMSS, y ahora por ser beneficiaria del programa Oportunidades, esto aunado a las experiencias negativas de amigas y vecinas atendidas por parteras podría explicar la desconfianza hacia las comadronas.

Las informantes también mencionaron los remedios caseros que utiliza la partera para “apurar el parto” o “sacar la placenta” una vez que ha nacido el niño. Las sugerencias que hacen la madre o la suegra, por lo general es ésta última, pues para entonces están viviendo en su casa, quien les dice qué alimentos comer y qué tipo de actividades realizar una vez que

han parido, indicándoles que deben estar encerradas en casa con sus bebés, no se comen cosas frías, sino calientes o tostadas.

Es que allá cuidan, si tiene mamá o suegras que son buenas, cuidan a las señoras hasta 40 días. Y ya entonces pueden hacer lo que quiera a lavar así andamos afuera, cualquier cosita, sentadas. Y luego no pueden comer cosas frías, agua tiene que ser hervida, pero que esté tibia, atole, todo, no come tortilla blanditas tienen que ser tostaditas. (Elizabeth)

Llama la atención que las mujeres hablen de la importancia de poder realizar las labores del hogar, lo que habla del lugar que ocupa el trabajo en la vida de estas mujeres.

En relación a los embarazos las informantes los mencionan en dos sentidos: por un lado esta la importancia de embarazarse para probar su capacidad reproductiva y, por lo tanto, su valor como mujer al convertirse en madre; y por otro lado embarazarse implica reconocer que sus oportunidades de trabajo o desarrollo se verán limitadas en ciertos aspectos al tener que estar al cuidado de los hijos. Esta misma advertencia la hicieron en su momento las madres de las entrevistadas y ahora ellas las repiten a sus hijos, intentan transmitirles que valoren lo que ahora tienen, pues sus hijos a diferencia de ellas sus hijos no han migrado en busca de oportunidades de empleo y en la localidad donde habitan tienen oportunidad de estudiar.

Es lo que digo yo, como tengo una niña, ya de grande más grande, ya voy a tener que platicar con ella yo. Hasta los niños les digo que no es bueno eso. Ustedes que van creciendo, están grandes, no hagan cosas que ven que no está bien pues, como van a la escuela, ahí en la escuela también hablan de eso les explican. Dice mi niño si a ti te da vergüenza, yo ahí ya me he enterado de varias cosas dice. (Elizabeth)

A Elizabeth después de haber tenido su primer período menstrual, su mamá le decía que se cuidara, pues si “salían embarazadas” ellas solas no podrían hacerse cargo del bebé. Ahora se los dice a sus hijos, haciendo énfasis en la oportunidad que ellos tienen de estudiar y cómo perderían esto si “embarazaran” a una mujer. Aunque comenta que en ocasiones le da

vergüenza hablar con ellos, considera importante hacerlo, y está de acuerdo con que este tema sea tratado en la escuela.

En este apartado se le ha proporcionado al lector información acerca de las mujeres entrevistadas quienes expresan la falta de información sobre el embarazo y el parto, la falta de atención médica posterior al parto que demanda la mayoría, misma que les permite prevenir infecciones una vez que han dado a luz, y también tener energías para realizar sus actividades cotidianas después de haber parido. Así como la falta de información sobre los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, así como con el propio cuerpo, podrían llegar a constituirse como barreras frente a la DOCaCu.

CAPÍTULO VIII: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO

En el siguiente capítulo se presenta la reconstrucción de las representaciones sociales sobre DOCaCu una vez analizadas las narrativas de las informantes. Este capítulo está organizado a partir de los siguientes ejes temáticos: a frecuencia de la práctica de DOCaCu entre las mujeres entrevistadas; las principales fuentes de información que hablan sobre el cáncer y difunden la DOCaCu; las ideas que tenían antes de realizarse a la prueba; las definiciones que nos proporcionaron sobre el cáncer en general y el CaCu; los tratamientos que conocen para combatir ésta neoplasia; los sentimientos asociados al cáncer y al Pap, la utilidad que ven en éste. Así como sus argumentos sobre quiénes consideran que deberían realizarse esta prueba; las razones que las llevan a hacérsela y las barrederas que enfrentan para no acudir. Por último, se describe la primera experiencia con la práctica de DOCaCu y la descripción que hacen de dicha práctica.

Antes de entrar en materia, se presenta una tabla donde aparecen datos relacionados con el año del primer Pap y del más reciente, así como del lugar donde se lo realizaron.

Tabla 10. Práctica de DOCaCu de las informantes

	Nombre	Pap antes de Oportunidades	Primer Pap	Pap más reciente	Lugar
Oportunidades	<i>Sabina</i>	No	2000	2005	Centro de Salud
	<i>Marta</i>	No	2003	2007	Centro de Salud
	<i>Evelia</i>	Si	1970	2006	Seguro/ Centro de Salud
	<i>Lola</i>	No	2003	2004	Centro de Salud
	<i>Sofía</i>	--	NP*	--	--
No Oportunidades	<i>Marisol</i>	--	2000	2004	Unidad MEXFAM
	<i>Dora</i>	--	1998	2006	Clínica/ Centro de Salud
	<i>Elizabeth</i>	--	NP	--	--

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas semi estructuradas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.
*NP: no se ha hecho el Pap

En la tabla anterior el lector puede observar que las beneficiarias de Oportunidades antes de estar en el Programa no se habían hecho el Pap, una vez inscritas la práctica fuera más frecuente; Sabina ha sido más constante al seguir la recomendación del personal de salud de hacérsela cada año, al igual que Marta; por su parte Evelia cuando estaba afiliada al IMSS acudía a la prueba cada seis meses, cuando dejó de contar con este servicio abandonó la práctica y la retomó hasta hace seis años cuando entró en Oportunidades; en cuanto a Lola, no se ha hecho el Pap desde el 2004 porque estuvo embarazada. Se puede ver que en general las informantes sostienen prácticas esporádicas y las han iniciado recientemente pues a excepción de Evelia cuyo primer Pap fue en la década de los setentas, la primera prueba de las demás fue hace menos de diez años, evento que coincide con su afiliación a Oportunidades. Sabina ingresó en el 2000, Marta y Lola en el 2003, así que tienen entre 3 y 6 años de conocer la prueba.

En cuanto a las mujeres del grupo No Oportunidades, la práctica de DOCaCu es poco frecuente o inexistente, Sofía y Elizabeth no se han hecho el Pap, Marisol en tres ocasiones 2000, 2002 y 2004, y Dora una vez en 1998 y otra en 2006. Esta falta de práctica en parte puede explicarse por la falta de información sobre ésta, la mayoría no sabe en qué consiste, es poco lo que han escuchado hablar de ella, aunado a las experiencias negativas⁴⁰ que han tenido con los servicios de salud y a las socioeconómicas, las cuales las han orillado a postergar un evento que no pareciera importante.

Sabemos que las RS se enriquecen por las experiencias de los individuos, en este sentido pudimos observar que quienes se han practicado el Pap ha influido significativamente en la constitución de la representación sobre él. Sin embargo hay mujeres que aunque se han

⁴⁰ Aunque no es objeto de este trabajo analizar la relación de las mujeres con los servicios de salud, hay que señalar que esta dinámica influye en la decisión para realizarse el Pap al considerarlos ineficaces. La relación médico-paciente, la calidad de atención percibida por las mujeres, y la baja eficacia del programa de DOCaCu en cuanto a la entrega de resultados, son considerados al momento de evaluar las posibilidades de hacerse el Pap

realizado la prueba en dos o tres ocasiones, la representación del Pap sigue siendo vaga y confusa, pues no ven lo que sucede durante el procedimiento y desconocen los instrumentos que se utilizan.

Las experiencias directas con el procedimiento son pocas, y aunque no hay un índice de tiempo necesario para que una RS se constituya es evidente que 3 o 4 contactos con una prueba compleja como el Pap, son pocos pues se requiere tiempo para que ésta sea entendida y procesada. Dados los escasos acercamientos con el Pap, el conocimiento que han construido alrededor de este evento es aún vago e impreciso. Para la mayoría sigue siendo un evento ajeno a sus prácticas de salud, aún no se familiarizan con él, ni lo identifican como una práctica de detección oportuna.

Por otro lado la literatura ha demostrado que si las mujeres conocen las experiencias de otras mujeres como ellas, esto interviene de forma positiva al momento de decidir si se hacen el Pap, siempre y cuando estos relatos sean positivos. Si la madre, las hermanas o las amigas se practican el Pap y comparten su experiencia con la usuaria, existen mayores posibilidades de que ésta considere la posibilidad de acudir a la DOCaCu. En el caso de las informantes, sus madres no tuvieron una práctica frecuente o no se lo practicaron en ninguna ocasión. Como veremos más adelante la información que recibieron sobre el Pap por esta vía fue nula.

Pudimos observar que ser beneficiaria de Oportunidades o migrante ha influido en el acceso a la información sobre la DOCaCu y en algunos casos sobre la práctica del Pap. Tras su incorporación a este Programa las informantes se realizan la prueba con mayor frecuencia, sin embargo en la mayoría de los casos es en respuesta a lo que consideran una de las exigencias del Programa, y no necesariamente por considerarla una práctica que traerá beneficios a su salud.

En general, las informantes se practican el Pap por obligación, por la presencia de síntomas en la zona genital, o por recomendación médica. Cuando están en contacto con alguna institución de salud o dentro de un programa existen mayores posibilidades de realizarse el Pap, se puede decir que de manera frecuente. Una vez que se termina ese vínculo la práctica se suspende, por eso se habla de una RS poco sólida, ya que no reconocen el Pap como una prueba importante por sí misma. Un estudio que explore la práctica entre mujeres que no tienen hijos pequeños o que dejaron de ser beneficiarias de este programa daría luz a la hipótesis que sugiere que después de salir de Oportunidades o al terminarse el vínculo con las instituciones de salud porque los hijos pequeños crecen, quienes solían acudir al Pap, dejarían de hacerlo.

Fuentes que informaron a las entrevistadas sobre la DOCaCu

En este apartado se describen las fuentes donde las mujeres obtuvieron información sobre el cáncer y el Pap. Una forma de organización general de las fuentes que informan sobre el cáncer, es en formales e informales como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 11. Clasificación de las fuentes que informan del cáncer

	Televisión		Talleres de autocuidado de la salud
Informal	Conversación con amigas	Formal	Pláticas con profesionales de la salud
	Interacción con enfermos de cáncer		Consultas médicas

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

La principal fuente informal donde las informantes escucharon hablar del cáncer fu en la televisión. Entre las fuentes formales destacan las pláticas proporcionadas por profesionales de la salud, ya fueran en el centro de salud, en reuniones al interior de las

escuelas primarias, o en las pláticas del Programa Oportunidades. Además de estas fuentes la representación social del cáncer se ha ido transformando y enriqueciendo gracias a las pláticas informales con amigas y vecinas, a través de la relación con familiares enfermos que tenían o habían tenido esta enfermedad, o mediante lo que habían escuchado hablar sobre enfermos de cáncer.

A continuación se presenta una tabla donde aparecen las fuentes donde las entrevistadas escucharon hablar del cáncer, según si están adscritas a Oportunidades o no.

Tabla 12. Información recibida sobre el cáncer según grupo

Oportunidades	NO Oportunidades
Pláticas de autocuidado (Sabina)	Radio, Televisión (Dora)
Pláticas de autocuidado	Televisión (Elizabeth)
Televisión “casi no entiende” (Marta)	
Pláticas en el IMSS (Evelia)	Pláticas en el Centro de Salud.
	Mientras espera consulta (Sofía)
Pláticas de autocuidado (Lola)	Pláticas en la Escuela (Marisol)

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Podemos observar que la información que han recibido las beneficiarias de Oportunidades es en su mayoría de carácter formal a través de las pláticas, sin embargo esto no se traduce en mayor claridad sobre el tema, probablemente por las condiciones en las que se dan estas o por el lenguaje que se maneja, cuestiones que ya han sido abordadas en este escrito. Podría decir que las beneficiarias del Programa tienen mayores posibilidades de acceso a la información, aunque esto no quiere decir que tengan en claro lo que es el cáncer, cómo se trata y cómo se previene.

Por otro lado, las informantes no adscritas al Programa Oportunidades han recibido información del cáncer principalmente por medio de la televisión, y han ido transformando la

representación sobre éste en las conversaciones que sostienen con otras mujeres. En cuanto a las mujeres pertenecientes a grupos étnicos, es importante señalar que el lenguaje es una barrera primordial cuando se trata de acceder a la información ya que el dominio del idioma español es limitado, las mujeres tienen que estar traduciendo constantemente lo que escuchan en las pláticas o a través de los medios de comunicación, de esta manera, las mujeres indígenas estarían excluidas de las dos fuentes principales de información.

Cabe señalar que algunas mujeres de ascendencia indígena se manejan de manera bilingüe en temas cotidianos, como los hijos, las compras, las casas, incluso algunas enfermedades comunes. Pero en temas más elaborados su español no es tan fluido. Marta, por ejemplo, dice que se fastidia de ver televisión porque no entiende lo que hablan y lo mismo le sucede cuando acude a las pláticas de Oportunidades, pues sobre ciertos temas, los menos comunes como el cáncer o el SIDA, les quedan dudas, ya que no entiende todo lo que se habla.

La información que recibieron las entrevistadas por las fuentes antes citadas, les permite en mayor o menor medida conocer el tema y familiarizarse con él a través de las explicaciones que dan con sus propias palabras, por ejemplo, al platicarlo con otras mujeres; dado que el cáncer es una enfermedad compleja, es difícil de explicar incluso a mujeres cuya lengua materna es el español, en parte porque cuesta trabajo entender que en una enfermedad mortal como ésta, no se presenten síntomas visibles en las primeras etapas. Quienes han acudido a pláticas donde se ha tratado el tema refieren no acordarse de nada al terminar la sesión, carecen de conocimientos previos a los que pueda adherirse la nueva información y enriquecer el conocimiento sobre el tema:

Pues nos han dicho, le digo que a veces se nos graba y otra veces no, y como mucha gente escucha, y muchos están platicando ni dejan escuchar ve que le digo que hay veces que le entiendo y otras no. (Sabina)

Siguiendo con la información, la historia migratoria de las informantes ha significado un beneficio en cuanto a recibir información de la DOCaCu, el cáncer no era una enfermedad común en sus pueblos de origen, no se oía hablar de él de manera cotidiana, así que el contacto con este término es reciente. Como resultado de haber migrado tienen más contacto con los servicios de salud dada la cercanía con éstos, sino también porque se han relacionado con mujeres que llevan más años escuchando hablar del cáncer. Las RS del cáncer general se refieren a una enfermedad mortal que se suscita de repente, que no presenta síntomas en un inicio. Los distintos tipos de cáncer, entre ellos el CaCu, son aún temas nuevos y de difícil comprensión para las mujeres aún no han incorporado esta información nueva, aún les parece extraña, el cáncer sigue siendo una enfermedad catalogada como desconocida, en relación al CaCu, posiblemente se estén construyendo las categorías cognitivas necesarias que le den cabida a este nuevo conocimiento.

Las relaciones que se establecen con los enfermos de cáncer forman parte en la constitución de las representaciones sociales de esta enfermedad. Las mujeres que tuvieron contacto de manera directa al cuidado de familiares que padecen o padecieron la enfermedad hablan con mayor facilidad sobre el tema, existe un mayor conocimiento sobre la enfermedad, lo describen con mayor detalle. En las mujeres que han tenido esta experiencia la representación social del cáncer es más clara en comparación con quienes sólo han platicado con alguien que atravesó por esta situación o las personas que solamente han escuchado hablar de alguien enfermo.

Aranda (2005) refiere que cuidar a un enfermo de cáncer sensibiliza a los parientes sobre la enfermedad y en este estudio se encontró que dicha experiencia acerca a las personas al dolor, al sufrimiento, al desgaste del cuerpo, y la muerte se ve como una realidad. Esta experiencia abre la posibilidad de atravesar por la misma situación, sobre todo si se piensa en

la herencia como una importante causa del cáncer. Este suceso en algunas de las mujeres las llevó a considerar la práctica del Pap para prevenir el desarrollo del CaCu. Pero en otras convivir tan de cerca con enfermos se convirtió en un obstáculo para acudir al Pap pues se cree que si saben que están enfermas la neoplasia avanzará con mayor rapidez hasta consumir al enfermo.

Por ejemplo Elizabeth cuidó de su suegra durante tres meses cuando le diagnosticaron tres tumores cancerígenos en el estómago. Ésta dejó pasar tiempo antes de someterse a algún tratamiento, intentó calmar los dolores mediante remedios caseros que adormecían la dolencia hasta que ya no fue posible. Después de esta experiencia la entrevistada sugiere a sus cuñadas “no se dejen como se dejó su mamá”, para que no pasen por lo mismo. A pesar de eso Elizabeth parece no considerarse vulnerable ante el cáncer, pues en su familia no existen antecedentes de la enfermedad y en su pueblo nunca escuchó hablar de alguien enfermo.

Les digo yo a mis cuñadas, -Ahora ya saben de que murió su mamá, vayan con el doctor que les haga los estudios porque no podemos dejarnos. Ya ves por dejarnos ya cuando se quieren curar ya no se puede. Dicen que porque no fue a tiempo ahora no se puede hacer nada. Y ahorita sale en la tele, dicen hay mucha gente que le pega cáncer de mama y todo eso. Mejor ir a que le hagan los estudios, que le digan no tiene uno nada. Porque hay muchos que le dicen que salen quistes ahí, y se hace cáncer si salen quistes. (Elizabeth)

Por eso se habla de las RS como guías de acción y no determinantes, pues hay otros elementos que participan en la decisión de hacerse o no el Pap. Esta falsa seguridad de Elizabeth quien pareciera no propensa a desarrollar CaCu debido a que esta enfermedad no se ha presentado en su familia, aunada a la no adscripción a un programa como Oportunidades, y haber sido migrante durante la mayor parte de su vida, le impidió el contacto frecuente con los servicios de salud, lo que podría considerarse factores que influyen negativamente en la

práctica del Pap, misma que hasta el momento de las entrevistas no se había realizado en ninguna ocasión.

Por su parte Sabina ha estado en contacto con la enfermedad a través de distintas personas, su madre, dos de sus hermanas y una vecina padecieron cáncer, una tiene un tumor en el cerebro y otra murió por cáncer en la matriz, su mamá falleció a causa de un tumor en un ovario. La entrevistada cuidó de ellas cuando estuvieron enfermas. Su vecina murió de cáncer en la matriz, y al igual que a las mujeres de su familia la vio sufrir a causa de esta enfermedad.

Y la que le digo que murió en Oaxaca mi otra hermana, ella sí no porque ella si no aguantó, de que ya el doctor la vio como estaba y todo, el doctor dijo claro que ya no iba a sanar. Que el cáncer la había comido toda por dentro, ya no tenía nada ella, no tenía nada por completo, que tuviera limpio su cuerpo. Todo, toda la carne se la había comido. Decía que ahí era donde sentía, dice que le estaba como ardiendo todo, le quemaba y ella lloraba, se quejaba que no aguantaba, muy mal por eso yo ahí es donde me di cuenta que el cáncer es muy malo, de mi hermana me di cuenta yo porque la vi pues, la vi sufrir, la vi todo lo que ella estaba sufriendo con esa enfermedad. (Sabina)

La RS del cáncer como “un mal” que “come” y “destruye” el interior generó miedo y angustia en Sabina, dicho sentimiento se convirtió en uno de los factores que más tarde influirían en su práctica de detección oportuna. Debido a estas experiencias Sabina ha aprendido no sólo a temerle al cáncer, sino la importancia de ir con el médico cosa que ni su madre ni sus hermanas hicieron. Cabe señalar que pertenecer a Oportunidades ayudó en su práctica de DOCaCu, pues ha sido beneficiaria del programa por 6 años, y ha tenido prácticas periódicas del Pap le han tratado las infecciones, así como la displasia leve y la infección por VPH que presentó el año pasado.

Otro tipo de experiencias con el cáncer son de aquellas mujeres que conocieron el progreso de la enfermedad y los efectos de los tratamientos, pero no cuidaron de los

enfermos. Es el caso de Sofía y Marisol, ellas conocieron un tío y tía respectivamente, enfermos de cáncer.

Pues yo me acuerdo que dijeron que mi tía tenía, le hicieron muchos estudios, le quemaban así para adentro. Que en una pantalla se le veía todo lo de acá, no acá, adentro y como que le arremolinaban todo adentro. Que le pegaban hasta calenturas cuando ya venía de regreso todo ahí, pero creo le quemaban creo. Yo lo que alcancé a ver a mi tía pues toda, no sé hasta toda, pues más delgada, más nerviosa, me imagino y, pues sabe, yo vi a mi tía muy mal como que ya. Toda amargada, siento que ella no era así pues. Bien cansada, todo el tiempo acostada, no sé si sería de lo mismo de estar pensando, pensando y cuando se iba a hacer esos estudios que te digo, pues bien amolada pues no podía levantarse. Si me dijeran a mí, lo tienes, se me figuraba que yo no me iba a curar. Osea, se me hace que es mucha batalla curarse, mucho, está bien porque duras más y todo. Pero se me figura que es más sufrir y más batallar pues curarse del cáncer. En cambio ya te mueres ya se acabó todo. Ya te mueres y no es tanta batalla no, osea al menos si me pegara a mí no. Pero yo se que si le pegara a mi ama, a alguien cercano, yo estuviera andale que cúrate. (Marisol)

En Marisol esta experiencia generó aversión al tratamiento y desesperanza frente a la enfermedad, al considerarla como incurable. Piensa que de ser diagnosticada con cáncer, serían pocas las expectativas de vida, se muestra reasiente a los tratamientos, los cuales considera fatigantes.

Otro tipo de relaciones con enfermos de cáncer, fueron las que experimentaron algunas de nuestras entrevistadas, a través de los contactos breves con personas con quienes los lazos afectivos no son muy estrechos, en estos casos Evelia y Dora no vieron el progreso de la enfermedad, sólo escucharon el sufrimiento de los enfermos.

Nomás dijo que le había salido, a mí me dijo, y le digo qué se siente, no yo no siento nada, dice que nada pero dice que ella salió con cáncer, si se sentía mal, yo creo, porque caminaba, íbamos al hospital y a medio camino teníamos que llevar un galón de agua, se paraba así a tomar agua mucha sed con ganas de tomar agua helada, pura agua helada, y tenía cáncer, pero dicen que hay un cáncer que no duele que no se siente y otro que sí. (Evelia)

Evelia pregunta a su conocida qué se siente cuando una persona está enferma de cáncer, si le dice algo en concreto, algunos síntomas un tipo de dolor. Así si alguna vez ella sintiera lo mismo sabría a qué se está enfrentando. Este no es el único caso donde se pregunta sobre los síntomas relacionados con el cáncer, lo que me permite concluir que el temor hacia esta enfermedad siempre está presente, el temor a padecerlo y no saberlo. Del mismo modo, Dora relata lo que sucedió con una vecina. En su narración pone énfasis en los síntomas que esta persona padeció y los compara con lo que ella siente tratando de averiguar si podría estar enferma de este mal.

*Había una señora allá donde vivíamos, cerquita de donde estábamos que según murió de eso, que le pegó cáncer en su matriz que le pegó cáncer y empezó a estar con sangrado todo el tiempo. Y nunca se le quitó y a la vez yo siento ese ardorcito, pero no baja desechos, por tampoco en mí por eso el doctor está seguro de que no estoy muy enferma de eso si no ha de ser que se inflama y por eso siento el ardor, porque el otro doctorcito sí me explicó más, pero el otro no me explicó nada porque no me atendió él me atendió la doctora cuando me fui a hacer el Papanicolaou.
(Dora)*

Por lo descrito anteriormente se puede apreciar cierta diferencia entre oír sobre la enfermedad y los que la padecen, conocerlos sin convivir de cerca con ellos, y cuidarlos en este proceso. Estas experiencias contribuyen en mayor o menor medida en la construcción de las RS del cáncer, y constituyen una fuente importante de información acerca de la enfermedad, pues van construyendo imágenes de un cuerpo adolorido y abatido, ideas en torno a lo que puede hacerle la enfermedad al cuerpo, o los tratamientos utilizados para combatirla.

Estas ideas de la enfermedad contrastan con lo que las entrevistadas han escuchado en los medios de comunicación o en las pláticas del personal de salud, pues les dicen que el cáncer es curable si se detecta a tiempo, contrario a sus experiencias donde las consecuencias han sido fatales. El cáncer parece ser incontrolable y los métodos para tratarlo son invasivos

y altamente agresivos. Al final lo único que se hace es medicarse para evitar el dolor sin esperanza de ser curado. Ahora, si el Pap se vincula con este tipo de tratamientos preventivos, las mujeres prefieren no hacérselo, pues pareciera que a pesar de estas intervenciones médicas el cáncer termina consumiendo a quien lo padece.

Hasta aquí revisamos las fuentes que enteraron a las entrevistadas de la existencia del cáncer, ahora veamos mediante que fuentes escucharon hablar sobre la DOCaCu. Al igual que con el cáncer los medios de comunicación son la fuente que mayormente informa sobre el Pap, otras fuentes importantes fueron comentar el tema con mujeres que se han hecho el Pap, las pláticas de Oportunidades, dentro de las instituciones de salud de manera indirecta, mientras esperaban su turno de ser atendidas o de forma directa por los médicos y enfermeras al momento de ser consultadas.

Sobresale que este tema no se socializa en el ámbito familiar dado su vínculo con la sexualidad, ciertamente hubo quienes llegaron a platicarlo con su madre o hermanas toda vez que se convirtieron en madres, en pocas ocasiones lo hablaron con sus hijas, vimos que es más frecuente conversar al respecto con conocidas o amigas. La información que las entrevistadas intercambian sobre el Pap está más orientada a los aspectos negativos que a los preventivos o benéficos para la salud. La conversación sobre el tema gira en torno a lo vergonzoso del procedimiento, si fue doloroso o no, quién se los hizo, en cuánto tiempo le entregaron los resultados; en raras ocasiones se recomienda como práctica médica preventiva o se discute la importancia que tiene en la detección oportuna del CaCu.

En la siguiente narrativa Sofia explica que no escuchó hablar del Pap sino hasta que fue madre, su mamá no tocaba estos temas con ella, no había alguien en el círculo familiar a quien acudir por información.

Pues no tiene mucho, ahora que tuve a mis hijos, yo cuando estaba de muchacha yo nunca oí; nunca escuché yo, ahora cuando ya fui, que ya soy madre, yo ya escuché del panicolao porque yo cuando éramos chicas mi mamá nunca nos platicó nada de eso nada de que tienes que revisarte, que tienes que verte. (Sofía)

Si la DOCaCu es un tema que no se socializa al interior de la familia, pero hay probabilidades de hablar entre amigas, las redes sociales podrían convertirse en un importante medio de difusión de esta prueba: mujeres que explican a otras mujeres en qué consiste el Pap y que hablan de sus experiencias.

Sobre las fuentes que informan acerca del Pap se aprecian diferencias entre las mujeres de Oportunidades y No Oportunidades así como entre las mestizas y las indígenas.

Formar parte del Programa Oportunidades influye positivamente tanto en la información sobre el Pap y en su práctica. Las informantes beneficiarias de Oportunidades escucharon hablar del Pap hasta que se integraron a dicho programa, todas menos Evelia, había escuchado de este procedimiento cuando era afiliada al IMSS. Por otro lado, las entrevistadas que no cuentan con dicho programa escucharon hablar del Pap por primera vez en los medios de comunicación masiva, en pláticas con vecinas adscritas al Programa. Las informantes mestizas recibieron información de él a través de las pláticas con conocidas, amigas o a través de los medios de comunicación.

En el caso de las mujeres pertenecientes a las etnias, para quienes la lejanía de las instituciones de salud, la preferencia por el uso de remedios caseros, la práctica de parir al interior de los hogares y la barrera del lenguaje, no permitieron que se enteraran del Pap por estos medios. Entre las mujeres de estos grupos el lenguaje representa una barrera importante en la difusión del Pap, carecen de información en su lengua natal, no hubo quién les explicara claramente en qué consiste éste procedimiento y la importancia de realizárselo; tampoco lo escucharon por boca de familiares o amigas.

No escuchaba mencionar del cáncer, nunca decía de eso, como ninguno de nosotros nadien iba ni le explicaban nada de eso. Y como allá hablamos de otra lengua, hay

muchos que no le entienden al español, y aunque vayan así al centro de salud no saben, y ahorita pues es muy diferente porque ahorita los niños están creciendo ya saben español las dos cosas, ya es más fácil, antes no, era una sola lengua.
(Elizabeth)

La mayoría, antes de salir de sus pueblos, no había escuchado hablar del Pap en este sentido las experiencias migratorias favorecieron el acceso a información, tras el desplazamiento hubo quienes escucharon sobre la práctica de DOCaCu incluso hubo quienes se hicieron el Pap por primera vez.

Es evidente que hace falta información en las lenguas maternas de estas mujeres, pero no sólo es cuestión de traducir un procedimiento del español al mixteco, zapoteco, náhuatl chamula, triqui etc, sino adaptar la información a las distintas culturas. Por ejemplo, no bastaría con decirle a una mujer náhuatl que para hacerle el Pap es necesario que se coloque como si fuera a tener un bebé, porque tradicionalmente la forma en que ella pare es distinta a la posición ginecológica “habitual”. Habría que hacer indicaciones muy precisas de dónde, cómo y con qué se hará el Pap para que no queden dudas ni ideas vagas, y las mujeres no se sorprendan al momento de la prueba.

Ideas previas sobre la DOCaCu

En general la falta de información clara referente al Pap convierte al dolor en la representación que predomina sobre esta prueba antes de hacérsela. Si la RS del Pap es de procedimiento doloroso puede convertirse en un obstáculo para hacérselo.

Sobre este tema se presentaron algunas diferencias entre las informantes mestizas y las pertenecientes a los grupos étnicos. Para las mujeres indígenas el cáncer y el Pap eran temas desconocidos, no existía alguna categoría previa, alguna enfermedad o algo similar con lo que pudieran relacionarlo y explicarlo. El cáncer es una palabra que no existe en las lenguas indígenas, una enfermedad para la que no hay cura en las prácticas tradicionales

(Maier, 2004). Las mujeres de este grupo no recuerdan haber tenido una idea clara antes de practicárselo.

En el caso de las mujeres mestizas, tampoco había una claridad sobre la prueba de detección oportuna. La idea que tenían de ella involucraba una intervención dolorosa donde los instrumentos utilizados eran altamente agresivos. Las ideas que tenían las informantes eran de un procedimiento que llevaba implícita la mutilación, imaginaban una vacuna o que consistía en introducir un tubo por la vagina.

No pues yo lo único que pensaba es que dolía que la hicieran, pero y era a lo que le tenía miedo, pero pues no, no es nada. Oía que decían que meten un tubo, decían que: la doctora me metió el tubo y me lastimó, yo oía pero no me imaginaba. Yo decía pues un tubo. (Lola)

Lola al hablar del Pap lo describe como un procedimiento doloroso, invasivo y desconocido. Esta última idea del Pap como un tubo que se introduce habla de la falta de conocimiento sobre los instrumentos con los que se hace la prueba, aun entre aquellas mujeres que ya han pasado por esa experiencia. La postura en la que se encuentran al momento de realizarse el estudio las hace sentir avergonzadas, por lo que ponen poca atención a las indicaciones del enfermero o la enfermera. Sería recomendable que durante las pláticas que da el personal de salud sobre la DOCaCu los instrumentos les fueran mostrados a las mujeres, que tuvieran un juego de estos destinado a que las mujeres pudieran verlos con detenimiento y posiblemente tocarlos. Entre las mujeres de mayor edad existía la idea del Pap como una vacuna, pues prevenía el cáncer, así que pensaban que sería a través de una inyección.

Pensé que era de algún otro modo, con alguna jeringa o sacar sangre. El día que llegué supe cómo lo hacían, yo pensé que la hacían así dijeron 'la prueba del cáncer', pero no ya me explicaron como y todo. (Evelia)

Esta falta de claridad sobre el procedimiento genera sentimientos de sorpresa al momento de entrar a ser examinadas, pues las mujeres no esperan que el procedimiento implique mostrar los genitales.

Definiciones sobre el cáncer

Antes de presentar las definiciones que las entrevistadas dieron sobre esta enfermedad, es importante señalar que se les preguntó sobre cómo definían el cáncer en general, y además se pidió una definición del CaCu. No todas las entrevistadas habían escuchado hablar de este tipo de neoplasia, sin embargo la mayoría tenía referencia del cáncer general, así en este apartado se presentan las definiciones de ambos.

Como hemos mencionado las representaciones sociales permiten transformar el conocimiento científico en conocimiento del sentido común, para que el individuo tenga acceso a él y así pueda apropiarse de las situaciones y los objetos, entenderlos y explicarlos con términos que le sean familiares. Por lo tanto, es importante conocer cómo las informantes definen el cáncer. A continuación se presenta una tabla que resume dichas definiciones.

Tabla 13. Como definen las informantes el cáncer general

Nombre	Oportunidades	Nombre	No Oportunidades
<i>Sabina</i>	“Uno no siente nada del principio, hasta que está avanzado”	<i>Dora</i>	“Una plaga que viene, es para todos pues, les pega”
<i>Marta</i>	“La enfermedad esa es muy peligrosa”	<i>Elizabeth</i>	“Enfermedad muy maligna”
<i>Evelia</i>	“Enfermedad mala”	<i>Sofía</i>	“Definitivamente una muerte que te llega y si no te lo tratas pues te vas a morir”
<i>Lola</i>	“Un dolor que va quemando”	<i>Marisol</i>	“Es mortal si no se atiende a tiempo”

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

El cáncer general no se piensa como un proceso de distintas etapas, sino como un mal frente al que no se puede hacer nada. De manera general, las mujeres definen el cáncer como: una “enfermedad mala”, “peligrosa” y “mortal”, que “llega como una plaga” y acaba con quien la padece; es “un dolor que quema”; “una plaga que pega”; “una muerte que llega” a pesar de los intentos por evitarla.

Si el conocimiento sobre el cáncer es limitado, la información sobre los distintos tipos es aún más escasa. Ninguna de las entrevistadas dijo conocer sobre el CaCu pero si tienen referencias del cáncer de matriz, como ellas lo llaman” probablemente porque reconocen este órgano están más familiarizadas con la matriz y con su función reproductora. Sobre el CaCu existen similitudes entre las informantes en cuanto al dolor, la peligrosidad, la muerte y la malignidad que se adjudica al cáncer. Las imágenes de éste son: “un mal que quema”, “come”, “destruye”, ocasiona dolor y adelgaza a quienes lo padecen. Representarse el cáncer de esta manera genera grandes temores, principalmente a que la enfermedad devore los órganos internos, cause dolor y finalmente la muerte. En la siguiente tabla se presentan las definiciones sobre el CaCu.

Tabla 14. Como definen las informantes el CaCu

	Nombre	Definición
Oportunidades	<i>Sabina</i>	“Es malo”
	<i>Marta</i>	“El cáncer de matriz es muy peligroso”
	<i>Evelia</i>	No lo ha escuchado
	<i>Lola</i>	“La matriz se les come, tienen que trozar un pedazo”
	<i>Dora</i>	No lo ha escuchado
No Oportunidades	<i>Elizabeth</i>	“El cáncer de la matriz es malo”
	<i>Sofía</i>	No lo ha escuchado
	<i>Marisol</i>	“Pues es una cosa que le tienes miedo”

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Las definiciones anteriores parecieran indicar que sobre el CaCu las entrevistadas han logrado construir nociones, ideas sobre este tipo de enfermedad, mas no hay un cuerpo estructurado de elementos con los que ellas puedan definirlo y explicarlo con sus propios términos, en parte porque para muchas este tipo de neoplasia maligna sigue siendo una enfermedad desconocida.

Hay que recordar que existen dos mecanismos en la formación de las RS; la objetivación y el anclaje, cada uno posee tres fases, las cuales determinan la relación del individuo con el objeto que se va a representar. Esta selección de información del objeto a representar no es azarosa, responde en parte a los intereses del individuo y del grupo social al que pertenece. Si las informantes no conocían a nadie enfermo de cáncer, ahora en un nuevo contexto donde han escuchado hablar de la enfermedad y de los estragos que ésta causa ahora tienen una idea acerca de las consecuencias. Es necesaria una nueva selección de la información que les permita relacionarse con el CaCu. Para el caso del cáncer la objetivación de la enfermedad es la mortalidad ya que la definición de la enfermedad proporcionada por las informantes tiene un carácter de mortalidad, pareciera que con este evento se concretiza el cáncer, es esta la imagen que le corresponde a quienes lo padecen es como si el cáncer se materializara en la muerte. Por otro lado, el mecanismo de anclaje se activa cuando el sujeto entra en contacto con un objeto nuevo. Se trata de integrar la nueva información si es posible a esquemas previos, sino crear categorías nuevas que hablen del CaCu. Sin embargo, en la mayoría de los casos sobre el CaCu aún falta anclar la información que se ha recibido, es decir, crear categorías inexistentes que hablen del sentido del CaCu y, por lo tanto, del Pap como la prueba que lo detecta oportunamente.

La información que las informantes han recibido sobre el CaCu se ha enriquecido con experiencias individuales, de ahí que mujeres de un mismo grupo definan éste de manera

distinta. Para quienes han tenido contacto con personas que padecen este mal es más fácil capturar su esencia, es decir, configurar un núcleo figurativo de la representación sobre el cáncer que en el caso de las informantes que no han tenido esta experiencia, ese núcleo sería en relación con la muerte. Y menos las que han naturalizado el término, las que han reconstruido el objeto con sus propias palabras y lo han enriquecido con la experiencia de cuidado a enfermos. Cuando las mujeres hablan del cáncer se refieren a éste de manera general estos mecanismos han iniciado, la información ha sido seleccionada, capturado la esencia del objeto y lo han naturalizado al hablar de él como un mal que consume, que quema.

Sobre las diferencias entre las beneficiarias de Oportunidades y las que no tienen el Programa, llama la atención que sean estas últimas quienes hablan del cáncer como una enfermedad prevenible en sus primeras etapas. Así se puede apreciar entonces que las RS sobre la DOCaCu y la práctica se contradicen, pues aunque las mujeres se refieren al Pap como una prueba que “previene del CaCu” esto no garantiza su práctica. La interacción con enfermos y la información difundida por los medios de comunicación masiva han intervenido de manera más significativa en la construcción de esta representación. Probablemente porque el lenguaje utilizado en estos medios es más accesible para la mayoría de las informantes, es decir, no es tan técnico como el que se escucha en las pláticas o durante alguna consulta. Entonces la adscripción a dicho Programa es importante en cuanto a la difusión de la información, pero las experiencias cercanas con la enfermedad son importantes en la configuración de las RS del cáncer.

He oído que la matriz se les come, que no se que, que tienen que trozar un pedazo, que no se que. Nomás es todo lo que he oído que dicen (Lola)

Como se puede apreciar en la narrativa anterior las definiciones de esta enfermedad son negativas, es considerada como un mal que no se puede detectar oportunamente, debido a la falta de síntomas en las primeras etapas, al desconocer su estado las personas no se atienden, y por lo tanto, mueren. A pesar de que para las mujeres se representa el cáncer como mortal, y el Pap como la medida adecuada para “prevenirlo”, este procedimiento no forma parte de sus prácticas de salud. Debido en parte a situaciones estructurales relacionadas con las condiciones de vida y el PDOCACU, pero además por la relación con las representaciones de la sexualidad y el cáncer.

Causas del cáncer general y del CaCu según las entrevistadas

Por un lado están las causas que las mujeres al cáncer general que son distintas a las que ellas identifican como causantes del cacu. Las entrevistadas consideran que el cáncer es algo que aparece o que viene de nacimiento y solo se desarrolla. Éste lo ubican como una enfermedad mortal y multicausal. A continuación el lector encontrará una tabla que sintetiza las causas del cáncer mencionadas por las informantes.

Tabla 15. Causas del cáncer general según las informantes

Nombre	Oportunidades	Nombre	No Oportunidades
<i>Sabina</i>	Herencia, golpes, trabajos pesados, fumar	<i>Dora</i>	Herencia, sangre de animales (alimentos),
<i>Marta</i>	Golpes	<i>Elizabeth</i>	Herencia, trabajos pesados
<i>Evelia</i>	En unos se desarrolla	<i>Sofía</i>	Cigarro
<i>Lola</i>	Tumor	<i>Marisol</i>	Golpes

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Sobre las causas del cáncer general las informantes mencionan: la herencia, los golpes, los trabajos pesados, fumar, los tumores, y el consumir la sangre de algunos animales. En algunos casos los orígenes del cáncer se atribuyen a la herencia, las informantes refieren que si vienen de familias “cancerosas” es probable que presenten la enfermedad. Aquellas mujeres que consideran ésta una causa importante, si en su familia no hay casos de cáncer, no consideran necesario hacerse el Pap. Relacionado con la herencia hablan que el cáncer se desarrolla en las personas que “vienen” enfermas desde el nacimiento, como si fuera algo congénito.

Los golpes son otra causa del cáncer, ésta produce angustia a las mujeres porque es algo que a cualquiera le podría suceder, por el tipo de trabajos que realizan, y por las dinámicas familiares en las que están insertas donde la violencia física está presente en algunos de los casos.

Otra de las causas que llama la atención, es la relacionada con las condiciones de vida de las mujeres entrevistadas, los trabajos pesados, que causan estragos en el cuerpo. Ejemplo de ello es lo que nos expone Sabina que al hablar de su hermana señala que:

Toda la mañana, empezaba a las 6 acababa a las 8 dos horas hacia mucho negocio mi hermana, todo eso le hizo mal estar ahí junto a la lumbre, todos los días. (Sabina)

Parecido a lo comentado por Sabina es lo narrado por Elizabeth cuando habla de su suegra quien:

Trabajaba en las cosas muy pesadas, trabajos muy pesados (quebrar sal). Se esforzó mucho, puede ser que las venas o algo no sabemos ni como esta la panza que se le inflo también. (Elizabeth)

Sabina y Elizabeth son indígenas y migrantes, los trabajos pesados, como los que ellas describen no les son ajenos, antes más los han realizado desde que son pequeñas. Consideran

que forzar el cuerpo más allá de sus posibilidades puede ocasionar cáncer, pues no saben qué sucede al interior del cuerpo cuando se hace algún esfuerzo.

Otro tipo de causas hacen referencia al consumo de alimentos o sustancias que dañan al cuerpo, como el cigarro y la carne roja por la sangre que contiene. Las descritas anteriormente son las causas que las entrevistadas atribuyen a la aparición del cáncer, pero para quienes han escuchado hablar del cáncer de matriz las causas son otras.

Entre las causas del CaCu o cáncer de matriz como ellas lo llaman, destaca la actividad sexual relacionada con el número de hijos que han tenido, las infecciones y la promiscuidad. En la tabla siguiente se resumen las causas mencionadas por las informantes.

Tabla 16. Causas del CaCu de acuerdo a las entrevistadas

Nombre	Oportunidades	Nombre	No Oportunidades
<i>Sabina</i>	No contestó	<i>Dora</i>	Relaciones sexuales
<i>Marta</i>	No contestó	<i>Elizabeth</i>	Número de hijos. Infecciones no atendidas
<i>Evelia</i>	Numero de hijos	<i>Sofía</i>	Promiscuidad
<i>Lola</i>	Infecciones no atendidas. Promiscuidad	<i>Marisol</i>	Transmisión sexual

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Llama la atención que las mujeres no adscritas a Oportunidades hablaron más sobre este tema que las del grupo Oportunidades. Las beneficiarias de este Programa mencionaron transmisión sexual, número de hijos e infecciones como causas del CaCu. La mayoría no recuerda haber escuchado hablar sobre este tipo de cáncer y, por lo tanto, no saben qué lo ocasiona. Cabe señalar que dentro de las pláticas de Oportunidades, una de ellas está destinada a informar sobre el cáncer y parte del contenido se encuentra destinado a las

causas. Sin embargo, las condiciones en las que se dan estos talleres y el lenguaje utilizado pueden impedir que la información sea aprehendida y asimilada.

Las causas del CaCu que mencionan las informantes se refieren a eventos que “ensucian” o “debilitan” la matriz.

Pero eso sí no sé porqué sería, por tener muchos hijos, ha de estar quién sabe cómo, estará la matriz por dentro de uno, la panza, imagínate ¡¿cómo ha de estar esa por dentro?! Ha de ser por tener varios hijos, uno no sabe cómo esta la matriz de uno. Por eso ha de ser personas que tienen prematuros, digo yo por todo eso, no sabemos cómo esta la matriz, si está bien o está débil. Pues como uno se siente bien, pero no sabe uno como está adentro. (Elizabeth)

Entre las mujeres de los grupos étnicos la falta de atención médica al momento del parto ocasiona que se cuestionen cómo estará la matriz después de esos eventos. La matriz queda sucia no sólo por el parto sino por la actividad sexual, que es algo malo. Las mujeres que se descuidan, se embarazan, contraen ETS y cáncer, porque tienen actividad sexual frecuente. Este descuido es en relación a los embarazos, y a la falta de higiene e ellas y sus parejas, es decir no efectuar lavados en los genitales antes y después de sus relaciones sexuales.

También cuando da luz a un bebé, por ejemplo yo todos mis hijos los tuve en casa, pues ningún médico me atendió y pues no sabemos cómo queda uno allá, si infectado, si sucio ¿cómo está simplemente uno?. Tal vez en la casa pues ¿qué es lo que nos pueden dar? un té de sábila y hasta ahí namas, no hay más medicamentos. (Dora)

En sus lugares de origen las muertes como consecuencia de las complicaciones en los partos o las infecciones posteriores a éste no son extrañas. Se habla de la matriz como un órgano sucio, esto como resultado de los partos y de la misma actividad sexual, mencionaron que ser “descuidadas” en este sentido podría ocasionar cáncer. En cuanto al “exceso” de actividad sexual y la promiscuidad Dora narra lo siguiente: “Me lo imagino, digo, a lo mejor

por el sexo, no sé pues, eso es lo que a lo mejor pues, si a lo mejor porque tantos años haciendo relaciones.” (Dora)

En relación a la actividad sexual, Lola señala que la enfermedad “se le va pegando” a la mujer que tiene relaciones con varios hombres, pero no habla del papel del hombre en esta relación: *“Dicen que las mujeres esas que andan en la calle, que se meten con todos los hombres y ahí se les va pegando.” (Lola)*. Pareciera que la responsabilidad de padecer CaCu recae principalmente en la mujer, especialmente en la que ha tenido “varios maridos” o que “se mete con todos los hombres”, el CaCu se estaría clasificando como una ETS, producto del comportamiento sexual no aceptado socialmente. En general las mujeres hacen referencia a las múltiples parejas que ellas puedan tener y no a las de sus parejas.

Pues yo te voy a decir la pura verdad, de esas personas que conozco, que se han hecho eso (operarse de cáncer) es porque han tenido varios maridos, varios maridos, yo por eso te digo también a uno se le puede pegar ¿no?, aunque tenga una sola pareja, pero casi la mayoría de las personas que están así es por tener muchos maridos, y yo imagino que eso es lo que provoca verdad, yo digo no sé. (Sofía)

Si el Pap es la prueba que detecta el CaCu ¿qué involucra saber el resultado?, ser catalogada como persona promiscua, infiel, engañada o descuidada. Benia y Tellechea, (1997) en los hallazgos de su investigación hacían mención a esta clasificación de mujeres “buenas” y “malas”, es como si el CaCu fuera el castigo a la promiscuidad.

Esta representación del CaCu como una enfermedad producto de conductas sexuales inapropiadas podría significar una barrera al momento de practicarse el Pap, pues esta prueba implica que alguien indague sobre sus prácticas sexuales. Hay que recordar que el número de parejas sexuales es una pregunta obligada al momento en el que recurren a esta práctica. Si alguien enfermara de CaCu podrían ser catalogadas como promiscua, y con conductas sexuales inapropiadas por el vínculo de esta enfermedad con el ejercicio de la sexualidad.

La literatura reporta que el VPH esta relacionado con el desarrollo del CaCu, sin embargo para la mayoría de las informantes este vínculo VPH – CaCu aún es desconocido. Algunas de las entrevistadas han escuchado nombrar este virus pero no lo describieron como un factor importante en el desarrollo del cáncer, sino como una ETS sin relación con el CaCu, como ejemplo tenemos lo que narra Elizabeth:

Y así del SIDA todo eso, enfermedades como, ¿cómo dicen?, de no sé cómo se llama otra enfermedad que pasan, el Papiloma Humano algo así. Ese se contagia pero por transmisión sexual dice, eso pasa si tienen relaciones sexuales con gente que tiene esa enfermedad, posiblemente contagien a su pareja. (Elizabeth)

De igual manera Sofía menciona el VPH como una ETS

Yo he oído no en los programas, en la tele, de que una doctora de un programa, este que puede surgir esa enfermedad de no sé qué cosa, no sé como se dice esa enfermedad del Papiloma Humano. Pero sí es peligroso yo no sé qué es eso, pero viene de adentro ¿no?, viene del cuerpo de nosotros. (Sofía)

Una vez más son las mujeres del grupo No Oportunidades quienes hablaron sobre este tema, por lo que podemos ver la televisión está jugando un papel fundamental en la transmisión de esta información, a través de programas donde se relatan o dramatizan casos de mujeres que ha pasado por esta situación sin embargo, se esperaría que las del grupo Oportunidades tuvieran más información al respecto pero las informantes no lo manifestaron así.

En las pláticas de Oportunidades a pesar de que el CaCu es un tema central, el espacio que se le da para hablar de él es insuficiente, se centran más en el cáncer de mama, probablemente porque es el primer tema que aparece en los rotafolios que sirven como guía para dar la plática. Cabe destacar que para una plática que tiene una duración de 30 a 45 minutos tocar temas como cáncer de mama (factores de riesgo, tratamiento, autoexploración) CaCu (factores de riesgo, entre ellos VPH, Pap) es una gran cantidad de información para

procesarse y asimilarse en ese momento, considerando que no hay conocimientos previos y que el cáncer es un tema complejo de explicar y de entender. Sería recomendable dar los temas por separado.

Tratamientos para combatir el cáncer general y el CaCu según las informantes

Aunque la mayoría de las mujeres desconocen los tratamientos prescritos por la biomedicina para combatir el cáncer, quienes hablaron de ellos los calificaron como agresivos, pues mutilan partes del cuerpo, “queman”, “adelgazan”, y “tiran el cabello”. Son tratamientos que parecieran causar más daño que beneficio al organismo. Estos se emplean como último recurso, cuando el cáncer ya ha avanzado y las esperanzas de sanar son pocas. De ahí el miedo al cáncer, pues está relacionado a estos agresivos tratamientos.

Curiosamente son otra vez las mujeres no adscritas a Oportunidades quienes profundizaron en este tema. Ellas adquirieron la información mediante conocidos que atravesaron por esta situación.

Me platicaron ellas les daban medicamento muy fuerte, y unas radiaciones muy fuertes, también quedaron sin pelo y muchas cosas que les dan fuertes, pues para combatirlo, y les operaban ahí donde estaba, cortaban lo mal, les hacían operación. (Sofía)

En cuanto a los métodos empleados contra el CaCu las beneficiarias de Oportunidades refieren lo siguiente:

La llevan una a Hermosillo y le trozan un pedacito de ahí de la matriz pa mandarla a analizar y que dan radiaciones y que no sé qué. Eso de radiaciones eso es una cosa, un aparato que meten y que quema por dentro todo eso. (Lola)

“Trozarle un pedacito” de matriz a la mujer para eliminar el CaCu del cuerpo parece ser el tratamiento más eficaz.

Por otro lado, las mujeres que han experimentado el cuidado de algún familiar con esta enfermedad, hablaron sobre las estrategias curativas que en los hogares les dan a los enfermos de cáncer, jugos de jitomate, baños con mezcal para refrescar el cuerpo.

Si estos tratamientos son representados como dolorosos, donde un gran sufrimiento está involucrado, y el Pap es el procedimiento necesario para detectar la presencia de cáncer, las mujeres prefieren no saber que “tienen” esta enfermedad para evitar los tratamientos y hacerle frente a la inevitable muerte, sin sufrir. Además ¿qué implica que les corten una parte de la matriz, o que ésta sea extraída de su cuerpo?, la posibilidad de perder la función materna, de ahí se derivarían posibles problemas con la pareja y conflictos con la identidad femenina. Así las mujeres prefieren no acudir a una prueba que implica que les “quiten un pedacito” o les “raspen” por dentro, esto atenta contra la capacidad reproductiva, se puede relacionar con los abortos o la incapacidad para procrear porque ya no tienen una “parte” de la matriz.

Hasta este momento el lector ha podido observar que la RS sobre el CaCu aún está llena de imprecisiones; se encuentra más estructurada entre aquellas mujeres que han visto de cerca el desarrollo de esta enfermedad a través de familiares. El análisis de los datos sugiere que la representación del CaCu es muy débil en la mayoría de los casos, sin embargo el cáncer, en general, es una enfermedad que se identifica y clasifica como mortal. Para la mayoría las causas que lo originan y los tratamientos son desconocidos. Podría decirse que las RS sobre el CaCu están aún en proceso de constituirse, aún son nociones, es decir, la información no está organizada ni ha sido “traducida” a las palabras de las informantes. Es

poco lo que éstas saben sobre el tema, a la mayoría se les dificulta explicar la enfermedad con sus propias palabras, es aún una enfermedad desconocida.

Sentimientos asociados con la DOCaCu

Para empezar abordaremos los sentimientos relacionados con el cáncer, éstos son en su mayoría negativos, sobresalen el miedo a la muerte y a la enfermedad misma, la angustia y el dolor hacia los tratamientos a los que son sometidos los pacientes. De ahí que muchas mujeres prefieran no saber si padecen o no la enfermedad, pues no quieren atravesar por eso. Las narrativas donde las mujeres describen el cáncer están llenas de sentimientos; predomina en ellas el dolor, la tristeza, y el miedo a la muerte. Todos son sentimientos negativos vinculados a la representación del cáncer como una enfermedad incurable y mortal. La relación del dolor y el CaCu no siempre está presente, pues son frecuentes los comentarios en torno a la falta de síntomas en las primeras etapas, y la presencia de estos cuando la enfermedad ha avanzado.

Uno cuando tiene dolor también le entra tentación, dice uno a lo mejor tengo cáncer. Una vez dice una señora, dice -No el cáncer no duele dice, se va a sentir ya cuando ya esta avanzado. Y pues a veces digo yo: ah pues, entonces no es cáncer que tengo porque siempre me duele la espalda. (Dora)

Esta falsa seguridad, que se genera en las mujeres al pensar que si “no sienten nada” entonces están “bien” puede convertirse en una barrera para la práctica del Pap, pues si se sienten bien de salud, no sienten la necesidad de realizarse una prueba que las hace sentir incómodas. Sin embargo, para quienes conocen la enfermedad de cerca la ausencia de dolor no es garantía de salud.

Yo ahí es donde me di cuenta que el cáncer es muy malo, de mi hermana me di cuenta yo porque la vi pues, la vi sufrir, la vi todo lo que ella estaba sufriendo con esa enfermedad. (Sabina)

Sabina a quien las experiencias de cuidado con sus hermanas le permitieron construir esta idea de que la ausencia de dolor no significa que la enfermedad no esté presente.

Otro de los sentimientos relacionados con el cáncer es el miedo a la enfermedad y al tratamiento.

Casi no sé nada del cáncer, ja. Pero no quisiera que me diera. Pero me pega un piquetito en la chichi, o algo o algo y ya, ¡ya tengo cáncer! digo yo, me da miedo. Y da miedo por la batalla que es curarse ¿no?, vueltas, todo eso, pero no sé. (Marisol)

Marisol habla del tiempo que lleva curarse, todo lo que implica ir y venir al tratamiento, dejar las actividades cotidianas por estar postrada en cama como le sucedió a su tía. Al estar bajo tratamiento, se desatiende el trabajo, el hogar y la familia, y no hay nada que asegure que los tratamientos funcionen, así que habría que evaluar si vale la pena seguirlos debido a que son considerados bastante agresivos.

El sentimiento que más frecuentemente se relaciona con el Pap es la vergüenza, a ser vista en el lugar más privado, en la zona más íntima, sobre todo si se trata de un hombre, por la postura en que se encuentra (recostada con las piernas abiertas). La vergüenza se siente en el Pap y en cualquier otro procedimiento que implique mostrar los órganos sexuales o estar en esa postura. Por ejemplo en el momento del parto hubo mujeres que se sintieron avergonzadas. Tal fue el caso de Marisol quien explica que durante el parto ella dice que hay una buena razón, el nacimiento de un hijo, y por eso la situación es menos angustiante, pero en el Pap no pareciera haber razón aparentemente válida para estar en esa posición y no sentir vergüenza “*Cuando tienes los chamacos tu sabes que a eso vas no y pues nimodo no hay otra que hacer. Pero ya de estar así, así sin nada.*” (Marisol)

Es evidente el conflicto en el que se encuentran estas mujeres, ante la posibilidad del practicarse el Pap pero detenerse por sentirse avergonzadas. Como consecuencia de la migración las mujeres han entrado en contacto con otras culturas que hablan de temas sexuales de manera más abierta, es un tema de trato cotidiano. En los estados receptores se insertan en trabajos remunerados lo que les brinda cierta independencia económica y, por lo tanto, mayor capacidad de decisión sobre su cuerpo, sobre su vida. En la televisión aparecen programas y anuncios donde aparecen casos de cómo realizar la autoexploración mamaria, la importancia de hacerse el Pap o las consecuencias de no hacérselo. En este sentido la migración y el Programa Oportunidades y en menor medida los medios de comunicación masiva juegan un papel importante en la reconfiguración del cuerpo y la sexualidad, no es que la representación sobre este objeto cambie diametralmente, tampoco se puede afirmar que sea un proceso rápido y sencillo, pero en el discurso se vislumbra que esta representación está cambiando, y esto afecta directamente la práctica del Pap.

El miedo es otro sentimiento relacionado con el Pap en particular con que se confirme la presencia de cáncer. Es temor a lo incurable, a la muerte, a incapacitarse por la enfermedad lo que implicaría no poder trabajar y llevar dinero a casa. A Evelia le daba miedo hacerse el Pap y por eso dejó pasar mucho tiempo entre una y otra, además de no contar con un servicio de salud o con un programa como Oportunidades, era el miedo a que le dijeran que tenía cáncer: *“Tenía miedo de ir ya tenía miedo tenía mucho que no me hacía la prueba: pues ya me dio miedo porque yo pensaba que era el cáncer ese.”* (Evelia)

El temor está ligado a la vergüenza de ser señalada como alguien a quien el personal de salud ha visto. Durante una junta de Oportunidades el enfermero mencionó que entre las asistentes había a quienes ya les había hecho la prueba; él lo hizo con la intención de animar a otras a practicarse el Pap. Sin embargo, una de las participantes se sintió avergonzada y

señalada, pues no quería que las otras mujeres supieran que había sido vista por el enfermero. Cabe aclarar que él nunca la señaló directamente, no dijo su nombre, ni se dirigió a ella, pero Marta como tenía poco tiempo de haber ido se sintió aludida y avergonzada.

Cuando hacen junta, los que lo hacen dicen: “yo ya se lo he hecho a varias gentes de aquí”. Eso no me gustó. No dicen nombres no, pero dicen así. Háganselo porque, pregúntenle a alguien pregúntenle que yo ya se los he hecho aquí, no es nada doloroso ni nada de eso, si quieren pregúntenle a unas que andan aquí, yo ya se los he hecho .El doctor que estábamos ahí una vez pues le estoy viendo la cara ahí pues, le estoy viendo la cara ahí y me vio cuando estaba ahí me dio vergüenza. (Marta)

Otro sentir recurrente es la molestia, este sentir ha sido sugerido por los prestadores de servicios de salud. Sabina, quien después de seis años de pertenecer a Oportunidades pareciera reproducir los discursos médicos al explicar la práctica como ellos.

Vas a sentir un dolorcito al meterte el aparato ese se siente una molestia(esto lo dice la enfermera) que uno siente pero eso es un, un momentito nada más que uno siente ese dolor un dolorcito pues leve no muy acá grave, no, un dolorcito que al meter eso pues como que siente uno mal ¿no?(Sabina)

Sentir molestia al momento del Pap es algo que se menciona en las pláticas de Oportunidades o cuando les explican en qué consiste el Pap de manera individual, incluso al momento de la toma. Se puede apreciar que la institución médica tiene gran injerencia sobre los cuerpos, no sólo para diagnosticar sino para decir que se sentirá durante los procedimientos. Pareciera que la molestia fuera utilizado para minimizar el impacto que el Pap pudiera causar en la mujer, ya que si tiene alguna infección, va inflamada o irritada y quiere expresarlo no puede hacerlo, no puede quejarse, pues de antemano le dijeron “sentirá una pequeña molestia, es todo”. Aún así hubo quienes asociaron el dolor con esta práctica. Sería recomendable que el personal de salud encargado de realizar el Pap les explicara a las mujeres, que el estudio no es doloroso siempre y cuando no acudan con alguna infección o

estén inflamadas por algún motivo; de lo contrario las mujeres lo podrían percibir como un engaño, pues sintieron que las lastimaron aún cuando les aseguraron que eso no pasaría.

“La prueba que previene del cáncer”. Utilidad que reconocen las informantes en la práctica de DOCaCu

Las mujeres se refieren a la prueba de detección oportuna de CaCu como “el Papanicolaou” o “la prueba del cáncer” cuya finalidad es detectar la presencia de infecciones, enfermedades contagiosas y prevenir el cáncer. Además de mencionar que es útil en el conocimiento del cuerpo, es decir para saber si está “limpio” o “sucio”, y para confirmar o detectar la presencia de enfermedades. Para ellas esta práctica impedirá el desarrollo del cáncer. Y aunque esto no es del todo falso, tal pareciera que para las informantes realizarse esta prueba asegurara de manera contundente que no lo desarrollarán, como si el Pap fuera una especie de tratamiento tal como sucede con las vacunas que les aplican a los niños para evitar ciertas enfermedades.

Comparan el Pap con una vacuna que evita que un niño enferme de varicela, piensan que lo mismo sucede con una mujer cuando le hacen el Pap. Entonces cuando conocen a alguna mujer que se practica o se practicó el Pap en alguna ocasión y después resultó enferma de cáncer, dejan de confiar en la efectividad de esta prueba. Este caso llama la atención, pues Sofía es del grupo No Oportunidades, acude regularmente al centro de salud pues es hipertensa, pero dice haber escuchado esta información en los medios de comunicación.

Pues yo pensaba que era una, que era a través de una vacuna, yo pensaba que daban el tratamiento como una vacuna, que te vacunaban para eso, para que no te diera esa enfermedad del cáncer, como una vacuna. (Sofía)

En el grupo de No Oportunidades resalta el interés de saber cómo está el cuerpo por dentro después de las relaciones sexuales y el parto. Estas mujeres consideran que el Pap sería útil para despejar dichas dudas. Además las mujeres de este grupo relacionan el Pap y la prevención del CaCu, situación que no siempre se presenta entre las que sí están adscritas al programa. Elizabeth reconoce la importancia del Pap en la prevención del CaCu, si hay enfermedades que no se sienten o estados del cuerpo que se desconocen habrá que ir con el médico para que la revise y le diga cómo está por dentro.

Pues para prevenirlo, para saber si uno está bien. Bueno, pues si no lo siente uno digo yo no, no lo siente uno que si uno está enfermo, no sabe uno cómo está adentro, si está uno bien o está uno enfermo; ta bien que uno se siente bien, pero no sabe uno qué es lo que tiene uno. (Elizabeth)

Por su parte Lola habla de la utilidad del Pap para indagar sobre la presencia de infecciones, mismas que son las causantes del cáncer, entonces si tratan las infecciones estarían previniendo la aparición de esa enfermedad.

Pues para eso para ver si uno trae infecciones, pues por las infecciones ahí empiezan el cáncer y todo eso, pues me imagino que para eso yo, es para ver si una no trae una infección o algo. (Lola)

Para las mujeres de Oportunidades las pláticas ofrecidas en el programa han influido en la RS del cáncer como una enfermedad que no presenta síntomas en los inicios, por lo que es indispensable detectarla con un examen como el Pap. La información brindada en estos espacios menciona su utilidad en la detección de infecciones y enfermedades que se “pegan”, es decir, enfermedades de transmisión sexual. La ventaja de que estas mujeres cuenten con esta información es que encuentran en el Pap más de una función. Pero habría que indagar sobre las implicaciones que tiene en su vida personal la posibilidad de confirmar la presencia de alguna enfermedades de este tipo, cómo lo manejarían, qué pasaría con su relación de

pareja. Es decir, qué representa para las mujeres haber sido infectada por esta vía podrían ser señaladas como promiscuas, como se habían mencionado al hablar de las causas.

Probablemente si el personal de salud notara la presencia de alguna ETS ellas se sentirían catalogadas como promiscuas, esto podría generar temor de que el personal de enfermería se lo comunicara a sus parejas. Además si ellas hubieran incurrido en alguna infidelidad probablemente sintieran temor de que su pareja se enterara. Por otro lado se verían en la necesidad de contemplar la posibilidad de que su pareja las estuviera engañando, y las siguiera contagiando, lo que las pondría en la disyuntiva de separarse de él, pero cómo mantener un hogar solas y entonces ser señaladas por los integrantes de la comunidad en la que habita, esto tendría grandes repercusiones especialmente para quienes son migrantes pues podrían perder las pocas redes sociales que han logrado construir si fueran catalogadas como “malas mujeres”.

Quién debería acudir a la DOCaCu, de acuerdo a las informantes

De manera general las informantes expresaron que todas las mujeres deberían practicarse el Pap, pues lo consideran la principal forma de prevenir el cáncer. Sin embargo, hay quienes piensan que esta prueba se aplica solamente a las mujeres mayores, a aquellas con vida sexual activa que ya han tenido hijos. Para quienes están en Oportunidades esta recomendación probablemente fue escuchada en las pláticas de autocuidado que se dan en el Programa; ya que en los rotafolios que se utilizan para impartirlas aparece señalado que el Pap se practicará en aquellas mujeres con vida sexual activa.

Sólo algunas mujeres. Cualquiera puede enfermar de cáncer. Puras señoras grandes, sí porque escuché ahí estaban diciendo, que así muchachas que no han tenido relaciones no se puede, puro gente grande que ya tiene relaciones, dice la gente pues.
(Marta)

En la narrativa de Marta la relación entre el Pap y el CaCu no es clara. Señala que se debe practicar a ciertas mujeres, “señoras grandes” que ya han tenido relaciones sexuales, pero también asegura que cualquier mujer puede enfermarse de cáncer. Por lo tanto el Pap se adscribe a aquellas mujeres que han tenido descendencia. Sería importante durante estas pláticas aclarar que para aquellas mujeres que ya no son sexualmente activas, pero que tuvieron relaciones sexuales en algún momento de su vida el Pap también es un estudio necesario.

Las mujeres del grupo No Oportunidades consideran importante que las mujeres que han tenido hijos se realicen el Pap, pues no saben cómo está el cuerpo por dentro. Tener hijos cambia el cuerpo, lo ensucia por dentro y por eso es importante revisarlo. Los hijos son el producto de las prácticas sexuales, de ahí que se habla de una RS de las prácticas sexuales como algo malo, sucio, indebido.

Marisol es la única que menciona que quienes deberían hacerse el Pap son aquellas mujeres que presenten síntomas, Esta idea contradice lo que ella misma expresa sobre el cáncer:

Yo digo así, si varias veces tienes infecciones así me imagino yo que con más razón. Ya sé que el cáncer no se siente ni nada hasta muy tarde ¿no? pero se me figura que los que tengan más síntomas ¿no? O sabe”. (Marisol).

Ella dice que el cáncer no se siente, y que el único medio para saber si lo padece sería practicándose el Pap, pero señala que a esta prueba deben acudir las mujeres que presenten síntomas. Cabe señalar que las ocasiones en que a ella se lo han practicado, los resultados han señalado que tiene infecciones.

Analizado lo expuesto por las informantes podemos observar, que según ellas, quienes deben acudir a la DOCaCu son las mujeres con vida sexual activa, que padezcan infecciones vaginales o algún síntoma ginecológico.

Razones presentes en la decisión de practicarse el Papanicolaou.

Las entrevistadas que se han practicado el Pap narran situaciones, condiciones o sentimientos que obstaculizan esta práctica. No hay una sola cuestión que determine esta situación, es el vínculo de varios aspectos lo que permite o impide esta práctica. Vale la pena decir que la DOCaCu no sólo es cuestión de decisión y voluntad. La información aunque útil es insuficiente cuando las condiciones de vida no permiten a las mujeres atender su salud, además están de por medio las RS de la sexualidad, la reproducción y el cáncer. A continuación se presenta la descripción de las razones que facilitan el Pap.

Tabla 17. Razones para practicarse el Pap según las entrevistadas

Nombre	Oportunidades	Nombre	No Oportunidades
<i>Sabina</i>	Interacción con enfermos de cáncer. Miedo	<i>Dora</i>	Sugerencia por parte del personal de salud. Síntomas
<i>Marta</i>	Sugerencia por parte del personal de salud	<i>Elizabeth</i>	No ha ido
<i>Evelia</i>	Sugerencia por parte del personal de salud	<i>Sofía</i>	No ha ido
<i>Lola</i>	Infecciones. Miedo	<i>Marisol</i>	Experiencias positivas de sus conocidas

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

Lo que llevó a las mujeres a decidir practicarse el Pap fueron diversas; reportaron el miedo a enfermar de cáncer, problemas ginecológicos, sugerencia (o exigencia) por parte del personal de salud, así como el apoyo y motivación de las redes sociales con las que cuentan.

En el grupo Oportunidades el miedo a padecer cáncer y morir a consecuencia de éste se presenta tanto en las mujeres que han tenido contacto directo con la enfermedad, a través de un familiar, como en aquellas mujeres cuyo conocimiento sobre el cáncer se reduce a lo que han escuchado sobre éste. En las pláticas el cáncer es definido como una enfermedad mortal si no se detecta a tiempo. En las interacciones con sus familiares o vecinos del pueblo las informantes han comprobado esto, que las personas mueren a consecuencia de esta enfermedad. El miedo a morir sería una buena razón para acudir a la detección oportuna de cáncer. Aunque como veremos en el siguiente apartado, éste sentimiento puede actuar en dos direcciones, como barrera o como un elemento presente en la decisión de acudir al Pap.

Para las mujeres del grupo No Oportunidades la presencia de síntomas ginecológicos influyen de manera importante en esta práctica especialmente si éstos son insoportables o incapacitantes. El Pap no es representado como una medida preventiva, sino como un recurso para saber qué sucede en su cuerpo.

Entre las mujeres del grupo Oportunidades las corresponsabilidades marcadas por el programa significan una razón para que se hagan la prueba, lo mismo sucede con las afiliadas al IMSS, que en ocasiones se requiere la prueba como condición del servicio. Acuden por la obligación que sienten y no porque el Pap sea una práctica incorporada a la vida cotidiana. Otro apoyo importante es el conocimiento sobre la experiencia de sus conocidas, como ya se ha mencionado anteriormente. Saber que una mujer como ellas se han hecho el Pap, brinda cierta tranquilidad en cuanto al procedimiento. Sería oportuno rescatar esta información como sugerencia a los encargados de difundir y practicar el Pap, pues es insuficiente que la

información sobre la práctica dada a través del personal de salud cuando podrían reunir mujeres que ya han tenido la experiencia con otras que no han oído o no se han practicado el estudio para poder intercambiar información, dudas o experiencias.

Barreras frente a la DOCaCu

En las narrativas de las mujeres acerca de las barreras para practicarse el Pap aparecen con mayor frecuencia el sentimiento de vergüenza, miedo, obstáculos relacionados con las condiciones de vida como la falta de tiempo para acudir al centro de salud debido al exceso de trabajo, la falta de confianza en el cuerpo médico, la desidia, el lenguaje, la presencia de enfermedades y el embarazo. Esto se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 18. Barreras frente a la DOCaCu

Nombre	Oportunidades	Nombre	No Oportunidades
<i>Sabina</i>	Vergüenza porque los prestadores de servicios de salud y ella son del mismo pueblo	<i>Dora</i>	Desidia. Desconfianza en los médicos debido a la ineficacia en la atención
<i>Marta</i>	Vergüenza a que las demás mujeres se enteren que el enfermero se la ha hecho	<i>Elizabeth</i>	Pena
<i>Evelia</i>	Vergüenza y Desidia	<i>Sofia</i>	Enfermedad
<i>Lola</i>	Flojera y falta de tiempo	<i>Marisol</i>	Vergüenza de volver a ver a quienes se la hicieron. Desconfianza en la eficacia de los prestadores de servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia con datos de las entrevistas realizadas de agosto de 2006 a abril de 2007.

De las barreras mencionadas anteriormente el sentimiento de vergüenza fue mencionada en mayor número de ocasiones, y se refiere a estar desnuda frente a otra persona. En algunos casos especificaron que la vergüenza se producía cuando eran examinadas por

aquellos con quienes conviven cotidianamente, es decir, el personal del centro de salud tiene de uno a tres años laborando en esa localidad.

Y bien suave así cuando vinieron del MEXFAM ese pues bien suave era gente que ya no ibas a volver a ver, pues que ya si te vieron pues te vieron. Y aquí no, los estás viendo seguidon y no, da pena. Que lo veo digo ay el que me hizo la prueba. Pero pues yo sé que él ni se acuerda, pero, de todas maneras da vergüencita. Yo por eso también me desmoralicé. Esa vez que me la hice con ahí con MEXFAM me salió que si tenía infección y no me habían dicho nada en el centro que tal que hubiera sido una cosa pior y uno hace confianza. (Marisol)

En comunidades relativamente pequeñas como Estación Pesqueira donde sólo hay un centro de salud y se tiene la certeza de que el mismo personal la atenderá en cualquier ocasión, sea que acuda a vacunar a sus hijos, a tomarse la presión o al Pap, genera vergüenza en las mujeres que ya han tenido esta experiencia, pues eso significa que la persona que la está atendiendo la ha visto en su intimidad, lo que las hace sentir incómodas. Las mujeres reconocen que las enfermeras y enfermeros probablemente no recuerdan de haberlas examinado, sin embargo, ellas sí lo tienen presente y eso las avergüenza.

La falta de tiempo fue una de las barreras que mencionaron las mujeres para ir al Pap. Trabajar fuera del hogar la mayor parte del día, regresar y trabajar en el hogar. Perder un día de trabajo es perder un día de alimento o restar ingreso a la renta. Hay que recordar que no sólo trabajan fuera del hogar en los campos de uva, sino que realizan muchas actividades en su casa, hacer tortillas, preparar desayuno, almuerzo para los que se van al campo, comida para los que se quedan en casa, llevar a los niños a la escuela, llevar a sus familiares enfermos al médico, limpiar la casa, lavar la ropa. La “desidia”, esa negligencia hacia la propia salud como si no mereciera la misma atención que los demás miembros de la casa y, por lo tanto la mujer queda al final es también una barrera frente al Pap: “*Es que trabajar, y también nomás no iba porque trabajaba o porque a veces desidia eso era pues.*” (Evelia)

Esta doble jornada, misma que ha sido detallada en el capítulo sobre la migración, les deja muy poco tiempo para prestar atención a las dolencias de su cuerpo y preocuparse por su salud. Hay tanto que hacer a lo largo del día, que la salud queda en segundo plano. Además los horarios de atención en el centro de salud no coinciden con el tiempo que las mujeres tienen disponible, pues la toma de Pap, por lo general, se hace después de las 11 de la mañana y antes de las 3 de la tarde, en ese horario las mujeres están trabajando en los campos de uva o recibiendo a los niños que salen del preescolar, cocinando para los que llegarán de la primaria o para quienes acuden en el turno vespertino, están terminando de lavar o limpiar la casa. El tiempo de espera para ser atendidas, parece tiempo perdido, causa “flojera” pensar en ir al centro de salud y estar esperando todo el día cuando podía estar haciendo actividades del hogar o en el campo.

Me da flojera. No pues luego que sea a las 11, pues a las 11 uno anda voy hacer de comida, van a llegar los chamacos y en vez de uno que va y ya están otras que fueron otros días y pues ya meten a esas que apartaron el campo otro día y pues a uno no la meten rápido. (Lola)

En ocasiones atienden a mujeres que fueron en días previos y no fueron recibidas, entonces de ser la ficha número 9, como se lo indicaron, termina siendo la 15, (por poner un ejemplo) y a eso habría que agregar el tiempo que el personal de salud que labora en el centro dedica a atender alguna emergencia, en caso de que ésta se presente.

Resolver esta situación no está en manos de las mujeres y tampoco es una responsabilidad del personal del centro de salud, quienes hacen lo que pueden con los pocos elementos o recursos materiales que tienen. No pueden atender a la comunidad de manera más ágil porque es numerosa la población que solicita el servicio. La mayoría de los habitantes de la localidad aunque trabajan, no están asegurados y acuden a la secretaría de salud al servicio médico. Sería recomendable que de contar con los recursos humanos y

materiales el horario del centro de salud cubriera el turno vespertino atendiendo a las condiciones laborales de las mujeres habitantes de Estación Pesqueira, o hacer campañas una vez al mes en ese turno para atender a la población que no puede acudir por las mañanas.

Entre las mujeres de los grupos étnicos el lenguaje es una barrera importante pues, las mujeres platican entre ellas sus experiencias e intercambian información, pero falta mucha claridad sobre el procedimiento, como se ha dicho en repetidas ocasiones, no les queda claro en qué consiste la toma. El caso de Marta ilustra muy bien esta situación. Ella pertenece a Oportunidades desde hace cuatro años y se ha hecho el Pap en varias ocasiones además de acudir a las pláticas que ofrece el programa. A pesar de eso no tiene una idea clara del Pap, sabe qué previene, pero no cómo se lo hacen, pues aunque habla español no lo entiende muy bien, así que gran parte del contenido de las pláticas no le queda muy claro.

Pues le checan uno ahí. No dicen nada pues. -El que sigue, nomás y ya, -Acomódate ahí, y ya, tapan pues terminan y es todo le dicen. Con una cosa que meten ellos, quien sabe que cosa, un aparato que usan ahí. Está chiquito yo creo, está chiquito el aparato. (Marta)

Vale la pena resaltar la importancia de capacitar a mujeres indígenas de las distintas etnias que sean bilingües sobre el procedimiento del Pap, su utilidad, los beneficios que representa, etc. Para que ellas a su vez compartan con vecinas y familiares esta información en su propia lengua.

La literatura reporta que en contextos rurales como el de Estación Pesqueira una barrera importante frente a la DOCaCu son las negativas por parte de la pareja masculina para que las mujeres se practiquen el Pap. Sin embargo, entre los hallazgos de este estudio destaca que las informantes no reportan oposición de su pareja en lo que a la práctica del Pap se refiere, incluso hay quienes encuentran apoyo en ellos para hacerse el Pap. Esto lo vemos en la narrativa siguiente:

Con todo lo que sucedió, lo que pasamos juntos, siempre hemos hablado de eso, y si estamos de acuerdo en que se cheque uno por ser mujer y por tener tanto niño uno no sabe cómo tiene uno la matriz. No, él está de acuerdo, pues todo lo que sea por la salud. (Elizabeth)

Llama la atención que aunque la mayoría de las entrevistadas reportan relaciones de pareja conflictivas, y en algunos casos violencia física y verbal, lo que haría pensar en la oposición del marido, ninguna reportó desacuerdo por parte de ellos para que se hagan el Pap. Esto podría tener varias explicaciones: Una de ellas fue mencionada por una de las mujeres con quien se estableció contacto pero que finalmente no formó parte del estudio, cuando ella acude al Pap su marido no lo sabe, pues procura ir cuando él está trabajando y, de esta manera se ahorra los posibles reclamos. Otra explicación podría ser que la relación entre las parejas ha cambiado porque las mujeres trabajan fuera del hogar y aportan dinero a la economía familiar, tienen más posibilidad de decidir sobre sí mismas, como narra Sofía:

Vamos porque nosotras queremos estar sanas, no es que él marido quiera o no quiera, ahí vamos a ver si estamos mal o no estamos mal de lo que tenemos. Entonces si vamos no es opinión de la pareja, ellos nunca se meten en lo que es bien para uno y bien para él. (Sofía)

Podría ser que los hombres no sepan en qué consiste el Pap y, por lo tanto, no se opongan a que las revisen, esto si tenemos en cuenta que las mujeres tienen una vaga idea sobre este procedimiento y partimos del supuesto que no discuten estos temas con su pareja.

La primera experiencia del Papanicolaou entre las mujeres entrevistadas

Al hablar del primer acercamiento con el Pap existen dos descripciones principales. Una es la ausencia de dolor y la otra la presencia de éste. Primeramente, algunas, hablan de una ausencia de sensaciones, “nada, no sentí nada” es poco lo que recuerdan de esa ocasión ya que los nervios y la vergüenza fueron muy intensos. Es como si quisieran olvidar este episodio, no sintieron nada, porque las mujeres no hablan de los eventos que ocurren en los

genitales. Evelia narra que no sabía qué le sucedería, pero al ver el instrumental pensó que sería algo muy doloroso.

Yo no sabía cómo me iba, qué me iba a pasar. Me enseñaron el aparato que me iban a poner con ese me iban a hacer el examen. No pues, ese fierro me va a doler y no no duele. No pues no sentía nada, y muchas dicen que les duele, les arde, les duele. (Evelia)

Por su parte, Lola se sentía muy nerviosa, buscaba el tubo del que le habían hablado las amigas que habían pasado por esta experiencia. Al parecer la explicación dada por la enfermera la tranquilizó, ya que nunca mencionó un tubo, sino una pequeña paletita de madera, que Lola ya conocía, la misma con la que revisan a sus hijos cuando van al médico, probablemente le enseñaron un cepillo cervical, utilizado para tomar la muestra.

Me la hizo la enfermera del centro, y no era como una tablita de esa con la que ven las anginas. Me preguntó si ya me lo había hecho. Acuéstate, ahí no, buscaba el tubo, me sentía con nervios así nerviosa. ¿Hasta donde me lo irá a meter? decía yo. Me dijo no estés nerviosa si no duele y ya me dijo te vamos a meter esta paletita, le vamos a dar vuelta, vamos a agarrar algo de ahí y ya dijo, es todo. (Lola)

El personal de salud intenta tranquilizar los miedos de las mujeres y disminuir la vergüenza. Aunque les explican el procedimiento éste al parecer no es claro, la postura en la que se encuentran hace que en todo momento se sientan avergonzadas, además el campo visual es limitado, las “tapan” y ellas no pueden ver nada de la cintura para abajo: “*Ah sí bien nerviosa, me daba cosa, y todas las veces no creas que, no nada más la primer vez, todo el tiempo ahí estoy, nerviosa temblando.*” (Marisol)

Además sentían miedo a ser lastimadas, por lo que habían escuchado. Sabina habla que temblaba del miedo y se cubría el rostro de vergüenza.

Ve que frío tenía yo ahí en la cama que me daba miedo. Yo decía cómo se siente y pues el doctor me decía no tenga miedo, relájese póngase así blandita, no se ponga

dura porque sino la puedo lastimar. Que no tuviera uno miedo que eso era un ratito nada más. Yo nomás me tapaba la cara, me ponía mi suéter, yo nomás hacía un esfuerzo de que ya el cuerpo blandito, y temblaba yo. Y me daba miedo, y me daba vergüenza. No sé que tanto sentía yo, pero aún así con miedo me iba. Pues sentía pena porque era la primera vez, me daba vergüenza. (Sabina)

Sobre la primera experiencia con el Pap fue posible encontrar marcadas diferencias entre las mujeres indígenas y las mestizas. Para las mujeres de grupos indígenas la comunicación médico–paciente es un obstáculo al momento de hacer el Pap. Tal parece que en el discurso médico no existe una idea homogeneizada en torno al parto, pareciera que no hay espacio para las distintas formas de parir. Los prestadores de servicios de salud, desconocen o minimizan las diferencias culturales referentes a los partos, probablemente no saben cómo manejarlas. Advirtiendo ésta diferencia las mujeres les hacen saber esto a los médicos, les explican que no entienden qué les están pidiendo pues ellas realizan los partos de manera distinta. Dora no sabía cómo se hacía el Pap y cuando acudió y le pidieron se colocara como si fuera a tener un bebé, tampoco entendió la instrucción, pues nunca había ido al médico, sus partos habían sido atendidos en casa, y no los tenía “para arriba”.

Tu has como si fueras a tener un bebé, yo le digo pues no se jajaja cuando dábamos luz no era así eso de uno pa arriba jajaja, le digo, simplemente nuestra mamá nos ponía y ahí este no es así. Como mujer nunca fui al médico no se cómo es. (Dora)

Dado lo expuesto anteriormente es importante considerar que para los prestadores de servicios de salud que se desempeñan en contextos multiculturales como el de Estación Pesqueira, retomar estas experiencias y enseñarlas a sus colegas para brindar un mejor servicio. Claro que eso no está en sus manos únicamente, es cuestión de diseñar un plan de estudios adecuado desde su formación académica que les permita enfrentarse a estas situaciones con las herramientas diseñadas o capacitarlos no sólo en cuestiones técnicas, sino también en aspectos sociales.

La descripción que hacen las informantes del procedimiento a seguir durante el Papanicolaou

La RS sobre el procedimiento necesario para realizar el Pap no varía mucho entre el grupo de Oportunidades y el de No Oportunidades, es decir, las mujeres describen lo mismo en cuanto a la mecánica, los instrumentos utilizados, el lugar de la toma y el tiempo que lleva hacerlo. Expresan diferencias en el conocimiento sobre los requisitos que piden para practicarse el Pap y en el tiempo de entrega de resultados. Cuando las mujeres adscritas a Oportunidades acuden a la prueba los médicos y enfermeras les dicen en más de una ocasión que sentirán dolor o una pequeña molestia. Les explican también que este procedimiento no es tardado, lo que lleva tiempo es decidirse a hacerlo y les indican las condiciones en las que hay que acudir.

Es una tablita que le dan vuelta y que le sacan no sé que a uno, no sé qué de ahí, y de ahí las mandan, las mandan pues para allá y después vienen los resultados. Has de cuenta como si fuera uno a tener un hijo, ahí la ponen a uno. Dicen que es una tablita igual así como la que nos ven las anginas no más la meten y no me molesta. (Lola)

Como puede ver el lector sobre cómo se realiza la prueba de DOCaCu existen muchas imprecisiones, las desconocimiento sobre los instrumentos que se utilizan; falta claridad también en lo que se ve a través del Pap y qué es lo que sacan (un líquido, un trocito de matriz). Sería recomendable aclarar que durante el Pap no extraen un pedazo de matriz, pues la idea de que serán mutiladas podría convertirse en una barrera frente a la DOCaCu.

Entre las condiciones⁴¹ en las que deben acudir al Pap en general las entrevistadas mencionaron la abstinencia sexual. Probablemente esta información la han obtenido en las pláticas de Oportunidades, en prácticas previas o durante las consultas médicas. Otro requisito mencionado fue ir “bañada” o “limpia”. Aunque esta condición parece sencilla, en una comunidad como Estación Pesqueira donde la falta de agua es recurrente, este requisito no es fácil de cumplir. Otros requisitos mencionados fueron: no hacerse la prueba si está menstruando o si está embarazada.

Ni cuando está embarazado uno, ni cuando anda, ni cuando anda reglando, y al tercer día de que se le quite la regla a uno puede ir, ni cuando tiene relaciones uno tampoco. Por ejemplo así, si antier fue el último día, si ya se le quitó la regla a uno, y pues otro día, si ese día ya se le quitó y otro día en la noche pues tiene relaciones uno otro día pues ya no puede ir hacérsela. Yo he oído que no, pues fui al centro a hacerme la prueba y no porque no, que tiene uno, que no tiene que tener relaciones ni pues cuando anda reglando uno y hasta el tercer día de que se le haya quitado tiene que dejar pasar esos dos días. (Lola)

No es sencillo hacer coincidir todos los requisitos exigidos en el centro de salud, atender una cita que parece arbitraria, cuando lograron negociar la abstinencia sexual y coincidir los días señalados del período menstrual es complicado. En ocasiones al llegar a la consulta no son atendidas, los médicos y las enfermeras no se dan a vasto están en campaña de vacunación o antirrábica, salieron a una junta o simplemente el número de usuarios los lleva a seleccionar las situaciones que consideran como emergencias⁴². El resultado es la aversión hacia una la práctica por todo lo que implica.

⁴¹ La única contraindicación para la toma del Pap. señalada en la Norma Oficial es el periodo menstrual, es decir, que el único requisito sería que la mujer no este menstruando. Estos requisitos representan una barrera para el Pap., las mujeres lo posponen hasta el día en el que pueden evitar las relaciones sexuales, ya que esta decisión no está completamente en sus manos. Pues poseen pocas o nulas herramientas para negociar con sus parejas evitar o posponer las relaciones íntimas, esta decisión pertenece a los hombres quienes tienen el dominio y control sexual, lo que entorpece el uso de medidas preventivas para ETS y embarazos (Szasz, 1999).

⁴² Esta dinámica se observó durante el trabajo de campo.

Las mujeres de No Oportunidades desconocen en su mayoría los requisitos para hacerse el Pap. Elizabeth mencionó no tener relaciones sexuales por 4 días como uno de los requerimientos. Si acuden al centro de salud sin ir “preparadas” lo más seguro es que no las reciban en ese momento, les señalen estas condiciones y se les cite para otro momento.

Esta decisión por parte del personal de enfermería no es fácil, pues, que los elementos necesarios permitan a las usuarias acudir en otra ocasión podría tomar tiempo. Si les comunican que serán atendidas en otra ocasión, puede interpretarse como rechazo, como mala atención. Si solicitaron la prueba porque presentaban síntomas ginecológicos probablemente acudan a alguna farmacia o médico particular para controlar el malestar, y a menos que sea insoportable volverán al centro a sabiendas de que tendrán que esperar gran parte de la mañana para ser atendidas o que les reprogramaran la cita.

Acerca del lugar donde ubican la toma, las informantes no llaman a los genitales por su nombre sino que se refieren a ellos como: “ahí”, “ahí adentro”, o “la parte”, esto podría estar relacionado con la falta de conocimiento sobre el propio cuerpo y el silencio que ha reinado sobre ellos; probablemente las mujeres no los llaman por su nombre porque lo desconocen. Este desconocimiento del cuerpo obstaculiza reconocer los cambios por los que éste atraviesa y en caso de alguna eventualidad poder identificar dichos cambios.

Sobre este tema las diferencias entre las beneficiarias de Oportunidades y las no afiliadas, recae en que las últimas al referirse al lugar de la toma si mencionan los órganos “la vagina”, “la matriz”, “la trompa” y “la parte”; mientras que las adscritas al Programa hablan se refieren al lugar de la toma de la siguiente manera: e“ahí”, “ahí adentro”, o “la parte”, ejemplo de esto es lo que narra Elizabeth: “*Dicen que utilizan mmm cómo le diré, es como un aparato en la matriz*” (Elizabeth). Algo similar expresa Evelia al decir: “*Le abren toda su parte a uno y le meten ese fierro*”. (Evelia).

Es posible pensar que, por la información a la que tienen acceso estas últimas, nombrarían con mayor facilidad este órgano del aparato reproductor, sin embargo, vemos como la información no es suficiente para modificar la RS, aquí la valoración negativa alrededor de la sexualidad está jugando un papel importante en la toma del Pap.

En cuanto a los instrumentos que se utilizan en el procedimiento, los describen como “un aparato”, “un tubo”, “una tablita”, “una cosa helada”, “una jeringa” o “un espejito”, éstos se introducen en la matriz para extraer “un líquido”, “una babita”, misma que mandan a analizar tras ponerla en una plaquita que lleva su nombre, y después de cierto tiempo les entregan los resultados. Para las entrevistadas el Pap consiste en un procedimiento rápido que no dura más de quince minutos en él que se puede sentir dolor o molestia.

Sobre los instrumentos que se utilizan para tomar el Pap, en el caso de las beneficiarias de Oportunidades, están más familiarizadas con éstos y los describen en términos de otros aparatos utilizados durante las consultas: “una tablita” como la de las anginas, “una bomba” (que succiona), o “una jeringa”; también hicieron referencia a aparatos agresivos o que al entrar en contacto con ellos pueden causar dolor o producir daño al órgano reproductor: “un fierro”, “un tubo”, “un espejo”. Ejemplos de lo anterior es lo que menciona Lola: *“Es una tablita igual así como la que nos ven las anginas. No más la meten.”* (Lola), y también encontramos comentarios al respecto en la narrativa de Evelia: *“Si le abren toda su parte a uno y le meten ese fierro como que le abren así y jalan.”* (Evelia)

Se aprecia un sensible desconocimiento hacia el instrumental, si a la mayoría, no a todas se los muestran antes de tomarles la muestra, en esa ocasión están tan nerviosas que no ponen mucha atención a todos los detalles. No ha habido un momento para que se familiaricen con ellos y despejen sus dudas sobre los usos que tienen. Pertenecer a Oportunidades no asegura el conocimiento del instrumental que utilizan durante la prueba,

este no es un tema que se toque en las pláticas del programa. Los instrumentos son mostrados al momento de la práctica de manera muy rápida. Faltan espacios destinados a aclarar las funciones y el uso que se le da a éstos, para que las mujeres pudieran familiarizarse con ellos.

Por otro lado las mujeres que no tienen Oportunidades se refieren a los instrumentos como “aparatos”: *“Le ponen un gel y que sacan un aparato y le jalan la matriz.”* (Sofía). Esta idea que tienen sobre los instrumentos se ha ido formando gracias a los comentarios de quienes han atravesado por esta experiencia. También mencionan un espejo, lo que remite al espejo vaginal. Para ellas este espejo sirve para ver algo dentro del cuerpo de la mujer, como si se pudiera ver a simple vista: *“Y luego pues tienen aparatos como un espejito le meten y le sacan un líquido.”* (Elizabeth). También mencionan “una cosa helada”, eso lo que sienten, no es algo que hayan visto o tocado: *“Yo nomás siento una cosa heladita (hace ruido como si sorbiera algo) y ya una cosa que jala así nomás.”* (Marisol)

Sería importante preguntarnos que representaciones se general cuando se habla de que la matriz se “jala”, pues que podría correr peligro de desprenderse o dañar la capacidad reproductiva. En general las RS sobre el instrumental son imprecisas, sin embargo la forma en que las entrevistadas describen los instrumentos da la impresión de que estos causarían daños, posiblemente irreversibles, a la matriz.

Aunque entre las beneficiarias de Oportunidades la prueba de DOCaCu es más frecuente, aún hay muchas dudas sobre lo que sucede durante el procedimiento. Dicen que les sacan “algo”, pero no saben qué. La mayoría habla de “un líquido” o “una babita”, esta representación sobre la extracción de algo de su interior puede significar un pedazo de útero. Lo que podría constituirse en una barrera frente al Pap, pues si les quitarán una parte de su órgano reproductor, sería doloroso, produciría la pérdida de la función reproductora.

Pues le checan uno ahí. No dicen nada pues. El que sigue nomás y ya, acomódate ahí y ya, tapan pues terminan y es todo le dicen. Con una cosa que meten ellos quien sabe que cosa, un aparato que usan ahí. Está chiquito yo creo, está chiquito el aparato. (Marta)

De acuerdo a las informantes la toma del Pap consiste en abrir, jalar, aplastar o extraer con la intención de ver cómo están por dentro. Sería interesante explorar qué creen las mujeres que se ve en una inspección como ésta: múltiples parejas sexuales, abortos, abusos. Si ésta hipótesis fuese cierta, es decir, si consideraran que al interior del útero el personal de enfermería puede ver a simple vista los episodios antes relatados, podría representar otra barrera al producir miedo de ser señalada por dichas situaciones.

Así como cuando va a tener un niño la ponen, le meten un aparato. A mi nunca me ha dolido dicen que si duele a mi nunca me ha dolido. Un rato nomás, como unos 10, 15 minutos nomás. Le sacan algo de ahí adentro, según yo por mi edad dice la enfermera que no tengo pero no se cómo tenía mi matriz reseca pues, sabe que me sacaran. Cuando uno esta mayor ya no es igual que cuando está joven. Es un aparato como bomba tiene como una jeringa, yo creo con ese lo sacan o le aplastan eso dicen que duele pero a mi nunca me ha dolido, si le abren toda su parte a uno y le meten ese fierro como que le abren así y jalan. Me platica la enfermera -No tienes que estar haciendo fuerza tiene que ponerse floja uno, para meter el aparato ese que le meten. No duele. Es un fierro así como que lo meten y lo abren. Yo creo para ver para adentro. Ya me pregunta cómo me siento, bien le digo. No siente molestias, algo, nada. No siente, nada. (Evelia)

Las entrevistadas del grupo No Oportunidades mencionan “jalar” como el procedimiento a seguir en estos casos. Si tienen la idea que en el Pap les quitan o cortan una parte de su útero, es lógico pensar que cuando se lo han hecho sientan que les “jalan” algo. Cuando dicen “jalar para ver la trompa” pueden estar representando esta idea de que lo examinado puede ser visto a simple vista, aunque esto no es del todo erróneo hay que dejarles muy claro que hay cosas que no se ven y por eso es necesario mandarlas analizar con aparatos especiales.

Sienten también que les sacan un líquido y eso es lo que llevan a analizar, probablemente eso sea el producto de alguna severa infección o el lubricante utilizado al momento de examinarlas, y ellas piensan que se coloca en una plaquita, se estudia y sobre lo que le dan un resultado.

Si duele un poquito, pero si duele un poquito, yo digo que si está mejor así que lo haga uno. Con un aparato lo ponen, uno en su parte de uno. Lo vi y lo puso en una plaquita puso la prueba y ahí lo puso pues con mi nombre, y dice no, lo voy a mandar que vengan lo más pronto posible porque estas muy inflamada. (Dora)

Habría que explicar detalladamente a las mujeres que es lo que se observa en el Pap: Inflamación, úlceras, cambios en el olor o la textura. Dejar claro que a simple vista no se puede observar el proceso canceroso por el que podrían estar atravesando las células y de ahí la necesidad de mandarlas analizar.

En cuanto al tiempo de entrega de los resultados, las beneficiarias de Oportunidades mencionan que van de los quince días a los dos meses. Les han dicho que en caso de alguna anomalía serán localizadas en sus domicilios para hacerles llegar esta información, de lo contrario acuden por ellos cuando tienen tiempo. Sin embargo, asumen que si no van a buscarlas es porque salieron bien, esto puede ser desfavorable ya que si algo saliera mal y por alguna razón no se logró localizarlas, ellas confían en que están sanas y pasan al centro cuando tienen tiempo, o no van. Las mujeres de la población abierta expresaron que sus resultados han tardado hasta tres meses en llegar, un mes de diferencia con las de Oportunidades, probablemente es porque le ponen más atención a las del programa, pues los resultados debieran llegar al mismo tiempo, ya que ambos se envían al laboratorio estatal.

Con estos datos se puede ver que la representación sobre el Pap se construye gracias a la información que reciben en las pláticas de Oportunidades, los comentarios del personal de enfermería al momento de la prueba y a través de la experiencia. La poca información con la

que cuentan, dificulta que lo compartan con otras mujeres, pues no saben qué les hacen o qué instrumentos usan. Además de las barreras relacionadas con la RS de la sexualidad, anteriormente mencionadas. Uno de los supuestos de este estudio fue que las mujeres del grupo Oportunidades contaban con mayor información sobre el Pap, sin embargo, no siempre es así.

Para concluir podemos decir que pertenecer a un programa de Desarrollo Humano como Oportunidades, la cercanía con las instituciones de salud a la que llevan a atender a los niños pequeños, brindan la posibilidad de que las mujeres reciban información y se practiquen el Pap. Sobre las ideas previas sobre este procedimiento, la mayoría lo representa como algo doloroso, esta característica del Pap en ocasiones se transforma gracias a la práctica del mismo, pues lo que sienten no es dolor sino “molestia”. Y aunque la primera experiencia la narran como un evento lleno de temor y vergüenza, es útil en la aclaración de dudas además, la experiencia directa con el Pap es importante en la configuración de la RS de este procedimiento. Que las mujeres se practiquen el Pap en una ocasión, no asegura las prácticas subsecuentes, pero puede potenciarlas. Las informantes acuerdan que este procedimiento es útil en la detección oportuna del CaCu, sin embargo, vimos que se puede perder la confianza en esta práctica, si conocen a alguien a quien le practicaron el Pap y aún así desarrollo cáncer, las lleva a considerar la DOCaCu como poco efectiva.

Sobre los elementos presentes en la práctica del Pap mencionaron el miedo a enfermar de cáncer, problemas ginecológicos, el mandato institucional, y contar con apoyo de redes sociales cercanas. Entre las barreras frente al Pap mencionaron la vergüenza, la falta de tiempo, y el miedo. El lenguaje entre las indígenas representa una barrera importante pues no hay quienes expliquen en las lenguas de estas mujeres un procedimiento, que aún para quienes hablan español parece complicado. Otro aspecto importante fue que las parejas

masculinas parecían estar de acuerdo con que se hicieran el Pap, a pesar de estos resultados faltó profundizar en este aspecto, pues lo dicho por las mujeres en este sentido contradice lo dicho por los trabajadores del centro de salud y por la literatura. En cuanto a los sentimientos relacionados con el Pap, sobresalen la vergüenza a mostrarse frente a un desconocido, y a verlo tiempo después, el miedo al cáncer, y al procedimiento mismo y la molestia que el cuerpo. Finalmente sobre el procedimiento que se sigue durante la toma no se encontraron diferencias significativas en la manera en que lo describen las mujeres que tienen Oportunidades y aquellas que no cuentan con este Programa.

CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES

A nivel nacional los tumores malignos ocupan el tercer lugar dentro de las principales causas de muerte entre la población femenina. Dentro de estos el cérvicouterino ocupa el primero con un 13.3% de las defunciones (INEGI, 2007). Estas cifras se siguen presentando aunque desde hace más de tres décadas existe una prueba útil en la detección de anomalías que pueden contribuir al desarrollo del CaCu. La literatura reporta que entre las principales barreras para practicarse dicha prueba se encuentran la escolaridad, las limitaciones en el acceso a la información y a los servicios de salud así como la falta de atención ginecológica además de obstáculos como el miedo, la vergüenza y la opinión que tiene la pareja sobre este estudio (Lazcano, 1999; Castro y Salazar, 1999; Reartes, 2005). Se ha demostrado también que la etnicidad, la migración, la pobreza y la falta de redes sociales afectan la salud de las mujeres (Bronfman, 2001; Palacios y Moreno, 2004, Frenk, 1987). Por esta razón se decidió trabajar con mujeres habitantes de áreas rurales, y que pertenecieran a algún grupo étnico situadas en un contexto multicultural y de migración.

Sobre las preguntas de investigación

El objetivo de esta investigación fue conocer, analizar y comparar las representaciones sociales de la detección oportuna del cáncer cérvicouterino de mujeres habitantes por lo menos tres años antes del estudio de Estación Pesqueira. Se eligió una metodología cualitativa que permitiera reconstruir las representaciones sociales de las informantes, a través de la entrevista semiestructurada. Se creó una guía de entrevista cuyo contenido manejaba lo siguiente: la información, las ideas, y experiencias que tenían sobre la práctica de DOCaCu; sus opiniones sobre ésta los sentimientos con los que relacionaban el Pap, los elementos presentes en la decisión para hacérsela así como las barreras frente a éste.

La teoría de las representaciones sociales enmarcó el análisis de esta investigación. Las RS se definieron como formas de conocimiento de sentido común, construcciones socio cognitivas que condensan significados la cuales se constituyen de información recibida por fuentes diversas, experiencias individuales, interacción con otros individuos u otros grupos, lo que les da el carácter de sociales y dinámicas. Las RS son útiles en la transformación del conocimiento científico en conocimiento de sentido común y así el individuo pueda entenderlo y utilizarlo; clasificar objetos y situaciones, además de participar en la guía de sus acciones en un contexto determinado.

Si partimos de que las RS se constituyen por la información que recibe el sujeto, las experiencias con el objeto, y las relaciones que establece con las demás personas en un contexto determinado. En este caso las fuentes de donde las entrevistadas recibieron información sobre la DOCaCu fueron: el Programa Oportunidades, los medios de comunicación, las pláticas dadas en las escuelas primarias y en centro de salud por el personal de enfermería, la interacción con sus vecinas y amigas y la experiencia propia con el Pap.

La DOCaCu en un contexto multicultural y de migración

Uno de los supuestos de los que partimos al inicio de este estudio fue que entre las mujeres indígenas y mestizas, las beneficiarias de Oportunidades y la población abierta, las RS sobre el Pap serían distintas ya que sus experiencias con el Pap y en general con la vida no han sido iguales dado que ocupan un lugar diferente en la sociedad, el lenguaje no es el mismo, el conocimiento les ha sido proporcionado de manera distinta y lo han construido a partir de diferentes fuentes o han interpretado éste a partir de sus vivencias; aunque no hay tantas diferencias como se pensaba, las que hay son importantes.

La historia migratoria de las mujeres representó en general un beneficio ya que en los lugares a donde migran los servicios de salud están al alcance, lo que permite que las mujeres

los utilicen con mayor regularidad, y así reciban información sobre la DOCaCu e incluso se practiquen el Pap. Sin embargo migrar también ha significado que las ubiquen como las extrañas, las invasoras, las diferentes, y en esa medida su participación en la comunidad y la formación de redes sociales con quienes platicar sobre estos temas se dificulta. Vimos que por ejemplo al interior del Programa Oportunidades hace falta la voz de las mujeres de los grupos étnicos, pues no están representadas en los comités y del mismo modo ninguna de las vocales del Programa es de origen étnico. Esto aunado a la vulnerabilidad social de las entrevistadas, la migración y el silencio que rodea la sexualidad, son factores que influyen de manera importante en la práctica de DOCaCu.

Estas relaciones que se establecen son el parte resultado del contexto multicultural en el que habitan donde se comparten, se transforman, se enriquezcan o se rechacen distintas formas de vida. Debido a esto es común la ausencia de redes sociales, ¿a quién acudir en busca de apoyo, de ayuda de respuestas frente a las dudas de un tema que no se entiende?, ¿quién les puede traducir a su lengua lo que no queda claro en las pláticas si no hay relación con las mestizas, si éstas las ven como extrañas? por ejemplo el trabajo que las entrevistadas desempeñan no les permite ausencias para acudir al centro de salud y cuando tienen tiempo no siempre cuentan con redes sociales que les permitan encargar a sus hijos mientras acuden al Pap. En un contexto como el de Estación Pesqueira coexisten diferentes cosmovisiones del cuerpo la sexualidad y los procesos s/e/a; lenguajes distintos, por lo que habría que sensibilizar a la comunidad sobre el tema, respetando creencias y costumbres, capacitando a mujeres de la misma comunidad sobre este procedimiento, hablar con ellas, pedir su opinión sobre cuál consideran es la forma más apropiada de abordar la DOCaCu.

La influencia del Programa Oportunidades en las representaciones sociales sobre la DOCaCu

Vimos que el Programa Oportunidades es importante en la difusión y la realización de la práctica de DOCaCu sin embargo la información que brinda no siempre es clara, habría que adecuar las pláticas al contexto e intentar mayor claridad al momento de informar y aunque poseer información sobre el Pap no asegura su práctica, pero por lo menos acerca a las mujeres a ella.

Acerca de las diferencias de la RS cáncer entre las mujeres beneficiarias de Oportunidades y aquellas que no cuentan con el Programa estas se observaron en relación a la información que tienen sobre él, la forma en que lo definen, los tratamientos que conocen, y los sentimientos relacionados con la enfermedad. Las informantes beneficiarias de Oportunidades poseen mayor información, sobre los requisitos para hacerse el Pap y se lo han practicado, con mayor frecuencia en comparación con aquellas que no cuentan con este programa.

Hay que destacar que aunque el Programa Oportunidades no marca la práctica de DOCaCu como una corresponsabilidad para recibir el apoyo, el personal de salud la señala como tal y razón por la que algunas mujeres acuden a realizársela, pero al parecer no han incorporado el Pap en sus prácticas de salud, dado que lo ven más como una exigencia y no como un estudio que les pudiera dar un beneficio, aunque haya quienes lo reconozcan como tal. Podemos decir que existe una clara contradicción entre la RS de la DOCaCu, como una prueba útil para la prevención del CaCu y la práctica poco frecuente de las entrevistadas, ésta última relacionada con las RS del cáncer y la sexualidad ya mencionadas.

Se encontró que entre las beneficiarias de Oportunidades existe un mayor conocimiento sobre la prueba de DOCaCu, especialmente en lo que se refiere al conocimiento sobre los requisitos para hacerla y el tiempo que tardan en entregar los

resultados. Entre las beneficiarias del Programa la imagen del Pap se relaciona con la molestia, pero en general lo ven como un procedimiento rápido; mientras que las que no cuentan con el Programa lo consideran agresivo y doloroso. En cuanto a los sentimientos relacionados con éste en ambas prevalece el dolor.

Sobre la asistencia a las pláticas, algunas mujeres acuden al sentirse obligadas por el Programa y no necesariamente por interés en los temas que se tratan, los cuales vale decir se dan una vez al año. Las asistentes deben hacer una pausa en sus múltiples actividades, dejar de asistir un día al trabajo o mandar a otro integrante de la familia para no incurrir en una falta. Hay quienes están interesadas en los contenidos que ahí se tocan, pero las circunstancias en que se dan estos temas dificultan que se ponga atención y se comprenda lo que el personal de salud ha dicho. Sería recomendable involucrar de manera activa a las mujeres en estas pláticas sobre el autocuidado de la salud por ejemplo realizando talleres, formar grupos para que compartan conocimientos, no necesariamente experiencias porque esto las colocaría en una situación vulnerable por todo lo que representa la práctica.

En las pláticas sobre el autocuidado de la salud se habla del CaCu, en esa misma charla se aborda el cáncer de mama y es a éste al que pareciera dedicársele un mayor espacio durante la charla, donde también se menciona la autoexploración, la prueba de Papanicolaou y el VPH. Se habla del Pap como la única prueba que puede prevenir el CaCu, pero hace falta dedicarle un mayor espacio para explicarlo con claridad. La información que se da a las mujeres dista de ser clara y significativa, no encuentran cómo relacionarla con algún conocimiento previo. La confusión y la falta de claridad sobre el tema lleva a pensar que una vez que el cáncer es detectado no hay mucho que se pueda hacer y los tratamientos existentes implican sufrimiento por parte del enfermo, quien al mismo tiempo se convierte en una carga para la familia.

La relación de las representaciones sociales sobre la sexualidad y el cáncer y la DOCaCu.

Sobre los eventos de la sexualidad y la reproducción, se encontró que a las entrevistadas no se les habló en su hogar acerca de ellos y en raras ocasiones se socializan con amigas y conocidas por miedo a ser señaladas, por vergüenza, o porque así las han educado. Esto impide aclarar las dudas sobre estos temas pues no hay espacios para compartir con otras mujeres temores y conocimientos. En este sentido la RS de la sexualidad remite a sentimientos de vergüenza, a algo, “malo” o “sucio”, donde la dimensión reproductiva pareciera ser la más importante.

En relación al cáncer se encontró que en general las informantes no identifican los distintos tipos, aunque los han escuchado nombrar. Para ellas el cáncer es uno solo el cual definen como una enfermedad “mala”, mortal y multicausal. La mayoría desconoce el CaCu, y quienes tienen alguna referencia de éste, lo llaman “cáncer de matriz” nombre que podría tener importantes implicaciones al ubicar la matriz como órgano reproductor y el CaCu como una enfermedad que atenta contra esta función. Llamarlo cáncer de matriz representaría que este órgano está “enfermo” y hacerse la prueba serviría para determinar si sirve o no. La “aparición” del cáncer de matriz la atribuyen a actividades de índole sexual principalmente, y sobre el cáncer en un nivel más general las causas que son: la herencia, las infecciones, los golpes y los trabajos pesados.

Una experiencia que resultó relevante en la constitución de la representación social del cáncer, se encuentra en las relaciones que se establecen con enfermos que padecen este mal, es decir, si un miembro de su familia padece dicha enfermedad, la RS del cáncer es más sólida especialmente cuando ha estado al cuidado de ellos. En este sentido vimos que la parte

central de RS del cáncer es la muerte, pero sobre el CaCu pareciera que la RS es vaga y confusa.

Sobre la RS del cáncer y su relación con la RS del Pap encontramos que, la RS de esta neoplasia maligna puede influir en la práctica en dos direcciones: como barrera frente a ésta o como un elemento que contribuye a la práctica.

Acerca de la práctica de DOCaCu se encontró que ésta genera dudas, miedos y hace sentir incómodas a las mujeres que se la realizan. Para las informantes todavía es difícil expresar en sus palabras qué es el Pap y para qué sirve, dado que han pasado la mitad de su vida o más sin oír sobre él; esta situación dificulta que se difunda información sobre la DOCaCu a mujeres que no lo conocen; Si no lo conocen es difícil que construyan una RS clara acerca de él, pues vimos que acudir a la práctica de DOCaCu les permitió a las entrevistadas familiarizarse con un proceso que desconocen y al que en ocasiones temen.

Vimos que experimentar la práctica de DOCaCu la que ha modificado de manera significativa las representaciones sociales del Pap, en la mayoría de los casos ayudó a aminorar miedos hacia instrumental, y modificar la representación del Pap como un procedimiento sumamente doloroso.

Quienes han atravesado por esta experiencia tienen mayor claridad sobre el procedimiento que se sigue durante el Pap sin embargo, aun hay muchas imprecisiones derivadas de la falta de información y de los pocos contactos que han tenido con éste. Estas carencias en la información se observan sobre todo en el desconocimiento de los instrumentos, en el procedimiento mismo, incluso en la función del Pap y, por lo tanto, en los beneficios que conlleva su práctica.

Para las informantes el Pap es una prueba que sirve para “prevenir” el cáncer, que se realiza en poco tiempo y cuya mecánica puede ser molesta o dolorosa; Se clasifica como una

prueba que sirve para detectar una enfermedad peligrosa y mortal, tiene un claro vínculo con la sexualidad y el cuerpo, por lo tanto estaría implícito que quien se lo hace, corre el riesgo de conocer los resultados de su comportamiento sexual inadecuado. Referirse a ella como “prueba” y más aún como “prueba del cáncer” tiene serias implicaciones, en primer lugar parecería que a través de ella se califica a las mujeres, a través de sus órganos sexuales, como “buenas” o “malas”, “descuidadas” o “cuidadosas”, promiscuas o no según si los resultados son positivos o negativos, representaría la evidencia de una serie de situaciones que relacionadas con la vida sexual se convierten en barreras para acudir a realizársela. Y en segundo lugar pareciera que al nombrarla “prueba del cáncer” los resultados de ésta estarían indiscutiblemente relacionados con que presentan o no la enfermedad, es decir, este nombre no da la idea de etapas del CaCu sino de un mal que está presente o no, lo cual relacionado a la RS que tienen sobre él podría convertirse en una barrera frente a la práctica de DOCaCu.

Quizá el hallazgo más importante fue haber ubicado el vínculo entre la RS de la sexualidad y el CaCu y el Pap (Ver esquema 2), y aunque en este trabajo el énfasis está en esta última no podemos entender la RS de la DOCaCu sin hacer referencia a las dos anteriores. Por un lado la sexualidad ligada a la vergüenza y a la “suciedad”, por otro lado el CaCu y su relación con la muerte, y el Pap relacionado con el dolor y con poner en evidencia el tipo de actividad sexual de las mujeres. Los vínculos entre estas RS genera prácticas distintas pues tanto el sentimiento de vergüenza por estar expuesta, y por ser puesta en evidencia como una mujer promiscua; el dolor frente al Pap al cáncer y a la muerte, están siempre presentes en mayor o menor medida en esta decisión.

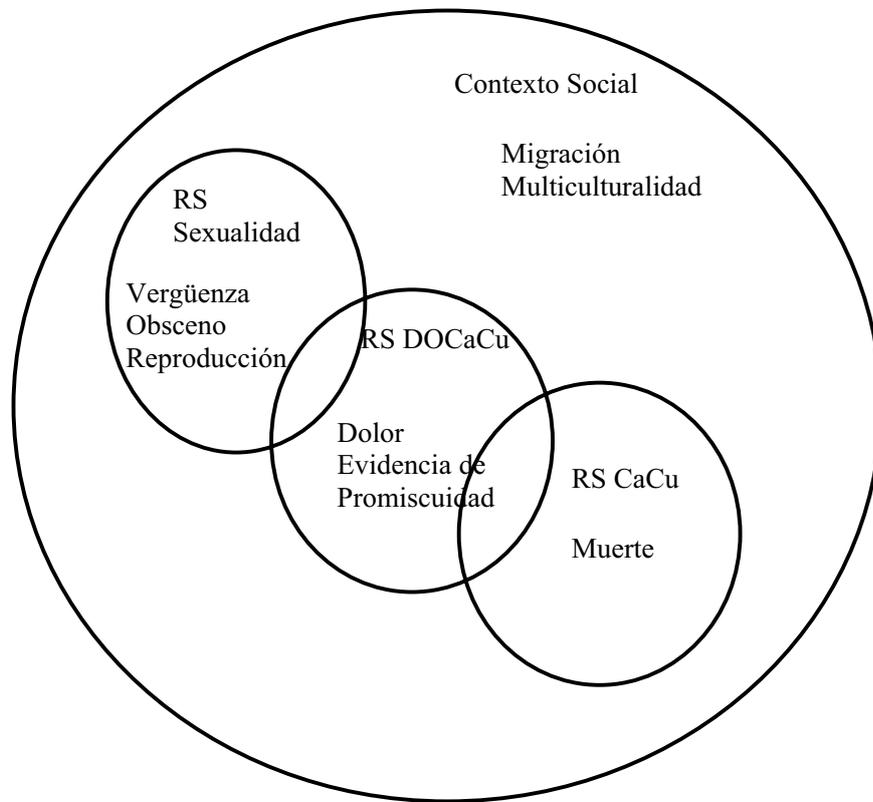
En el esquema tenemos tres círculos entrelazados e insertos en un círculo más amplio, uno de los círculos corresponde a la RS de la sexualidad, otro a la RS del Pap, otro a la RS

del cáncer, se intenta expresar el vínculo que existe entre estas tres RS que no podemos entender una sin la otra, la unión de las tres apoya u obstaculizan la práctica de DOCaCu.

Se hace también referencia al contexto social donde aparece la migración y la multiculturalidad, ambos fenómenos participan por un lado en la construcción de las RS y en las condiciones de vida de las entrevistadas las cuales se convertirán en apoyos o barreras frente a la práctica de DOCaCu.

En esta investigación no se generaron elementos suficientes para decir en qué medida cada una de estas representaciones sociales determina la práctica del Pap pero si para decir que no es sólo la RS de la DOCaCu la que determina esta práctica, en esta decisión intervienen también de forma importante las representaciones que las mujeres tienen sobre el cáncer y sobre la sexualidad. Además de la unión de los siguientes factores: la cercanía con las instituciones de salud, la falta de tiempo y el exceso de trabajo resultado de la pobreza influyen y la afiliación a un programa como Oportunidades intervienen en la DOCaCu.

Esquema 2. Vínculo entre las RS sobre la sexualidad, el cáncer y la DOCaCu



Sugerencias de investigación

A lo largo de la investigación se pudo observar la necesidad de realizar investigaciones epidemiológicas que pudieran arrojar datos sobre el número de mujeres que conocen el Pap: quiénes de éstas se lo han hecho y por qué razones; qué resultados han tenido y cuál ha sido el tratamiento que han seguido; la edad promedio en que acuden al Pap por primera vez, y cada cuánto se lo practican; cuántas iniciaron su práctica una vez establecidas en Estación Pesqueira. Sería interesante investigar con mujeres que estuvieron en Oportunidades pero que ya no tienen dicho Programa, si las prácticas de autocuidado de la salud se mantienen una vez que ya no cuentan con dicho programa.

También son necesarias investigaciones de corte cualitativo que indaguen sobre qué información tienen los varones sobre la DOCaCu y cuál es su opinión si su pareja se realiza

esta prueba. Vimos que la relación médico–paciente, para el caso de la DOCaCu es fundamental así que sería interesante explorar en qué medida el personal de salud reproduce los estereotipos sobre las personas de grupos indígenas y cómo esto afecta en la atención que reciben.

Propuestas de política pública

Sería recomendable la creación o adecuación de los programas que informan y ofertan la práctica de DOCaCu, pues la información que brindan en ocasiones es insuficiente y poco clara, en especial si esos son homogeneizados y transmitidos siempre de la misma forma sin considerar la población a la que va dirigida. De igual manera sensibilizar y capacitar al personal de salud que se desempeña en contextos multiculturales como el estudiado proporcionando información que vaya más allá de la dimensión biológica incluir aspectos psicológicos y sociales de la DOCaCu.

En cuanto a las plásticas que abordan la DOCaCu sería recomendable dedicar un espacio a hablar más detalladamente sobre el procedimiento que se sigue durante el Pap, y posiblemente destinar un juego del instrumental utilizado en este para que las mujeres pudieran verlo con detenimiento. Además sería importante aclarar que aunque el Pap, regularmente, no es un procedimiento doloroso, puede llegar a serlo en caso de que la mujer presente alguna inflamación, y no asegurar que lo único que se sentirá es una leve molestia, pues esto haría sentir desconfianza a las mujeres que experimentaron algún malestar mayor debido a la condición en la que iban o a la sensibilidad de esa zona.

Aquí es importante considerar las dificultades por las que atraviesan las mujeres para acudir tanto al Pap como a las revisiones siguientes o a los tratamientos, pues esto se complica cuando el transporte a las clínicas implica un gasto importante para la familia

Otra sugerencia sería un mayor control y registro de los resultados entregados y reportes que hablen del seguimiento que se le da a mujeres que hayan presentado alguna anomalía en dichos resultados, pues el Pap es solamente parte de un proceso y el simple hecho de practicarlo no es suficiente, hay que entregar resultados y sugerir tratamientos.

Se podrían organizar brigadas de salud que oferten la práctica del Pap en horarios disponibles para las interesadas, que incluyan la entrega de resultados, el diagnóstico y el tratamiento, es decir, dar seguimiento a todo el proceso. Es necesario identificar mujeres líderes de la comunidad y capacitarlas sobre el tema para que sean ellas quienes informen a otras mujeres. En este sentido la capacitación de mujeres indígenas bilingües sería útil para que ellas informen a quienes no hablan español pues escuchar la experiencia de una mujer que habla su lengua les permitiría familiarizarse con la práctica y realizarla eventualmente. En estos casos el Programa de Acción surgiría una invitación personalizada por parte de las auxiliares de salud del programa de extensión de cobertura. Sin embargo, habría que tener cuidado en efectivamente plantearlo como una invitación y no como una exigencia como suele hacerse. Especialmente por la investidura con la que cuentan los prestadores de servicio de salud. Es importante adecuar la DOCaCu a la población que habita en Estación Pesqueira, o en contextos similares donde la diversidad cultural, es una realidad,

Hasta el momento los recursos materiales y humanos en la localidad son limitados, lo mismo sucede con la infraestructura del centro de salud, la cual es insuficiente para recibir población que necesita ser atendida. Habría que otorgar el lugar adecuado a la salud de la mujer más allá reproductiva, proporcionar mayor número de recursos para atenderla.

Para finalizar, podemos decir que en este estudio el contexto multicultural y de migración fue fundamental pues permitió explorar las RS no sólo de algunas mujeres migrantes sino también de las pertenecientes a grupos étnicos. Cabe señalar que aunque estos

datos no son generalizables a toda la población indígena arrojan luz sobre aspectos en los que se podría profundizar en investigaciones posteriores, como la barrera del lenguaje. Analizar la influencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades permitió observar que efectivamente es importante como fuente de información, y como oferta del servicio. Este tema sigue teniendo muchas aristas a indagar especialmente con la población multicultural y migrante, lo que permitiría generar sugerencias para que programas como el analizado dirijan sus acciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Pérez, José A., Ahidée Guadalupe Leyva López, David Angulo Nájera, Antonio Salinas y Eduardo Cesar Lazcano Ponce. 2003. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista Saúde Pública* 37 (1): 100-106.
- Agurto, Irene, Jorge Sandoval, Maribel De la Rosa y María Elena Guardado. 2006. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *International Journal for Quality in Health Care*: 1-6.
- Aldrich, Tess, Sandra G. García, David Becker, Patricio Sanhueza y Anjarath Higuera. 2006. Cervical Cancer and de HPV link: identifying areas for education in Mexico city's public hospitals. *Salud Pública de México* 48 (3): 236-43.
- Almada, Rossana. 2006. 1. Cultura, globalización e intercambios identitarios en las sociedades multiculturales. En *Juntos, pero no revueltos. Multiculturalidad e identidad en Todos Santos*, BCS, 43-87. México: Publicaciones de la Casa Chata.
- Aranda Gallegos, Patricia. 2005. Saberes relacionados con el papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS Occidente.
- Araya Umaña, Sandra, 2002. *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión* 83 (Cuaderno de Ciencias Sociales 127), San José, Costa Rica.
- Arenas Monreal, Luz María y Alfredo Paulo Maya. 2001. Apuntes sobre cultura y promoción de la salud. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 4 (1): 6-9.
- Arillo Santillán, Edna, Eduardo Lazcano Ponce, Merce Peris, Salazar Martínez, Jorge Salmerón Castro y Patricia Alonso de Ruiz. 2000. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica. *Salud Pública de México* 42 (1): 34-42.
- Aroch Calderón, Arturo, Joel Gerardo Díaz Sánchez, José Gerardo Zertuche Ouani y Gabriela B. Ohara. 2006. Nueva técnica colposcópica para la prevención del cáncer cervicouterino. <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no48-2/RFM48202.pdf>.
- Arroyo Sepúlveda, Ramiro. 2001. Los excluidos sociales del campo. *Estudios Agrarios* (17): 105-24, <http://www.pa.gob.mx/publica/pdf/pa071706.pdf>.
- Banchs, María Auxiliadora. 2001. Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela. *FERMENTUM* (30): 11-32.
- . 2005. Una nueva agenda para el estudio de las representaciones sociales. Reflexiones hacia un sentido común menos común y con más sentido. *Agenda Académica* 12 (1 y 2): 41-57.
- Bellato, Liliana. 2003. Representaciones y prácticas en torno a la sexualidad y la reproducción en hombres y mujeres mazahuas. Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación. V. Representaciones y prácticas indígenas en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción, en México.
- Benia, Wilson y Gabriela Tellechea. 1997. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. *Revista*

Médica de Uruguay 16 (2): 103-13.

Bingham, Allison, Amie Bishop, Patricia Coffey, Jennifer Winkler, Janet Bradley, Itana Dzuba y Irene Agurto. 2003. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México* 45 (3): S408-S416.

Bonfil Sánchez, Paloma. 2002. Cáncer cérvico uterino en la región del Istmo. Encuentro mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación Mesa: cáncer cérvico uterino y mamario, 2001, en Oaxaca, Oaxaca.

———. 2002. La salud de las mujeres Indígenas en la actualidad. Encuentro mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación Conferencias Magistrales, 2001, en Oaxaca, Oaxaca.

Borja, Jordi y Manuel Castells. 1997. La ciudad multicultural.

http://spinn.welfare.gov.it/SPINN/DocPrg/cd/CD6/documenti/dox_eu/07_doc/DE092_Borja_Castells_ciudad.pdf (27 noviembre 2007).

Braun, Virginia y Nicola Garvey. 1999. "Bad girls"and "good girls"? sexuality and cervical cancer. *Women's Studies International Forum* 22 (2): 203-13.

Bronfman, Mario, Patricia Uribe, David Halperin y Cristina Herrera. 2001. Mujeres al borde...vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México. En *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México)*. Coordinado por Esperanza Tuñón Pablos, 15-31. México: Plaza y Valdez.

Canales, Alejandro e Israel Montiel. 2007. De la migración interna a la internacional. En búsqueda del eslabón perdido. En Taller nacional sobre "Migración interna y desarrollo en México: diagnóstico, perspectivas y políticas". Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División el apoyo y auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 16 de abril, en México, D.F.,

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/28353/ACanales.pdf>.

Canelón, Jesús y Milagros García. 2001. Representaciones sociales en Venezuela: una experiencia en el área de la salud. *FERMENTUM* (30): 59-68.

Cartwright, Elizabeth, Gilda Salazar y María del Carmen Castro. 2004. 'Soy muy mujer'. Percepciones del cáncer cervicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora; y Tucson, Arizona. En *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 181-209. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.

Castañeda Salgado, Patricia. 2003. "Cuerpo y sexualidad de las mujeres nauzontecas". Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del seminario de investigación. Representaciones y prácticas indígenas en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción., en México.

Castañeda, Xóchitl y Patricia Zavella. 2004. La migración y el cuerpo: mujeres mexicanas que trabajan en el agro de California. En *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros,*

- generaciones y salud*, editado por Catalina Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 77-96. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Castillo, Manuel Ángel. 2001. Mujeres y fronteras: una dimensión analítica. En *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México)*. Coordinado por Esperanza Tuñón Pablos, 33-48. México: Plaza y Valdés.
- Castorina, José Antonio y Carina Viviana Kaplan. 2003. Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos. En *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Compilado por José Antonio Castorina, 9-27. España: Gedisa.
- Castro, María del Carmen y Gilda Salazar. 2001. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo Sonora*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- . 2000. Introducción. En *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio.*, 17-27. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 1999. En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.*, compilado por Ivonne Szasz y Susana Lerner, 57-85. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- . 2000. Estructura y acción en la experiencia de la salud. En *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, 31-146. Cuernavaca, Morelos: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2006. *Índices de marginación 2005*. CONAPO, http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/marg_local05/IM2005-SON.xls
- Corral, Fabián, Patricia Cueva, José Yépez y Elizabeth Montes. 1996. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Bol Oficina Sanit Panam* 121 (6): 511-17.
- Cortés, Fernando, Eduardo Menéndez y Rosa María Rubalcava. 1996. Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades. En *El papel del trabajo materno en la salud infantil: contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, coordinado por Claudio Stern, 87-107. México: The Population Council, El Colegio de México.
- Costa, Ana María. 2004. El derecho de las mujeres a vivir su sexualidad sin dolencias. *Mujer y Salud* 2 (3): 1-5.
- Crabtree, Benjamin F. y William L. Miller. 1999. 5 Depth interviewing. En *Doing qualitative research*, ed., 89-108. E. U. A.: Sage.
- Cruz Gutiérrez, Constanza. 2002. Cáncer cérvico uterino en la región del Istmo. Encuentro mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación. Mesa: cáncer cérvico uterino y mamario, 2001, en Oaxaca, Oaxaca.
- Cuesta Benjumea, Carmen de la. 1999. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la elección. *Salud Pública de México* 41(2): 124-29.
- Dador Tozzini, Ma. Jennie, Rossina Guerrero Vázquez y Nidia Sánchez Guerrero. 2003. Presentación. El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. En *Los consensos de el*

- Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*, 5-8. México: RSMLAC.
- De Souza Minayo, Cecilia. 1997. Etapa exploratoria de la investigación. En *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, 77-90. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Denman, Catalina A. y Jesús Armando Haro. 2000. Introducción: trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina Denman y Jesús Haro, 9-55. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Durand, Jorge. 2000. Origen es destino. Redes sociales, desarrollo histórico y escenarios contemporáneos. En *Migración México - Estados Unidos. Opciones de Política*. Coordinado por Rodolfo Huirán México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Durkheim, Émile. 2000. Conclusión. En *Las formas elementales de la vida religiosa*, 427-57. México, D.F, COLOFÓN, S.A.
- . 2000. Sociología religiosa y teoría del conocimiento. En *Las formas elementales de la vida religiosa*, 7-25. México, D. F.: COLOFÓN, S.A.
- Duveen, Gerard y Bárbara Lloyd. 2003. Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. En *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Coordinado por José Antonio Castorina, 29-39. España: Gedisa.
- Escudero Rodríguez, Bibiana, Isabel Casanovas Calvet y Júlia Esteve Reig. 2005. La formación de los profesionales de ciencias de la salud ante la multiculturalidad. *Nursing* 23 (9).
- Farfán Muñoz, Laura Cecilia, Esther Barrón Treviño, María Elena Jiménez Domínguez, Elizabeth Vázquez Morán y Sara Silvia Ayala Atrián. 2004. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Revista Enfermería IMSS* 12 (3): 123-30.
- Farr, M. Robert. 2003. De las representaciones colectivas a las representaciones sociales: ida y vuelta. En *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Compilado por José Antonio Castorina, 153-75. Barcelona España: Gedisa.
- . 1984. Las representaciones sociales. En *Psicología Social II*, Serge Moscovici, 495-506. Barcelona, España: Paidós.
- Figuroa Perea, Juan Guillermo y Gabriela Rivera Reyes. 1992. Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina. *Nueva Antropología* XII (41): 101-21.
- Frenk, Julio, Ma. Elena Garnica, Marcela Zambrana, Mario Bronfman y José Luis Bobadilla. 1987. Migración y Salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública de México* 29 (4): 276-87.
- García Canclini, Néstor. 2006. Introducción. En *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*, 7-22. España: Gedisa.
- Giménez, Gilberto. 1997. Materiales para una teoría de las identidades sociales. *El Colegio de la frontera Norte* (18): 9-28.

- Giuliano, Anna R, Catalina Denman, Hill Guernsey de Zapien, José Luis Navarro Henze, Luis Djambazov Bogomil Ortega, Elena Méndez Brown de Galaz y Kenneth Hatch. 2001. Design and results of the USA-Mexico border Human Papillomavirus (HPV), Cervical Dysplasia, and *Chlamydia trachomatis* Study. *Revista Panamericana de Salud Pública* 9 (3): 172-781.
- González de Chávez Fernández, Ma. Asunción. 1993. Conformación de la subjetividad femenina. En *Cuerpo y Subjetividad Femenina*, compilado por Ma. Asunción González de Chávez Fernández, 70-122. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Gutiérrez Alberoni, J. D. 1998. La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública* 10 (4): 211-19.
- Haro, Jesús Armando. 2006. Plan de Ordenamiento Urbano y Territorial de la localidad de San Miguel de Horcasitas y Pesqueira. (Selección para el Diplomado en Salud Pública), reporte.
- Hartigan, Pamela. 2001. *Enfermedades Transmisibles, género y equidad en la salud. (Publicación ocasional no. 7)*. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for population and development studies.
- Hernández Trujillo, José Manuel. 2006. De la miseria a la pobreza (análisis de las migraciones internas indígenas en México). *Análisis Económico XXI* (046): 209-35.
- Hernández Ávila, Mauricio, Eduardo César Lazcano Ponce, Patricia Alonso de Ruiz y Isabelle Romieu. 1998. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *International Journal of Epidemiology* 27: 370-376.
- Hidalgo Martínez, Ana C. 2006. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica* 17: 81-84, <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb0617110.pdf>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 2006. Historia.
http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/ProfesionalesSalud/DPM/IO/Historia.htm (05 noviembre 2007).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. 2002. *Las mujeres en el México rural*. México, D.F.: INEGI.
- . 2005. II Censo de Población y Vivienda, 2005. *Principales resultados por localidad 2005 (ITER)*.
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/localidad/iter/default.asp> (4 de noviembre del 2007).
- . 2005. *La población hablante de lengua indígena en Sonora*. México, D.F.: INEGI.
- . 2006. Principales causas de mortalidad por grupo de edad y residencia. En *Estadísticas Vitales Sonora 2005*, Hermosillo, Sonora: INEGI.
- . 2006. *Resultados definitivos del II Censo de población y vivienda 2005 para el Estado de Sonora*. Hermosillo, Sonora: INEGI.
- . 2006. Salud. En *Las mujeres en Sonora*, 64-75. Hermosillo, Sonora: INEGI.

- . 2006. Migración. En *Las mujeres en Sonora*, 29-44. México, D.F.: INEGI.
- . 2007. Migración. En *Mujeres y Hombres en México 2007*, México, D.F.: INEGI.
- . 2007. Mortalidad por cáncer cérvicouterino. En *Mujeres y Hombres en México*, México, D.F.: INEGI, INMUJERES.
- . 2007. "Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer". Datos nacionales. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=> (12 de abril de 2007).
- Instituto Nacional del Cáncer. 2004. Hojas informativas. Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer. www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/papanicolaou-respuestas#16 (21 junio 2007).
- Jodelet, Denise. 1984. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Psicología Social II*, Serge Moscovici, 469-94. Barcelona, España: Paidós.
- Lagarde, Marcela. 1993. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Autónoma de México (UNAM).
- Lamadrid Álvarez, Silvia. 1996. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Bol Oficina Sanit Panam* 121 (6): 542-49.
- Lazcano Ponce, Cesar Eduardo, Mauricio Hernández Ávila, Lizbeth López Carrillo, Alfonso Torres Lobatón, Guillermo González Lira y Isabelle Romieu. 1995. Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. *Revista de Investigación Clínica* 47 (5): 377-85.
- Lazcano Ponce, Eduardo, Rolando Herrero, Nubia Muñoz, Aurelio Cruz, Keerti V. Shah, Patricia Alonso, Pilar Hernández, Jorge Salmerón y Mauricio Hernández. 2001. Epidemiology of HPV infection among mexican women with normal cervical cytology. *International Journal Cancer* (91): 412-20.
- Lazcano Ponce, Cesar Eduardo, Rosalba Rojas Martínez, María del Pilar López Acuña, Lizbeth López Carrillo y Mauricio Hernández Ávila. 1992. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 35 (1): 65-73.
- Lazcano Ponce, Eduardo, Lina Sofía Palacio Mejía, Gudelia Rangel Gómez y Mauricio Hernández Ávila. 2003. Cervical Cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública de México* 45 (3): 10, <http://ww.insp.mx/salud/index.html>.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Roberto Castro, Betania Allen, Patricia Nájera, Patricia Alonso de Ruiz y Mauricio Hernández Ávila. 2000. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino. En *Cáncer cérvico uterino. Diagnóstico, prevención y control*, coordinado por Patricia Alonso de Ruiz, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila, 175-86. Estado de México: Editorial Médica Panamericana.
- Lazcano Ponce, Eduardo César., Sue Moss, Aurelio Cruz Valdez, Patricia Alonso de Ruiz, Salvador Casares Queralt, Carlos Javier Martínez León y Mauricio Hernández Ávila. 1999. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos.

Salud Pública de México 41: 278-85.

- Leno González, Daniel. 2006. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* 22: 22-32.
- Maier, Elizabeth. 2004. Relatos de mujeres indígenas inmigradas a Baja California: la construcción del análisis a través de la investigación-acción. En *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 33-76. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- . 2006. Tránsitos territoriales e identidad de las mujeres indígenas migrantes. *Papeles de Población* (047): 201-25.
- Martínez Barreiro, A. 2004. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers* (73): 127-252.
- Matamala, María Isabel. 2000. ¿Somos ciudadanas sexuales? Apuntes para la reflexión. En *Mujeres, sexualidades, derechos. Un camino en construcción (Cuadernos Mujer y Salud / 5)*, ed. A. Gómez, 15-18. Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Menéndez, Eduardo L. y René B. Di Pardo. 1996. 2. Representaciones, prácticas e interrogantes. En *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, 47-68. México, D.F.: CIESAS.
- . 1996. 4. Pasantes e internos de medicina. En el comienzo está el fin. II Internos de quinto año de la escuela de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, 135-39. México, D.F.: CIESAS.
- Mendoza González, Zuanilda. 2001. La metrópoli, espacio social de multiculturalidad. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 4 (1): 15-19.
- Minjárez Sosa, Betina. 2007. Estrategias de sobrevivencia en el embarazo, parto y puerperio de jornaleras migrantes en Estación Pesqueira. Una comparación en los campos de la reproducción y la salud de contextos de vulnerabilidad. Borrador de tesis de Licenciatura en Sociología, Universidad de Sonora.
- Mora, Martín. 2002. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital* (2): 1-25, <http://blues.uab.es/athenea/num2/mora.pdf>.
- Moscovici, Serge. 1979. La representación social: un concepto perdido. En *El psicoanálisis, su imagen y su público.*, 27-44. Buenos Aires: Huemul, www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tallmosc.pdf.
- Moscovici, Serge y Miles Hewstone. 1984. De la ciencia al sentido común. En *Psicología Social II*, Serge Moscovici, 679-710. Barcelona, España: Paidós.
- Moscovici, Serge e Ivana Marková. 2003. La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. En *Representaciones sociales. Problemas teóricos conocimientos infantiles*, compilado por José Antonio Castorina, 111-52. Barcelona, España: Gedisa.
- Moya, Miguel. 1999. Percepción de Personas. En *Psicología Social*, coordinado por Francisco Morales y Carmen Huici, 33-47. Madrid, España: Mc. Graw Hill.
- Méndez, María. 2001. De recetas y remedios experiencias en el estudio de las representaciones

sociales. *FERMENTUM* (30): 148-54.

Nájera Aguilar, Patricia, Eduardo César Lazcano Ponce, Patricia Alonso de Ruiz, Teresita Ramírez Sánchez, Leticia Cantoral Urizal y Mauricio Hernández Ávila. 1996. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou.

http://xipe.insp.mx/cisp/publicaciones/mhernandez/1996_67.pdf.

Olivas Peñuñuri, María Remedios. 2004. El arte de cuidar a otros inicia cuando aprendes a cuidarte: enfermería y el programa de detección oportuna de cáncer. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2006. *Nota descriptiva No. 297. Cáncer*.

———. 2006. *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. *Venciendo el pudor. Tres historias de el Salvador*. OPS.

———. 2004. *Análisis de la situación del Cáncer Cérvico Uterino en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/OMS.

———. Unidad de Inmunización. 2005. Reunión del Comité de Cooperación Interagencial para la Inmunización. Guatemala, marzo de 2005: empujando la agenda inconclusa de inmunización. *Boletín Informativo PAI. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas*. XXVII (2): 2-5, www.paho.org/spanish/ad/fch/im/vacunash.htm.

Palacios Nava, Martha Edilia y Luz María Ángela Moreno Tetlacuilo. 2004. Diferencias en la salud de jornaleras y jornaleros agrícolas migrantes en Sinaloa, México. *Salud Pública de México* 46 (004): 286-93.

Partida Bush, Virgilio. 1994. En *Migración Interna*, Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Population Reference Bureau (PRB). 2004. *La prevención del cáncer cervical a nivel mundial*. PRB/, PATH.

———. 2005. *La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. Hoja informativa*. Washington, DC: PRB.

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). 2001. *Prevención del cáncer cérvico-uterino ficha descriptiva. Pruebas de Papanicolaou: Un método de tamizaje importante pero imperfecto*. PATH

Quiroz Palacios, Abraham. 2004. Significado y Definición. En *Actitudes y representaciones. Temas actuales de psicología social*, 23-68. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Psicología, Maestría en Psicología social, Dirección general de fomento editorial.

Radecki Breitkopf, Carmen, Heidi Pearson y Daniel Breitkopf. 2005. Poor knowledge regarding the Pap. test among low-income women undergoing routine screening. *Perspectives on sexual and reproductive health* 37 (2): 78-84.

- Rascón Loreto, Cristina, Elba Abril Valdez, Rosario Román Pérez, Ma. José Cubillas Rodríguez y Ma. del Socorro Saucedo Tamayo. 2007. Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, Sonora (México). *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición* 8 (3).
- Reartes PeÑafiel, Diana Laura. 2005. La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH): conflictividades, miedos y ambivalencias. Tesis de Doctorado. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Rengaswamy, Sankaranarayanan, Atul Mdhukar Budukh y Rajamanickam Rajkumar. 2001. Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no trasmisibles* 79 (10): 957-62.
- Rivas, María. 1999. La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad. En *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.*, comp. Ivonne Szasz y Susana Lerner, 199-223. México, D.F.: El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano.
- Rocha Rivero, Gloria Isabel. 1995. Las representaciones sociales de la enfermedad una mirada sociológica a la perspectiva lega. El Colegio de México.
- Rodríguez Cerda, Oscar. 2003. Entrevista a Denise Jodelet. *Relaciones* XXIV (93): 115-32.
- Rodríguez Salazar, Tania. 2003. El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones* XXIV (93): 53-80.
- Rubio, Miguel Ángel, Javier Gutiérrez, Carolina Sánchez, Alberto Valencia, Juan José Atilano, Miguel Ángel Hernández, Rubén Araujo, Alejandro Balcázar, Carolina Salmerón, Verónica Villa, Fabiola Del Castillo y Leonor Tesso. 2000. Desarrollo, Marginalidad y Migración. En *La migración indígena en México. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas en México*, coordinado por Miguel Ángel Rubio, Saúl Millán y Javier Gutiérrez México.
- Rubio, Miguel Ángel, Saúl Millán y Javier Gutiérrez (Coordinadores). 2000. Introducción. En *La migración indígena en México. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas en México*. México: INI, PNUD.
- Salmerón Castro, Jorge, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila. 1996. Programa de detección oportuna de cáncer en instituciones de seguridad social. Una alternativa organizacional. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 42 (2): 159-65.
- Savage, Sally A. y Valeri A. Clarke. 1998. Older women's illness representations of cancer: a qualitative study. *Health education research. Theory and Practice* 13 (4): 529-44.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería Desarrollo Rural Pesca y Alimentación SAGARPA Coordinación General de Comunicación Social. 2005. *Ocupa México el quinto lugar mundial como exportador de uva de mesa; envió a los mercados internacionales 123 mil 693 toneladas en el 2004*. México.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). 2003. *Programa Institucional Oportunidades 2002 - 2006*. México: PND SEDESOL.

- . 2004. *Evaluación del efecto de oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural*. México: SEDESOL.
- . 2006. Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas. www.sedesol2006.gob.mx/transparencia/transparencia_jornaleros_agricolas.htm
- . 2006. *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. SEDESOL.
- Secretaría de Salud (SSA). 1998. *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino*. México, D.F.: SSA. Diario Oficial.
- . Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. 2002. *Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino*. México: SSA.
- . 2006. Pasos por la Salud. <http://www.saludsonora.gob.mx/?p=30> (05 noviembre 2007).
- . Dirección General de Evaluación del Desempeño. Subsecretaría de Innovación y Calidad. 2006. *Salud: México 2001-2005*. México: Dirección General Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.
- . Sistema Nacional de Salud. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. 2006. *Boletín de información estadística*. SSA.
- Selltiz, Claire. 1968. Capítulo 7. Recogida de datos. Cuestionarios y entrevistas. En *Métodos de investigación en las relaciones sociales.*, 213-31. Madrid: Rialp.
- Serman, Felipe. 2002. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 67 (4): 5.
- Steven, Darlene, Margaret Fitch, Habhajan Dhaliwal, Rhonda Kirk-Gardner, Pat Sevean, John Jamieson y Heather Woodbeck. 2004. Knowledge, attitudes, beliefs, and practices regarding breast and cervical cancer screening in selected ethnocultural groups in northwestern Ontario. *Oncology Nursing Forum* 31 (2): 305-11.
- Szasz, Ivonne. 1999. Género y salud propuestas para el análisis de una relación compleja. En *Salud cambio social y política; perspectivas desde América Latina*, 109-18. EDAMEX.
- Sánchez M., Patricia S., Rafael G. Reyes M. y Valentín J. Morales D. 2002. La migración de oaxaqueños en el siglo XX. *Revista Unidad y Diversidad* 5 (10), <http://www.itox.mx/Posgrado/Revista10/MosXX.doc>.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan. 1992. Capítulo 4. La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, 104-32. España: Paidós.
- . 1992. Capítulo I. Introducción. Ir hacia la gente. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, 15-27. España: Paidós.
- Tenorio Ambrossi, Rodrigo, Investigador Principal. 1996. *La intimidad desnuda. Sexualidad, cultura indígena y salud reproductiva*. Quito, Ecuador: OPS/OMS.

- Tirado Gómez, Laura Leticia, Alejandro Mohar Betancourt, Malaquías López Cervantes, Alejandro García Carrancá, Francisco Franco Marina y Gilherme Borges. 2005. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México* 47 (5): 342-50.
- Torres, Cristina. 2001. La equidad en materia de salud vista con un enfoque étnico. *Revista Panamericana de Salud Pública* 10 (3): 188-201.
- Torres López, Teresa Margarita. 2001. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara*: 1-16.
- Valenzuela, María Teresa y Amelia Miranda. 2001. ¿Por qué no me hago el papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 5 (2 - 3): 75-80.
- Vargas Melgarejo, Luz María. 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* 4 (8): 47-53.
- Vilá, Ruth. 2004. Una Actividad Telemática para el desarrollo de la Competencia Comunicativa Intercultural de Adolescentes. En *Recursos para la enseñanza y aprendizaje de la educación intercultural.*, E. Soriano Almería Publicaciones,
<http://www.ub.es/ice/portaling/seminari/seminari-pdf/45vila.pdf>.
- Wiesner Ceballos, Carolina, Marcela Vejarano Velandía, Juan C. Caicedo Mera, Sandra L. Tovar Murillo y Ricardo Cendales Duarte. 2006. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública de Colombia* 8 (3): 185-96.
- Zenteno, René Martín. 2000. Redes migratorias: ¿Acceso y oportunidades para los migrantes? En *Migración México - Estados Unidos. Opciones de Política*. Coordinado por Rodolfo Tuirán México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

A N E X O S

Anexo 1.

Datos generales de las informantes

Datos Personales

Edad: _____

Estado Civil:

Soltera Unión Libre Casada Separada Divorciada

Escolaridad de ella:

Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Sabe leer y escribir Analfabeta

Escolaridad de la pareja

Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Sabe leer y escribir Analfabeta

¿Habla alguna lengua adicional al español? Si No

¿Cuál?

Zapoteco Mixteco Triqui Tarahumara Náhuatl Chamula

Fuma o ha fumado Si No

¿Durante cuánto tiempo? _____

Migración

Lugar de Nacimiento _____

Tiempo de residir en esta localidad (años) _____

Lugares donde ha vivido _____

Edad de la primera migración: _____

Datos Familiares

¿Cuántos hermanos o hermanas tiene? _____

¿Cuántas hermanas mujeres tiene? _____

¿Alguna persona en su familia ha enfermado de cáncer? Si No

¿Cuántas han sido mujeres? _____

¿Cuál es su parentesco con estas?

Abuela Madre Hermana Tía Prima Hija

¿Qué tipo de cáncer fue? Matriz Mama Otro

¿Su madre aún vive? Causa de muerte _____

Sexualidad, Anticoncepción y Embarazos

Número de parejas sexuales _____

Número de Embarazos _____

Edad del primer embarazo _____

Número total de hijos _____

Número de Partos Vaginales _____

Número de partos por Cesárea _____

¿Utiliza o ha utilizado anticonceptivos? Si No

¿Qué tipo de anticonceptivos ha utilizado? _____

¿Por cuánto tiempo los utilizó? _____

Trabajo

¿Ha trabajado fuera del hogar? Si No

Tipo de trabajo _____

¿En qué año trabajó por última vez?

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007

¿Por qué Razón no trabaja actualmente? _____

Oportunidades

¿Cuenta con el programa Oportunidades? Si No

¿Cuánto tiempo lleva en este programa? _____

Antes de pertenecer al programa había escuchado sobre el Papanicolaou Si No

Antes de pertenecer al programa se había realizado el Papanicolaou Si No

Religión

¿Práctica alguna Religión? Si No

Nombre Religión _____

Católica Cristiana Evangélica Protestante
 ¿Informa Religión sobre CaCu? Si No No sabe

Papanicolaou					
Año del Primer Papanicolaou					
Fecha del Papanicolaou más reciente					
Lugar donde se realizó la prueba	Centro Salud	Hospital	IMSS	Clínica Particular	
Persona que realizó la prueba	Medico	Medica	Enfermero	Enfermera	
Frecuencia con que se realiza el Papanicolaou	Nunca	Una vez	Cada Seis meses	Cada año	Cada tres años
Servicio médico con el que cuenta	IMSS	Seguro Popular			

Anexo 2

Guía de entrevista para mujeres entrevistadas

Papanicolaou

¿Ha escuchado hablar acerca de la prueba del Papanicolaou (o de la prueba del cáncer)?

Podría platicarme acerca de la prueba del cáncer

¿Quién le ha hablado sobre la prueba? Cómo se enteró que existía

¿Qué piensa usted acerca de ella?

Para qué sirve la prueba

¿Quiénes se la tienen que hacer?

Cada cuanto tiempo

Considera necesario que las mujeres se realicen la prueba

¿Por qué cree, que la gente no se hace la prueba?

¿En su casa su familia, su mamá sus hermanas sus hijas, se habla del Papanicolaou?

¿Cómo le haría usted para que las demás mujeres, sus hermanas, sus hijas, sus amigas acudieran a realizarse la prueba si es que está es importante?

¿Si usted fuera la persona encargada de tomar la prueba, que trato daría a las personas para que se sintieran cómodas al momento de hacerse la prueba?

¿Qué dice su pareja acerca de la prueba del cáncer?

Decisión y sentimientos

¿Usted se ha realizado la prueba en alguna ocasión? ¿Por qué si porque no?

¿Podría platicarme porque decidió hacerse la prueba?

¿Cómo fue la primera vez que se hizo la prueba?

¿Dónde se la hizo? Por qué ahí

¿Cómo se sentía cuando estaba ahí?

¿Cuántas veces se la ha hecho, y porque motivos? O ¿Por qué ya no regreso a hacérsela?

¿Cómo se sentiría si la persona que le hace la prueba fuera alguien conocido?

¿Quién prefiere que le realice la prueba, un hombre o una mujer?

Procedimiento e instrumentos

Podría usted platicarme cómo se realiza la prueba del Papanicolaou? O cómo imagina usted que se hace

Podría platicarme cómo son los instrumentos con los que se realiza la prueba

¿Qué sintió cuando los vio

¿Qué requisitos le piden cuando va a hacérsela?

¿Platicó con la persona que le iba a aplicar la prueba?

¿De qué hablaron?

¿Cuánto tiempo se tardaron?

¿Cómo se sentía usted cuando le estaban haciendo la prueba?

La persona que le realizó la prueba fue hombre o mujer

Le inspiró confianza, fue amable con usted

¿Considera higiénico el lugar donde toman la prueba?

¿Podría describirme qué tuvo que hacer antes de llegar al lugar dónde se la hicieron? Es decir trabajaba entonces pidió permiso en el trabajo, dónde dejó a sus hijos, los llevaba con usted, la casa la comida

Resultados

¿Cuánto tiempo después le dieron sus resultados?

¿Los resultados ya estaban cuando fue usted por ellos?

¿Que le dijeron al entregárselos?

¿Le explicaron algo?

¿Cómo se sintió usted al escuchar lo que le decían?

Cáncer

Podría platicarme sobre el cáncer

¿Cuándo fue la primera vez que escucho hablar acerca de esta enfermedad?

¿Qué es para usted el cáncer, cómo lo definiría?

¿Por qué cree que la gente se enferma de eso?

¿Qué cree que pase en el cuerpo cuando una persona se enferma de cáncer?

¿Cómo se dará cuenta una persona que está enferma de cáncer?

A quién le puede dar cáncer

¿Conoce a alguien que lo haya padecido?

Me puede platicar cómo fue su enfermedad

¿Qué tratamientos les han dado? O ¿cómo se imagina usted que se trata?

¿Qué cuidados son importantes tomar para no enfermarse de cáncer?
Si está en Oportunidades ¿Qué les han dicho en las platicas acerca del cáncer?
Cáncer Cervico Uterino
Ha escuchado hablar sobre el cáncer de matriz o de útero, qué ha escuchado
Por qué a las mujeres les puede dar, caer, cáncer de matriz o de útero
Cree que usted se pueda enfermar de cáncer
A qué mujeres les puede dar este tipo de cáncer
¿Cómo se dará cuenta una mujer que tiene este tipo de cáncer?
¿Conoce usted los tratamientos que se les dan a las mujeres enfermas del cáncer de matriz?
¿Sabe usted en que consisten estos tratamientos? Sino ¿cómo se imagina?
¿Sabe usted que pasa en el cuerpo de la mujer cuando se enferma de cáncer? ¿Qué se imagina que sucede?
¿Qué se puede hacer la mujer para no enfermarse de cáncer de matriz?
Virus del Papiloma Humano
¿Qué ha escuchado acerca de los virus?
¿Ha escuchado usted hablar de contagio?
¿Ha escuchado hablar del Virus del Papiloma Humano?
¿Si es así cómo cree que una se contagia una de eso?
¿Qué se puede hacer para no contagiarse?
¿Conoce la relación entre el VPH y el cáncer de matriz?
¿Ha escuchado hablar acerca de una vacuna contra este virus?
Programa Oportunidades
¿Pertenece usted al Programa Oportunidades?
¿Desde hace cuanto tiempo?
¿Cómo le hizo para inscribirse?
Hablando sobre la atención médica, considera que pertenecer al programa le ha facilitado acceder a este servicio
¿Podría explicarme que piensa usted acerca del programa?
¿Cómo se enteró de su existencia?
¿Cuáles serían los beneficios el pertenecer a este programa?
¿En qué aspectos de su vida ha influido el programa?
¿Cómo ha cambiado su situación desde que está en este programa?
Oportunidades y Papanicolaou
¿Al estar en oportunidades tiene que hacerse la prueba de manera forzosa?
¿Cómo la hace sentir?
¿Qué piensa usted de que la prueba sea obligatoria?
¿Cree usted si no estuviera en oportunidades se haría o no se haría la prueba? ¿Por qué?
Antes de pertenecer al programa se había realizado la prueba?
En su lugar de origen se había realizado la prueba
¿Qué le han dicho en las platicas sobre la prueba?
Migración
¿Cómo ve usted eso de la migración?
¿Podría describirme la primera vez que dejo su lugar de origen?
¿Por qué decidió cambiar de residencia?
¿Quién tomo la decisión de migrar?
¿Qué esperaba encontrar?
¿A qué se dedicaba allá?
¿Considero alguna vez regresarse?
¿Cómo se siente ahora de estar por acá?
¿Qué ventajas hay en vivir aquí?
¿Cuáles son las desventajas de vivir aquí?
¿Qué cosas de usted, su vida, su familia, su economía han cambiado debido a la migración, si han mejorado o empeorado?
¿Considera usted que ha valido la pena la migración?
¿Considera que la tratan distinto por ser migrantes?
¿Qué piensa de las personas que o son de aquí?
¿Cómo es su relación con estas?
Salud y Enfermedad
¿Qué es para usted estar sana?
¿Cómo se ve alguien sano?

¿Qué hace para sentirse sana?

¿Qué es para usted estar enferma?

¿Por qué cree que se enferman las personas?

¿Cómo se ve uno cuando está enfermo?

¿Cómo se siente usted de salud?

Atención médica

¿Cuando se enferma qué hace, dónde se atiende, qué se toma?

Cuando sus hijos o su marido se enferman qué hacen

¿Qué tipo de cuidados se procura en casa?

¿Podría hablarme si alguna vez se ha atendido en el centro de salud?

¿Por qué motivos?

¿Cómo considera la atención que recibió en el centro de salud?

¿Cuándo vivía en su lugar de origen que hacía cuando enfermaba?

¿Podría describirme si los cuidados que se procura cuando está enferma son los mismos aquí que en su lugar de origen o varían en algo?

¿Qué puede hacer uno para no enfermarse?

Sexualidad y Reproducción

Menstruación

¿En su casa se hablaba de la menstruación?

¿Quién le hablo sobre la menstruación?

¿Qué le decían?

¿Con quién hablaba sobre el tema?

¿Qué pensaba usted acerca de la menstruación?

¿Usted ha hablado con sus hijas de este tema?

¿Qué les ha dicho?

Embarazo

¿Cuántos embarazos tuvo?

¿Cómo se entero de qué estaba embarazada?

¿Dónde lo tuvo?

Planificación Familiar

Ha utilizado algún tipo de anticonceptivo

¿Por qué decidió utilizarlo?

Su pareja está de acuerdo

Sexualidad

¿Qué decían en su casa sobre la sexualidad?

¿Qué les dice usted a sus hijas sobre el tema?

Con quiénes habla sobre el tema

Género

¿Quién realiza las labores del hogar? (cocinar, lavar, ordenar la casa, comprar la comida)

¿Quién se encarga del pago de los servicios? (luz, agua, gas)

¿Quién educa y atiende a los hijos? (dar permisos, llevarlos al médico, ver que hagan la tarea, disciplina, alimentarlos)

¿Quién se encarga de cuidar a los bebés? (cambiarlos, bañarlos, alimentarlos)

¿Qué tipo de actividades son exclusivas de los hombres, y cuáles de las mujeres?

Anexo 3.

Guía de entrevista personal de salud

Datos Generales

Edad

Lugar de Nacimiento

Escolaridad

Tiempo de ejercerla

Tiempo de trabajar en Pesqueira

Dependencia para la que trabaja

Qué funciones realiza en este centro de salud

Salud y Enfermedad

¿Qué es para ti estar sano?

¿Cómo definirías la salud?

¿Cómo se ve una persona sana?

¿Qué es para ti estar enfermo?

¿Cómo se ve una persona enferma?

¿Cómo definirías la enfermedad?

¿Cómo se sienten de salud?

¿Qué es para ti la prevención?

Programa Oportunidades

¿Cuánto tiempo tienes como enfermera del Programa Oportunidades?

¿Qué requisitos necesitan las familias para pertenecer a este programa?

¿Cómo ingresan las familias al programa?

¿Cuáles son tus funciones como enfermera perteneciente a este programa?

¿Qué ventajas tiene para la población el pertenecer a este programa?

¿Qué pasa si las familias no acuden a las pláticas o a las consultas?

¿Quién se encarga de planear e impartir las pláticas?

¿Están ya programadas o se adecuan a las necesidades de la comunidad?

¿En las pláticas sobre el cáncer mencionan el VPH?

La prueba del Papanicolaou es obligatoria para las mujeres que pertenecen al programa

¿Cuál es tu opinión sobre la obligatoriedad de la prueba para las mujeres que pertenecen al programa?

¿Qué pasa con las mujeres que no están en oportunidades en cuanto a la prueba?

¿Es diferente la atención que reciben las familias de oportunidades a las que no están en este programa?

Papanicolaou

¿Qué requisitos se necesitan para que se hagan la prueba?

¿Cómo es el momento de la prueba, les explicas algo, hablan de algo?

¿Cómo se realiza la prueba?

¿Qué instrumentos utilizas?

Las mujeres los conocen

¿En concreto para que sirve la prueba, que puedes ver cuándo la realizas?

¿Qué pasa si encuentran una infección al momento de hacer la prueba?

¿Por qué crees que las mujeres no acuden a realizarse la prueba?

¿Por qué crees que hay unas que no regresan a hacérsela? ¿Qué has escuchado

¿Quiénes son candidatas a realizarse la prueba?

¿Qué sigue después de haber hecho el Papanicolaou, a dónde van las muestras

Bajo qué circunstancia no se puede realizar el Papanicolaou

¿Consideras que es importante realizarse la prueba? ¿Por qué razón?

Consideras que el que sea hombre quien realiza la prueba, genera sentimientos desfavorables hacia esta

¿Qué pasa si una mujer esta asustada o avergonzada cuando le vas a realizar la prueba.

¿En cuánto tiempo tardan los resultados?

¿Qué pasa cuando el resultado es positivo, cuál es el procedimiento, quién explica el resultado?

Cáncer

Para ti qué es el cáncer

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad?

Para ti qué es el cáncer de matriz

¿Qué personas están en riesgo de enfermarse de este tipo de cáncer

Por qué razón se enferman de cáncer

¿Cómo puede prevenirse

Cuál es su relación con el VPH

Migración

¿Cómo ves eso de la migración?

¿Qué implica trabajar en un lugar donde hay flujo migratorio?

¿Qué dice la gente de los migrantes?

Crees que haya diferencias en la atención que se les da a los migrantes que a los oriundos del lugar

Anexo 4.

Guía de entrevista a la psicóloga

Datos Generales

Edad

Lugar de Nacimiento

Escolaridad

Tiempo de ejercerla

Tiempo de trabajar en Pesqueira

Dependencia para la que trabaja

Qué funciones realiza en este centro de salud

¿Cuáles son tus funciones como promotora de salud?

¿Cuál es tu relación con las beneficiarias del programa? ¿Cómo han recibido tu participación?

Pláticas

¿Cuál es su respuesta a tu invitación a las pláticas de auto cuidado o a las consultas?

¿Cuál es el criterio que se utiliza para escoger los temas de las pláticas y cuáles son estos?

¿Cuál es la información que se da en las pláticas sobre Cáncer?

¿Cuáles son los requisitos que se piden en el centro de salud, o que se mencionan en las pláticas, para poder hacerse el Pap?

¿Cómo ves la participación y/o atención de las mujeres al momento de la plática?

¿Cómo has visto la cuestión del lenguaje, ha representado problemas al momento de dar la plática?

Anexo 5

Carta de consentimiento informado para el personal de salud

El Colegio de Sonora
Carta de Consentimiento Informado
Estimada Señora:

El Colegio de Sonora al cual acudo en calidad de estudiante en la especialidad de Salud y Sociedad, está realizando trabajos de investigación en Estación Pesqueira, con la finalidad de conocer, y comprender las experiencias de las mujeres de este lugar en relación a la salud y la enfermedad. El proyecto de investigación que yo estoy realizando se titula *Representaciones Sociales del Papanicolaou en mujeres habitantes de Estación Pesqueira Sonora* y será la tesis del maestría en Ciencias Sociales Especialidad Salud de María de los Ángeles Morales Hernández. El objetivo principal de la investigación es entender las razones por las que las mujeres se realizan o no la prueba del Papanicolaou.

Si acepta, le pediré contestar algunas preguntas. Si en algún momento usted se siente incómoda o decide simplemente dejar de participar, respetare su decisión, sin que haya consecuencia alguna presente o futura. La información que me de será confidencial, los datos de identidad que me proporcione no aparecerán en los reportes de trabajo ni en las publicaciones. Con el estudio esperamos contribuir al análisis sobre la prueba del Papanicolaou desde el punto de vista de las mujeres. Cualquier duda que tenga, con mucho gusto la aclarare, puede localizarme en el Centro de Salud o en el teléfono que aparece en la copia que le entregamos.

Agradezco su atención de antemano y le pido que si esta de acuerdo en participar en el estudio, firme esta carta para contar con su permiso.

María de los Ángeles Morales Hernández
Estudiante de El Colegio de Sonora
Programa Salud y Sociedad.

Firma de la Señora.

Correo Electrónico: mmorales@posgrado.colson.edu.mx
Obregón No. 54 Colonia Centro 83000 Hermosillo, Sonora México

Tel. 6627041194
www.colson.edu.mx

Anexo 6

Mapa Infraestructura básica de Estación Pesqueira

