



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y
AMBIENTALES**

**Significados y prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención,
diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino a comienzos del siglo
XXI:
una visión desde la perspectiva de género**

Tesis presentada por

LINA SOFÍA PALACIO MEJÍA

Para optar por el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Directora de Tesis

DRA. IVONNE ROSA SZASZ PIANTA

MÉXICO, D F.

Noviembre de 2008



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y
AMBIENTALES**

Constancia de aprobación

Director de Tesis: Dra. Ivonne Rosa Szasz Pianta

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dra. María del Rosario de Fátima Juárez Carcaño
(Nombre) (firma)

2. Dr. Eduardo César Lazcano Ponce
(Nombre) (firma)

3. Dra. Ofelia Carolina Martínez Salgado
(Nombre) (firma)

4. Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas
(Nombre) (firma)

MÉXICO, D.F.

Noviembre de 2008

A Diana Sofía,
por ser mi mejor motivación
para terminar esta tesis

A Leonel González,
Por ser mi compañía y apoyo
en todos los momentos

A mi familia: Marta Sofía, Jaime,
Juan Diego y Gilma Mejía
por estar siempre presentes
a pesar de la distancia

RESUMEN

El cáncer cervicouterino en México ha sido hasta el 2005, la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, esta es una afección que se puede prevenir y controlar cuando se detecta a tiempo. Sin embargo, existe un amplio sector de la población femenina que no acude a una revisión médica periódica que permita detectar la existencia de algunos tipos de virus del papiloma humano, agente etiológico del cáncer cervicouterino (Cacu) para prevenirlo y tratarlo a tiempo.

Según algunas investigaciones, una razón importante que explica la alta incidencia de este tipo de cáncer en los países en desarrollo es la baja capacidad de los programas de salud enfocados a detectar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen en un cáncer invasor. Otra razón importante es que aun en presencia de programas de detección, existen dimensiones socioeconómicas y culturales, en especial las relaciones de género, que dificultan la prevención y el tratamiento oportuno.

Este panorama nos lleva a reflexionar frente a una problemática que afecta a la mayoría de las mujeres en América Latina y a examinar cuáles son las causas sociales y culturales que afectan u obstaculizan la detección y el tratamiento oportuno de la enfermedad. Por ello, la presente investigación analiza los significados y prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, examinando, desde una perspectiva de género, cómo las características sociodemográficas y la construcción y ejercicio de la autonomía se encuentran relacionadas con las prácticas y los significados construidos alrededor de la afección.

Por tanto, nos propusimos realizar un análisis de orden poblacional sobre el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento, considerando importante estudiar la influencia de las características sociodemográficas de las mujeres mexicanas y la manera como sus concepciones culturales y, en especial sus relaciones de género, pueden incidir en el uso del Papanicolaou como una prueba para detectar el cáncer cervicouterino e igualmente, disminuyendo la probabilidad de un tratamiento oportuno. Además, explorar desde su infancia hasta su vida conyugal las historias de vida de algunas mujeres que padecen cáncer cervicouterino, para identificar el proceso de construcción y ejercicio de su autonomía. Buscamos reflexionar sobre la manera como asumen su sexualidad, reproducción, participación en el cuidado y crianza de los

hijos y las relaciones de género en función de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En términos metodológicos se procedió de la siguiente manera. Primero, se utilizó la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003) de la Secretaría de Salud (SSA)*, en la cual se analizó la distribución de las mujeres de acuerdo con la práctica o no de la prueba del Papanicolaou, el conocimiento sobre el resultado de la prueba y su diagnóstico, así como el tratamiento recibido. A partir de ello, nos interesa establecer la relación existente entre el proceso de atención recibida, con sus características sociodemográficas y algunos indicadores sobre las relaciones de género y la autonomía.

Segundo, con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) en la Ciudad de México, se entrevistó a profundidad a cincuenta mujeres con diagnóstico y hospitalizadas en el INCAN para tratamiento de lesiones en alguna de las etapas de la enfermedad. A través de las entrevistas, se analizaron los significados que las pacientes tenían sobre el virus del papiloma humano, principal desencadenante del cáncer cervicouterino, y cómo las construcciones sociales de género funcionan como factores que obstaculizan las prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento de este cáncer. Para eso, se analizó la construcción de la autonomía de las mujeres en la niñez, adolescencia y matrimonio, y como las percepciones sobre su cuerpo, su sexualidad, su salud reproductiva y sus consideraciones acerca de vivir en función de los otros: su esposo, sus hijos y su familia en general, y la importancia del cuidado de sí, afectaron en algún momento la posibilidad de buscar opciones de prevención de la enfermedad, de una detección oportuna o ante la presencia de síntomas buscar un diagnóstico y tratamiento eficiente de su enfermedad.

En resumen, las principales conclusiones de esta investigación fueron que si bien existe un Programa de Acción de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en México, este aún no logra llegar a la totalidad de mujeres que lo necesitan, encontrándose que alrededor de una de cada cuatro mujeres nunca se han realizado un Papanicolaou en la vida. Además, algunos de los problemas encontrados en la utilización del Papanicolaou en mujeres a quienes les hicieron una prueba en la vida, estuvieron principalmente en la entrega de resultados ya que una de cada cinco no recibieron sus resultados; además, de las largas esperas por ellos en los servicios de salud públicos, con una espera de más de 21 días para la mitad de ellas, cuando en un laboratorio particular estos resultados se pueden conocer en una semana. La proporción de diagnósticos positivos entre quienes se realizan el Papanicolaou es alta, y no todas reciben atención, y quienes

lo hacen acuden principalmente a los servicios públicos. Los tratamientos recibidos fueron principalmente histerectomía y quimioterapia, entre otras terapias como rayos láser, criocirugía, conización, electro cirugía o cauterización.

Las características sociodemográficas de las mujeres que menos se realizaron la prueba del Papanicolaou o a quienes nunca se lo han realizado fueron las que principalmente residían en el área rural, solteras, pero que ya habían iniciado su vida sexual activa, mujeres inmersas en un contexto indígena, sin ningún grado de escolaridad o con una precaria educación, que principalmente no trabajaban y que tenían hijos bajo su responsabilidad, que no eran beneficiarias de algún seguro de salud o programa del gobierno. En resumen, mujeres en situación de pobreza y con dificultades para acceder a los servicios de salud.

Según los datos aportados por la encuesta ENSAR de 2003, el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es mayor en quienes residen en el área rural; este riesgo se incrementa a medida que aumenta la edad; además, es mayor en las que tienen un nivel educativo diferente a la primaria, y en las que acuden a servicios de salud diferentes al privado. Asimismo, se relaciona con un menor poder de decisión de las mujeres y con una mayor exposición a la violencia.

Como intentamos demostrar en esta investigación, el rechazo por parte de las mujeres para una atención pertinente no sólo obedece a la falta de información, o acceso a los servicios de salud; también se encuentra relacionado con la forma como el entorno cultural contribuye a la visión que tienen las mujeres de sí mismas y a la construcción y ejercicio de su autonomía.

Se analizan las características sociales y culturales de las entrevistadas, con el fin de identificar los aspectos que estructuran y determinan la construcción de la autonomía femenina en sus contextos específicos, poniendo énfasis en el orden de género que expresan las narrativas. Allí se sostiene que el orden social de género, mediado por el entorno familiar y comunitario, determina los deberes y el radio de acción de la mujer, como la libertad de movimiento y la posibilidad de tomar decisiones, incluso aquellas que afectan su propia salud.

Asimismo, Se aborda la manera como las mujeres iniciaron su vida sexual, precisando las condiciones sociales y culturales en las cuales se enmarcan para tomar sus propias decisiones y contribuir a su proceso y ejercicio de autonomía. Se examina el papel que juega la mujer en las decisiones sobre la vida sexual y reproductiva, el embarazo, el número de hijos que se desean y las prácticas anticonceptivas. Asimismo, se examina la forma como las mujeres reaccionaron frente a la infidelidad conyugal y a las infecciones vaginales que tuvieron en algún momento de

su vida como factores de riesgo para contraer el VPH, el tipo de tratamientos a los que recurrieron, la ayuda por parte de su pareja y la importancia de las redes sociales para enfrentar la enfermedad, como indicadores del posible tratamiento y apoyo para enfrentar el cáncer.

En el último capítulo *Significados, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino*, se analiza la forma como los significados y conocimientos que tenían las entrevistadas sobre el virus de papiloma humano y el cáncer, incidieron en su estado emocional, la reacción frente a los primeros síntomas, las múltiples dificultades que enfrentaron y la consecuente búsqueda de una atención y tratamiento adecuados. También se reflexiona acerca de los tratamientos a que fueron sometidas, el apoyo brindado por las familias y las implicaciones que el cáncer tuvo en su vida cotidiana.

Finalmente, en el apartado de las conclusiones, se señalan entre otros, dos aspectos que pueden ser considerados como una contribución a los estudios sobre el cáncer cervicouterino en México. Por un lado, que el análisis sobre la construcción social del género y la autonomía permitió vislumbrar los aspectos que contribuyen a las causas del padecimiento del cáncer, y dentro de las cuales se constató que muchas mujeres en la actualidad siguen adscritas a la noción del "deber ser" femenino socialmente asignado; es decir, con una concepción sobre la abnegación y el sacrificio en función de los otros como hijas, esposas y madres. Y por el otro, la mayoría de las mujeres colocaron sus intereses al servicio de los demás en detrimento de sí mismas, razón por la que no tuvieron conciencia de la importancia de la medicina preventiva. Muchas consideraban que a ellas "no les puede pasar", por lo que no buscaron ayuda para atender su padecimiento y cuando les fue diagnosticado el cáncer cervicouterino reconocieron que nunca se preocuparon por ellas mismas.

AGRADECIMIENTOS

En este largo camino de formación doctoral, son muchas las experiencias, aprendizajes y vivencias que se suman y construyen, para versen reflejadas en esta tesis doctoral y en este espacio quisiera agradecer a todas las personas e instituciones que contribuyeron, apoyaron y me acompañaron en el transcurso de su elaboración.

Esta tesis corresponde a los estudios realizados con una beca otorgada por la Secretaría de Relaciones Exteriores del Gobierno de México y de El Colegio de México. Igualmente, esta tesis se llevo a cabo gracias al apoyo del Proyecto de CONACYT con referencia 045255 “Identificación de las barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud reproductiva” y al Programa de financiamiento y apoyo académico para investigaciones sobre mujeres y relaciones de género del PIEM-COLMEX.

Agradezco los consejos del Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas, a quién conocí estando en Tijuana, en el Colegio de la Frontera Norte, estudiando mi maestría en Demografía, y a partir de sus consejos me decidí a continuar con mis estudios de Doctorado en el Colegio de México. Desde mi arribo a la ciudad de México, me ofreció siempre su confianza, amistad y apoyo permanente.

Durante el transcurso de mis clases, conocí a la Profesora Ivonne Szasz, a quién agradezco haber aceptado dirigir esta investigación doctoral, su brillante carrera y su amplia experiencia investigativa, me permitieron aprender diferentes teorías y metodologías que enriquecieron enormemente mi investigación y mi formación. Agradezco su tiempo, dedicación y paciencia con la cual revisó cada uno de los manuscritos hasta llegar a este documento final.

Al Dr. Eduardo Lazcano, agradezco su asesoría constante en los estudios del cáncer cervicouterino, su experiencia y valioso acompañamiento desde mis estudios de maestría y posterior apoyo en mis estudios de doctorado, han fomentado los estudios del cáncer cervicouterino como mi línea de investigación, la cual gracias a él la he continuado en el ámbito laboral. Agradezco su confianza, y apoyo incondicional.

Agradezco a la Profesora Fátima Juárez, por sus valiosos comentarios, apoyo y asesoría en el transcurso del desarrollo de la tesis y a la Profesora Cecilia Gayet, quién conoció mi trabajo y me contacto con el Instituto Nacional de Cancerología, para la realización de las entrevistas.

Al Instituto Nacional de Cancerología y a la Dra. Laura Leticia Tirado Gómez, por abrirme las puertas de la institución, al Dr. Enciso, por facilitarme el ingreso al área de hospitalización y permitirme llegar a las mujeres que padecían esta enfermedad. A todas las mujeres que con sus historias de vidas permitieron enriquecer los resultados de esta investigación.

A los profesores, Juan Guillermo Figueroa, Olga Lorena Rojas, Brígida García, Silvia Giorguli, que dentro y fuera del aula enriquecieron mi investigación y formación con sus valiosos comentarios.

Mis agradecimientos a Liliana, Saydi, Andrés y Alonso Restrepo por su amistad, pero sobre todo por el apoyo con las transcripciones y las valiosas aportaciones en la revisión del manuscrito de la tesis.

Agradezco también los comentarios de todos mis compañeros de doctorado, espero seguir contando con su amistad y sus comentarios como colegas.

También mi agradecimiento al personal administrativo del Centro de Estudios Demográficos y Urbanos y Ambientales, especialmente a Alejandra. Así como al personal de Biblioteca por todo su apoyo.

A Mónica Casalet, Fernando Saavedra y Jorge Horbath, por su amistad, por abrirme las puertas en la FLACSO, y enriquecer mi trabajo con su experiencia.

A la comunidad Colombiana, a las amigas y amigos que me acompañaron en este periodo: Sara, Mónica, Esperanza, Gabriel, el Mono, Martín, Karina, Iñaki, Maritza, Myriam, Camilo, Darío, Paola, Valeria, Angélica, Diana, todos estudiantes, compartiendo los mismos intereses, gracias por su amistad, por ser una segunda familia en México y por las rumbas en la casa del ritmo. A los vecinos de siempre Ietza y Alex.

Al Amor, gracias a ti Leonel, por estar siempre a mi lado, y a mi hija Diana Sofía por llenar mi vida de felicidad.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: EL CÁNCER CERVICOUTERINO COMO PROBLEMA DE ESTUDIO	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.1.1. Estructura de la investigación.....	12
1.1.1. Objetivo general.....	14
1.1.2. Objetivos específicos.....	14
1.1.3. Hipótesis	15
1.2. El cáncer cervicouterino	16
1.2.1. Antecedentes de la enfermedad	19
1.2.2. Prevención y detección	21
1.2.3. Tratamientos	25
1.3. Epidemiología del cáncer cervicouterino.....	26
1.3.1. El cáncer cervicouterino en el ámbito mundial.....	26
1.3.2. El cáncer cervicouterino en México	29
1.3.3. Coberturas del Papanicolaou: antecedentes.....	35
1.4. Género, autonomía y salud reproductiva: Referentes teórico-metodológicos para el análisis sociocultural del cáncer cervicouterino	38
1.4.1. El concepto de autonomía.....	41
1.4.2. Autonomía, poder de decisión y salud.....	44
1.4.3. Autonomía, identidad de género y cuerpo	46
1.4.4. Autonomía y el concepto de autocuidado.....	49
1.4.5. Autonomía y trayectorias de vida en función de la salud.....	51
1.4.6. Autonomía, salud y sexualidad.....	52
1.4.7. Autonomía y acceso de las mujeres al trabajo.....	54
1.4.8. Autonomía y educación.....	55
1.4.9. Autonomía y acceso a los servicios de salud.....	56
1.4.10. Autonomía en el espacio de la familia.....	57
1.4.11. Autonomía y violencia doméstica.....	58
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	63
2.1. Análisis de orden cuantitativo.....	63
2.1.1. Fuentes de información.....	63
2.1.2. Descripción de los niveles de análisis.....	66
2.1.3. Construcción de indicadores sobre relaciones de género	67
2.1.4. Regresión logística múltiple	69
2.2. Análisis de orden cualitativo.....	69
2.2.1. Tipo de entrevista.....	71
2.2.2. El proceso de ingreso al Instituto Nacional de Cancerología	71
2.2.3. Selección de las entrevistadas.....	72
2.2.4. El guión de entrevista	73
2.2.5. Procesamiento de datos.....	74
2.2.6. El análisis.....	74
2.2.7. Características sociodemográficas: una perspectiva comparada	75
2.2.8. Perfil socioeconómico de las entrevistadas.....	77

<u>CAPÍTULO III: PRÁCTICAS DE LAS MUJERES MEXICANAS FRENTE A LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO</u>	81
<u>3.1. Prácticas de detección mediante el uso del Papanicolaou</u>	82
<u>3.1.1. Práctica del Papanicolaou en el último año</u>	82
<u>3.1.2. Práctica frecuente del Papanicolaou</u>	83
<u>3.1.3. Práctica del Papanicolaou alguna vez en la vida</u>	84
<u>3.1.4. Mujeres que nunca se han practicado un Papanicolaou</u>	85
<u>3.1.5 Características del servicio del Papanicolaou</u>	86
<u>3.2. Prácticas en el proceso de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino</u>	90
<u>3.2.1. Detección del cáncer cervicouterino</u>	90
<u>3.2.2. Tratamiento del cáncer cervicouterino</u>	90
<u>3.3. Práctica del Papanicolaou, según características sociodemográficas y de salud</u>	93
<u>3.3.1. Práctica del Papanicolaou, según características sociodemográficas</u>	93
<u>3.3.2. Práctica del Papanicolaou, según características de salud reproductiva</u>	98
<u>3.4. Indicadores de autonomía y su relación con el cáncer cervicouterino</u>	101
<u>3.5. Factores sociodemográficos, acceso a la salud y autonomía como determinantes del cáncer cervicouterino</u>	107
<u>CAPÍTULO IV: LA CONSTRUCCIÓN DE LA AUTONOMÍA FEMENINA</u>	111
<u>4.1. Construcción de la autonomía en la familia de origen</u>	113
<u>4.1.1. Niñas encerradas y aisladas</u>	114
<u>4.1.2. Formas de socializar al margen del control familiar</u>	119
<u>4.1.2.1 La escuela: una ruta posible hacia la libertad</u>	119
<u>4.1.2.3. El noviazgo y el control familiar</u>	125
<u>4.2. Construcción y ejercicio de la autonomía en la unión</u>	127
<u>4.2.1 ¿Para qué casarse?</u>	127
<u>4.2.2. El matrimonio... en casa de la suegra</u>	133
<u>4.3. La violencia intrafamiliar</u>	136
<u>CAPÍTULO V: LA AUTONOMÍA EN ACCIÓN: SEXUALIDAD, REPRODUCCIÓN, ANTICONCEPCIÓN, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO</u>	147
<u>5.1. La sexualidad</u>	149
<u>5.1.1. El silencio sobre la sexualidad</u>	151
<u>5.1.2. Motivación en sus prácticas sexuales: por complacer a la pareja</u>	153
<u>5.1.3. Sexo por miedo a la infidelidad</u>	156
<u>5.1.4. Soportar la infidelidad</u>	158
<u>5.2. Reproducción, anticoncepción y normas de género sobre sexualidad conyugal</u>	162
<u>5.2.1. En manos del cónyuge: “mi esposo me cuidaba”</u>	164
<u>5.2.2. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos</u>	165
<u>5.2.3. Uso del condón como anticonceptivo</u>	167
<u>5.3. Infecciones de transmisión sexual</u>	170

5.3.1. Pasividad frente a los síntomas.....	171
<u>5.3.2. Tratamientos</u>	172
<u>5.3.3. La corresponsabilidad de sus parejas</u>	174
<u>5.4. La autonomía femenina y la cultura de la prevención</u>	177
<u>5.4.1. La construcción social del género</u>	177
<u>5.4.2. La falta de cultura de la prevención</u>	182
<u>CAPÍTULO VI: LOS SIGNIFICADOS SOCIALMENTE CONSTRUIDOS Y LAS RELACIONES DE GÉNERO FRENTE A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO</u>	185
<u>6.1. Conocimientos y significados del VPH. Contribución de los sistemas de salud al silencio y los tabúes sobre la sexualidad</u>	186
<u>6.2. Conocimientos y significados del cáncer cervicouterino</u>	191
<u>6.3. Detección del cáncer cervicouterino</u>	193
<u>6.3.1. Los primeros síntomas. . .</u>	193
<u>6.3.2. Diagnósticos tardados, errados y contrariados</u>	196
<u>6.4. La reacción frente al diagnóstico del cáncer cervicouterino y trastornos emocionales</u>	201
<u>6.5. Tratamiento del cáncer cervicouterino</u>	205
<u>6.5.1. El desconocimiento. . .</u>	205
<u>6.5.2. Las secuelas y los síntomas persistentes</u>	208
<u>6.5.3. Abandono del tratamiento</u>	209
<u>6.7. La responsabilidad de la pareja frente al cáncer cervicouterino</u>	211
<u>6.8. Las mujeres de la familia como punto de apoyo</u>	213
<u>6.9. Los retos en la vida cotidiana: la culpa de no poder atender ni proveer</u>	216
<u>6.10. La maternidad como el sentido de sus vidas</u>	218
<u>CONCLUSIONES</u>	223
<u>ANEXOS</u>	253
<u>ANEXO 1. Preguntas acerca del cáncer cervicouterino – ENSAR 2003 SSA</u>	254
<u>ANEXO 2. Preguntas sobre sexualidad y violencia doméstica – ENSAR 2003 SSA</u>	255
<u>ANEXO 3. Consentimiento Informado</u>	257
<u>ANEXO 4. Formulario de Características Sociodemográficas</u>	258
<u>ANEXO 5. Guía de entrevista a mujeres en tratamiento por cáncer cervicouterino INCAN</u>	261
<u>ANEXO 6. Listado de mujeres entrevistadas</u>	264
<u>ANEXO 7. Fichas de las entrevistas</u>	265
<u>ANEXO 8. Características de las entrevistadas</u>	268
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	285
<u>ÍNDICE DE CUADROS</u>	297
<u>ÍNDICE DE GRÁFICAS</u>	298

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una afección que se puede prevenir y controlar cuando se detecta a tiempo. Sin embargo, existe un amplio sector de la población femenina que no acude a una revisión médica periódica que permita detectar la existencia de algunos tipos de virus del papiloma humano, agente etiológico del cáncer cervicouterino (Cacu) para prevenirlo y tratarlo a tiempo.

En las últimas décadas, el cáncer cervicouterino ha sido un importante problema de salud en la población femenina adulta tanto en México, como en toda América Latina. En México, para la década de los 80 del siglo XX, los tumores se encontraban como la tercera causa de mortalidad en mujeres mayores de 15 años de edad y para la década de los 90, pasaron a ser la segunda causa. Desde el año 2000 hasta 2005 el cáncer cervicouterino fue la primera causa de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva de entre 15 a 64 años de edad. Asimismo, dentro del grupo de los tumores malignos, el cáncer cervicouterino uterino ha ocupado el primer lugar en mortalidad en las últimas décadas, seguido por el cáncer de mama (SSA, 1980-2005).

Según algunas investigaciones, una razón importante que explica la alta incidencia de este tipo de cáncer en los países en desarrollo es la falta de programas de salud eficaces enfocados a detectar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen en un cáncer invasor. Otra razón importante es que aun en presencia de programas de detección, existen dimensiones socioeconómicas y culturales, en especial las relaciones de género, que dificultan la prevención y el tratamiento oportuno. Estas dimensiones son importantes dado que, en comparación con lo que ocurre en los países desarrollados, son muy pocas las mujeres de países en desarrollo que tienen acceso a exámenes para detectar lesiones cervicouterino precancerosas (Serman, 2002; OPS, 2004).

Este panorama nos lleva a reflexionar frente a una problemática que afecta a la mayoría de las mujeres en América Latina y a examinar cuáles son las causas sociales y culturales que afectan u obstaculizan la detección y el tratamiento oportuno de la enfermedad. Por ello, la presente investigación analiza los significados y prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, examinando, desde una perspectiva de género, cómo las características sociodemográficas y la construcción y ejercicio

de la autonomía se encuentran relacionadas con las prácticas y los significados construidos alrededor de la afección.

El cáncer cervicouterino en México es una enfermedad que se mantiene con una alta incidencia en la población femenina, a pesar de los programas de prevención de las instituciones de salud y de las acciones gubernamentales específicas como el “Programa Oportunidades”, dirigido por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). La incidencia se mantiene a pesar de las transformaciones socioeconómicas del país que en las últimas décadas han generado el mejoramiento del nivel educativo y una mayor presencia de las mujeres en la fuerza laboral. Si la elevada incidencia se mantiene, a pesar de los esfuerzos del sistema de salud y la mayor escolaridad de las mujeres, es importante verificar si la cobertura de los programas de detección del cáncer cervicouterino siguen siendo bajas, y se mantienen las barreras en el acceso a la prueba que puedan tener las mujeres. Consideramos importante estudiar la influencia de las características sociodemográficas de las mujeres mexicanas y la manera como sus concepciones culturales y, en especial sus relaciones de género, pueden incidir en el uso del Papanicolaou como una prueba para detectar el cáncer cervicouterino e igualmente, disminuyendo la probabilidad de un tratamiento oportuno.

Por tanto, nos propusimos además de realizar un análisis de orden poblacional sobre el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento, explorar desde su infancia hasta su vida conyugal las historias de vida de algunas mujeres que padecen cáncer cervicouterino, para identificar el proceso de construcción y ejercicio de su autonomía. Buscamos reflexionar sobre la manera como asumen su sexualidad, reproducción, participación en el cuidado y crianza de los hijos y las relaciones de género en función de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En términos metodológicos se procedió de la siguiente manera. Primero, se utilizó la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003) de la Secretaría de Salud (SSA)*, en la cual se analizó la distribución de las mujeres de acuerdo con la práctica o no de la prueba del Papanicolaou, el conocimiento sobre el resultado de la prueba y su diagnóstico, así como el tratamiento recibido. A partir de ello, nos interesa establecer la relación existente entre el proceso de atención recibida, sus características sociodemográficas y algunos indicadores sobre las relaciones de género y la autonomía.

Segundo, con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) en la Ciudad de México, se entrevistó a profundidad a cincuenta mujeres con diagnóstico y tratamiento de lesiones en alguna de las etapas de la enfermedad.

Tercero, a través de las entrevistas, se analizaron los significados que las pacientes tenían sobre el virus del papiloma humano, principal desencadenante del cáncer cervicouterino, y cómo las construcciones sociales de género funcionan como factores que obstaculizan las prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento de este cáncer. Para eso, se analizó la construcción de la autonomía de las mujeres en la niñez, adolescencia y matrimonio, las percepciones sobre su cuerpo, su sexualidad, su salud reproductiva y sus consideraciones acerca de vivir en función de los otros: su esposo, sus hijos y su familia en general, y la importancia del cuidado de sí.

Nuestra interpretación es que las dimensiones culturales de género, así como algunas características sociodemográficas, dificultan la prevención y la atención e influyen en la alta morbilidad y mortalidad de la población femenina por esta causa. Este hecho generó una serie de interrogantes como los siguientes ¿Por qué hay un considerable número de mujeres que no se involucra con la medicina preventiva en México? ¿Qué variables sociodemográficas convergen para que una mujer decida, en algún momento de su vida, practicarse el Papanicolaou y convertir su salud en una prioridad? y ¿Cómo la cultura y las relaciones de género inciden en la construcción de la autonomía de las mujeres? y ¿Cómo influye el ejercicio de la autonomía de las mujeres en las posibilidades de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino?

En el intento por responder a las interrogantes anteriores, organizamos el contenido de los capítulos de la siguiente forma. En el primer capítulo, *El cáncer cervicouterino como problema de estudio*, nos abocamos a la descripción del problema de investigación y a la conceptualización de la enfermedad como tal: el cáncer cervicouterino. Se exponen los antecedentes del análisis sobre los cuales se plantearon las principales preguntas, objetivos e hipótesis que guiaron la investigación. Así como los referentes teórico-metodológicos para el análisis sociocultural del cáncer cervicouterino, se definen los principales ejes conceptuales y teóricos que guiaron la investigación. Teniendo en cuenta que la autonomía es uno de los núcleos fundamentales en este estudio examinamos la manera cómo el proceso de construcción y el ejercicio de la autonomía se vinculan con aspectos como educación, trabajo, salud, sexualidad y reproducción, percepción del cuerpo, cuidado de sí misma así como la violencia doméstica.

En el segundo capítulo, *Metodología de la investigación*, se expone el procedimiento a través del cual se llevó a cabo la investigación, mediante los dos tipos de aproximaciones metodológicas que se tuvieron en cuenta: el análisis cuantitativo y el cualitativo. Dentro de la aproximación cuantitativa se hace un análisis poblacional principalmente a través de la ENSAR 2003, la construcción de indicadores sobre las relaciones de género y el modelo utilizado de regresión logística múltiple. Respecto a la aproximación cualitativa, se señalan la selección de las entrevistadas, el tipo de entrevista realizada, el guión, el procesamiento de los datos y las características sociodemográficas de las entrevistadas.

En el tercer capítulo, *Prácticas de las mujeres mexicanas frente a la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino*, exploramos los niveles de práctica de la prueba de Papanicolaou a la luz de la ENSAR. Allí se presenta la descripción del proceso de atención del cáncer cervicouterino establecido con el fin de determinar el nivel de diagnóstico y tratamiento del mismo; la asociación entre la utilización de la prueba del Papanicolaou y diversas características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos y de uso de servicios de salud. Finalmente, se discute la relación que existe entre las prácticas de las mujeres frente a este tipo de cáncer y los niveles de autonomía presentes en ellas.

En el capítulo cuarto, *La construcción de la autonomía femenina y su relación con la prevención del cáncer cervicouterino*, se analizan las características sociales y culturales de las entrevistadas, con el fin de identificar los aspectos que estructuran y determinan la construcción de la autonomía femenina en sus contextos específicos, poniendo énfasis en el orden de género que expresan las narrativas. Allí se sostiene que el orden social de género, mediado por el entorno familiar y comunitario, determina los deberes y el radio de acción de la mujer, como la libertad de movimiento y la posibilidad de tomar decisiones, incluso aquellas que afectan su propia salud.

En el quinto capítulo, *La autonomía en acción: sexualidad, reproducción, anticoncepción e infecciones*, se aborda la manera como las mujeres iniciaron su vida sexual, precisando las condiciones sociales y culturales en las cuales se enmarcan para tomar sus propias decisiones y contribuir a su proceso y ejercicio de autonomía. Se examina el papel que juega la mujer en las decisiones sobre la vida sexual y reproductiva, el embarazo, el número de hijos que se desean y las prácticas anticonceptivas. Asimismo, se examina la forma como las mujeres reaccionaron frente a la infidelidad conyugal y a las infecciones vaginales que tuvieron en algún

momento de su vida como factores de riesgo para contraer el VPH, el tipo de tratamientos a los que recurrieron, la ayuda por parte de su pareja y la importancia de las redes sociales para enfrentar la enfermedad, como indicadores del posible tratamiento y apoyo para enfrentar el cáncer.

En el último capítulo *Significados, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino*, se analiza la forma como los significados y conocimientos que tenían las entrevistadas sobre el virus de papiloma humano y el cáncer, incidieron en su estado emocional, la reacción frente a los primeros síntomas, las múltiples dificultades que enfrentaron y la consecuente búsqueda de una atención y tratamiento adecuados. También se reflexiona acerca de los tratamientos a que fueron sometidas, el apoyo brindado por las familias y las implicaciones que el cáncer tuvo en su vida cotidiana.

Finalmente, en el apartado de las conclusiones, se señalan entre otros, dos aspectos que pueden ser considerados como una contribución a los estudios sobre el cáncer cervicouterino en México. Por un lado, que el análisis sobre la construcción social del género y la autonomía permitió vislumbrar los aspectos que contribuyen a las causas del padecimiento del cáncer, y dentro de las cuales se constató que muchas mujeres en la actualidad siguen adscritas a la noción del "deber ser" femenino socialmente asignado; es decir, con una concepción sobre la abnegación y el sacrificio en función de los otros como hijas, esposas y madres. Y por el otro, la mayoría de las mujeres colocaron sus intereses al servicio de los demás en detrimento de sí mismas, razón por la que no tuvieron conciencia de la importancia de la medicina preventiva. Muchas consideraban que a ellas "no les puede pasar", por lo que no buscaron ayuda para atender su padecimiento y cuando les fue diagnosticado el cáncer cervicouterino reconocieron que nunca se preocuparon por ellas mismas.

CAPÍTULO I

El cáncer cervicouterino como problema de estudio

En el siguiente capítulo, nos abocamos a la presentación del problema de investigación y a la conceptualización de la enfermedad como tal: el cáncer cervicouterino. Asimismo, se exponen los antecedentes sobre los que se plantearon las principales preguntas, objetivos e hipótesis que guiaron la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

La presente investigación analiza desde una perspectiva sociodemográfica cuáles son las prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, y cómo se asocian esas prácticas con características sociodemográficas e indicadores de género. Además, profundiza en las dimensiones de género que limitan las prácticas de prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino por parte de las mujeres al reducir su autonomía, así como en los significados construidos alrededor de esta enfermedad.

El interés de este trabajo se concentra en algunos factores que hacen que la presencia de ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH), puedan desarrollarse hacia un cáncer sin una detección adecuada, es decir, en los factores sociodemográficos y sobre todo en las construcciones sociales de género que limitan las posibilidades de autonomía de las mujeres para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de forma temprana y, por lo tanto, dificultan atender y detener el desarrollo de la enfermedad hasta llegar a una posible curación.

Un primer punto de interés en nuestra investigación fue identificar los porcentajes sobre la utilización de la prueba del Papanicolaou en México. Esta información se obtuvo a partir de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003), a partir de la cual se analizaron las prácticas de utilización de esta prueba, los motivos más comunes que señalaron las mujeres para realizarla o dejar de hacerlo, la frecuencia de su práctica, el lugar a donde acuden para hacerla, las condiciones de entrega de resultados, el diagnóstico dado y el tratamiento aplicado.

Se exploró cómo varían los porcentajes de utilización y el tipo de prácticas preventivas de acuerdo con la autonomía de las mujeres y la percepción que éstas tienen sobre el cuidado de sí. Para esto se establecen comparaciones entre las características sociodemográficas a quienes se les practica un Papanicolaou respecto a las que no, así como aquellas que tienen un tipo de prácticas de atención adecuadas frente a quienes no, y se busca establecer relaciones entre sus prácticas frente a la prevención del cáncer cervicouterino y las relaciones de género en las que se encuentran inmersas.

Un segundo punto de interés se refiere al tratamiento. Nos interesó analizar qué sucedía con aquellas mujeres que recibieron un diagnóstico de cáncer cervicouterino en algunas de sus etapas de neoplasia intraepitelial cervicouterino (NIC), como son: en las mujeres que se hacen un Papanicolaou y reciben un diagnóstico de cáncer cervicouterino. ¿Qué porcentaje de éstas acceden a un tratamiento? y ¿A qué tipo de tratamiento acceden? De las mujeres tratadas, ¿Cuántas continúan el tratamiento hasta obtener una curación? Este aspecto será desarrollado a partir de la asociación entre las prácticas de tratamiento del cáncer cervicouterino, las características sociodemográficas y el contexto de las relaciones de género en las que se encuentran inmersas.

Por último, a partir de la reconstrucción de las historias de vida que refieren aspectos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de algunas mujeres que padecen esta enfermedad, reflexionamos en torno a sus propias narraciones para identificar y relacionar sus historias con las características sociodemográficas, es decir, con los factores que inciden entre unas prácticas y otras.

Asimismo, nos enfocaremos al tema de la construcción de su autonomía y en la manera como influye en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

1.1.1. Estructura de la investigación

En esta investigación tuvimos la intención de responder a una serie de interrogantes que se agrupan en tres ejes analíticos desarrollados en cada uno de los capítulos.

1) Las prácticas de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino y sus características sociodemográficas, de salud reproductiva y de autonomía asociadas.

- ¿Cuáles son las prácticas de las mujeres mexicanas durante el proceso de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino?
- ¿Qué factores convergen para que una mujer decida, en algún momento de su vida, hacerse el Papanicolaou y convertir su salud en una prioridad?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que determinan el uso del Papanicolaou?

2) Las relaciones de género, la construcción y el ejercicio de la autonomía en la prevención del cáncer cervicouterino.

- ¿Por qué hay un considerable número de mujeres que no se involucra con la medicina preventiva?
- ¿La autonomía de las mujeres, como una manifestación del orden social de género, influye en las prácticas de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino en las mujeres mexicanas?
- ¿Qué factores inciden en la construcción de la autonomía de las mujeres?
- ¿Cuáles son los factores vinculados con las relaciones de género en el ámbito del hogar que se asocian positiva o negativamente con haberse realizado el Papanicolaou?
- ¿De qué manera contribuyen a la construcción de la autonomía suficiente para que las mujeres tomen decisiones sobre el cuidado de su cuerpo y sobre sus prácticas sexuales y preventivas del cáncer cervicouterino, mecanismos como la ausencia de violencia familiar, el apoyo hacia la escolaridad de las hijas y las posibilidades de socializar fuera del hogar en la familia de origen?
- ¿Cómo contribuyen a reproducir la falta de autonomía de las mujeres para el autocuidado de su salud sexual que manifiestan quienes padecen un cáncer cervicouterino? ¿Como influyen las prácticas culturales sobre la unión marital de las mujeres mexicanas, la sexualidad marital, la violencia de género y la atención médica?

3) Influencia de las relaciones de género y de la autonomía en los significados sobre el VPH, el cáncer cervicouterino, el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino y las relaciones familiares en torno a la enfermedad.

- ¿Los significados basados en el orden social de género que algunas mujeres le atribuyen al VPH y al cáncer cervicouterino pueden ser obstáculos o barreras culturales para la prevención/diagnóstico/tratamiento?
- ¿De qué forma el grado de autonomía de la mujer puede influir en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino?
- ¿Cómo influyen en la reproducción del orden de género la falta de autonomía, las relaciones de pareja, la violencia, las relaciones familiares y los servicios de salud?

La respuesta a estos interrogantes se hallan, en parte, en los contextos sociales y culturales que moldean las prácticas de las mujeres, basadas en las diferencias de género, imponiéndoles límites y prioridades que van en detrimento de su salud. Además, en dichos contextos se gestan los significados que son atribuidos al cáncer cervicouterino, los cuales son determinantes a la hora de relacionarse con la enfermedad.

1.1.1. Objetivo general

- Analizar la forma como las características sociodemográficas, la construcción y ejercicio de la autonomía y las relaciones de género están asociados a las prácticas y significados de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino a comienzos del siglo XXI.

1.1.2. Objetivos específicos

- Describir y analizar las prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, explorando el porcentaje de utilización de la prueba del Papanicolaou, la obtención de los resultados, la frecuencia del diagnóstico y el seguimiento del tratamiento.

- Analizar, a partir de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 las relaciones entre uso del Papanicolaou y características sociodemográficas, de salud reproductiva y de autonomía de las mujeres que previenen o se tratan un cáncer cervicouterino, para identificar cuáles son las condiciones asociadas a la utilización del Papanicolaou.
- Construir indicadores de género que permitan analizar, junto a las características sociodemográficas y de salud, los factores que determinan la probabilidad de padecer el cáncer cervicouterino.
- Explorar en las historias de vida de algunas mujeres que padecen cáncer cervicouterino, desde su infancia hasta su vida conyugal, para reflexionar sobre los factores que inciden en la construcción de su autonomía
- Explorar cómo la autonomía de las mujeres se reconstruye y ejerce en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva en aspectos como su sexualidad, reproducción, participación en el cuidado y crianza de los hijos, su autocuidado y, en general, frente a sus relaciones.
- Describir la forma como los significados que las mujeres tienen sobre el VPH o el cáncer cervicouterino influyen en la prevención, detección y tratamiento del mismo y la forma de sobrellevar la vida las mujeres después de afrontar esta enfermedad.

1.1.3. Hipótesis

- En esta investigación pretendemos mostrar la manera como la construcción social y cultural de *la autonomía femenina* se encuentra estrechamente ligada a dos aspectos. Primero, el grado de autonomía incide en los cuidados que la mujer tiene de su propio cuerpo, aproximándose o tomando distancia de la medicina preventiva. En segundo lugar, el grado de autonomía influye en las decisiones que ellas toman desde que aparecen los primeros síntomas del cáncer cervicouterino e incluso en su tratamiento, debido a que una mayor experiencia en tomar decisiones y tener libertad de movimiento permite mejores prácticas de prevención y atención.
- Existe un porcentaje importante de mujeres a quienes no les han realizado un Papanicolaou en la vida, así como un bajo porcentaje que se lo practican periódicamente. Las mujeres con una baja prevención del cáncer cervicouterino principalmente son mujeres de edad adulta, con baja escolaridad, con poca tradición de uso y acceso hacia

los servicios de salud, con una baja autonomía e influidas por un alto recato personal, como por el control social hacia su cuerpo. Se trata de mujeres en un riesgo latente de padecer un cáncer cervicouterino y que a diferencia de las jóvenes y de mayor escolaridad, no son captadas fácilmente por los servicios de salud.

1.2. El cáncer cervicouterino

En términos generales, el cáncer es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento anormal de células que, al desarrollarse de forma incontrolada, invaden los tejidos normales y los destruyen, provocando una alteración en el funcionamiento del organismo (Escandón *et al*, 1992). Cuando dicha patología se presenta en los tejidos del cuello uterino,¹ se desarrolla lo que se conoce como cáncer cervicouterino. Si las primeras células, que son de carácter pre-maligno, se detectan a tiempo es posible extirparlas del organismo; de lo contrario, se diseminarán por la zona pélvica y otras áreas circundantes. Este patrón de expansión es conocido como metástasis y el pronóstico es generalmente negativo, llegando a causar la muerte (Martín, 1999).

El agente etiológico del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), debido a que a este se le considera necesario para el desarrollo de la enfermedad. El VPH es transmitido sexualmente y en muchos casos es asintomático; dada esta característica, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte.

Numerosas investigaciones han demostrado una asociación de entre 97% y 99%, con la presencia del DNA del VPH y el cáncer cervicouterino (Bosch, 1995). Este hallazgo indica que la infección por el VPH constituye una causa necesaria de neoplasia cervicouterina, evidenciando valiosas aportaciones para su prevención y tratamiento. La prevención de la infección genital por el VPH se puede conseguir con estrategias dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las estrategias de prevención de las ITS de significado en la salud pública (Serman, 2002). Actualmente, se conocen más de 70 tipos del virus de papiloma humano, mostrando cada tipo diferencias particulares (Serman, 2002). Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) los clasifica como “carcinogénicos” (tipos 16 y 18), “probablemente

¹ El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta a la vagina (canal de nacimiento) (CancerNet, 2007).

carcinogénicos” (tipos 31 y 33) y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11) (Muñoz, 2002).

Debido a que la infección por VPH ha demostrado ser una precursora temprana de la neoplasia cervicouterina, es perfectamente justificable utilizar la prueba de ADN del VPH como coadyuvante del Papanicolaou en la detección de este cáncer. Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición de la prueba del VPH al Papanicolaou aumenta la sensibilidad en la detección del NIC de alto grado y del cáncer (Serman, 2002).

Así, todas las mujeres sexualmente activas están en riesgo de padecer un cáncer cervicouterino, pero la enfermedad es más común entre aquellas que adicionalmente cuentan con factores de riesgo como pueden ser:

1. No hacerse la prueba de detección periódicamente
2. El inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 16 años de edad)
3. La multiparidad vaginal (al menos cinco partos naturales)
4. Una historia de múltiples parejas sexuales o haber sufrido diferentes ITS (Hewitt *et al*, 2002).
Si bien no se ha investigado lo suficiente, cuando el esposo o pareja ha tenido dos o más parejas sexuales entre las que puede haber alguna mujer infectada con el VPH, aunado esto al no uso del condón, nos encontramos con una alta posibilidad de contagio.
5. Contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el VPH.
6. Tener una historia familiar de cáncer cervicouterino.
7. La edad (las mujeres de entre 30 a 60 años de edad corren un riesgo mayor y éste también aumenta con la edad).
8. Fumar.
9. El estado nutricional; algunas investigaciones han demostrado que una nutrición carente de vitaminas A y C suele ser causa para que el VPH se desarrolle (Restrepo *et al*, 1987; Lazcano *et al*, 1995).
10. El estado socio-económico (las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres, ya que presentan mayores limitaciones para el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento y tienen menor nivel de escolaridad) (OPS, 2005).

El inicio temprano de la vida sexual se ha considerado como un determinante para que el VPH origine un cáncer cervicouterino, debido a que se ha establecido que la zona de transformación del epitelio cervicouterino, la que más prolifera durante la pubertad y la adolescencia, es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente (entre ellos el VPH). Por esta razón, estudios realizados en diferentes poblaciones han coincidido en que el inicio de la vida sexual activa a temprana edad constituye uno de los principales factores de riesgo de cáncer cervicouterino. Algunas investigaciones refieren un riesgo de dos a dieciocho veces mayor en mujeres con inicio de vida sexual antes de los 16 años de edad (Herrero *et al*, 1990), Asimismo, se observa un efecto protector en aquellas que inician su vida sexual después de los 25 años de edad (Lazcano, 1995).

La multiparidad vaginal se ha señalado como un factor desencadenante del cáncer cervicouterino, ya que éste aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cuello uterino, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso en un parto natural, por lo que es posible considerar al parto vaginal como factor de riesgo de cáncer cervicouterino. En un estudio realizado en mujeres mexicanas se observa un riesgo significativo a partir del tercer parto vaginal, por lo que existe consenso para considerar la multiparidad como factor de riesgo del CACU (Lazcano, 1995). En este sentido, los partos atendidos por cesárea reportan un efecto protector para no desarrollar un cáncer cervicouterino; uno de los trabajos que comprueba esto es Herrero *et al* (1990) realizado en cuatro países latinoamericanos, en el cual se muestra un efecto protector en mujeres con antecedentes de cesárea.

El antecedente de dos o más parejas sexuales también evidencia un factor de riesgo para que las mujeres puedan desarrollar un cáncer cervicouterino, y más que el número de parejas sexuales, en cuanto aumenta la probabilidad de encontrar alguno con el virus, lo que se encuentra relacionado es el contacto recurrente con la infección del VPH. No obstante, en diferentes estudios se ha documentado un riesgo hasta diez veces mayor con el antecedente de seis o más compañeros sexuales.

En un estudio en mexicanas se encontró una tendencia lineal del riesgo, de acuerdo con el número de compañeros sexuales, de tal manera que mujeres con antecedente de cuatro o más parejas sexuales durante su periodo de vida sexual activa, incrementan el riesgo cuatro veces, comparadas con las que han tenido uno solo (Lazcano, 1995). Además, el tener una sola pareja sexual infectada con algunos de los subtipos del VPH que pueden evolucionar hacia un cáncer

cervicouterino, puede ser un factor de riesgo si se tienen relaciones sexuales de manera periódica sin usar preservativo en todas ellas.

En resumen, según la evidencia epidemiológica, los principales factores de riesgo para el cáncer cervicouterino se encuentran asociados a pautas de comportamiento sexual de las mujeres y de sus parejas sexuales: la edad temprana al inicio de la vida sexual activa, la multiparidad vaginal, el antecedente de dos o más parejas sexuales y el contacto recurrente con una sola pareja portadora de la infección.

Todos estos factores pueden exponer por mayor tiempo a las mujeres al contacto sexual con una persona infectada o pueden influir en su vulnerabilidad para que la infección, en lugar de ceder, evolucione hacia una displasia. En este sentido, por su alta incidencia y por el origen a partir de una infección sexualmente transmisible, se podría pensar que la mortalidad por cáncer cervicouterino tiene un origen epidémico.

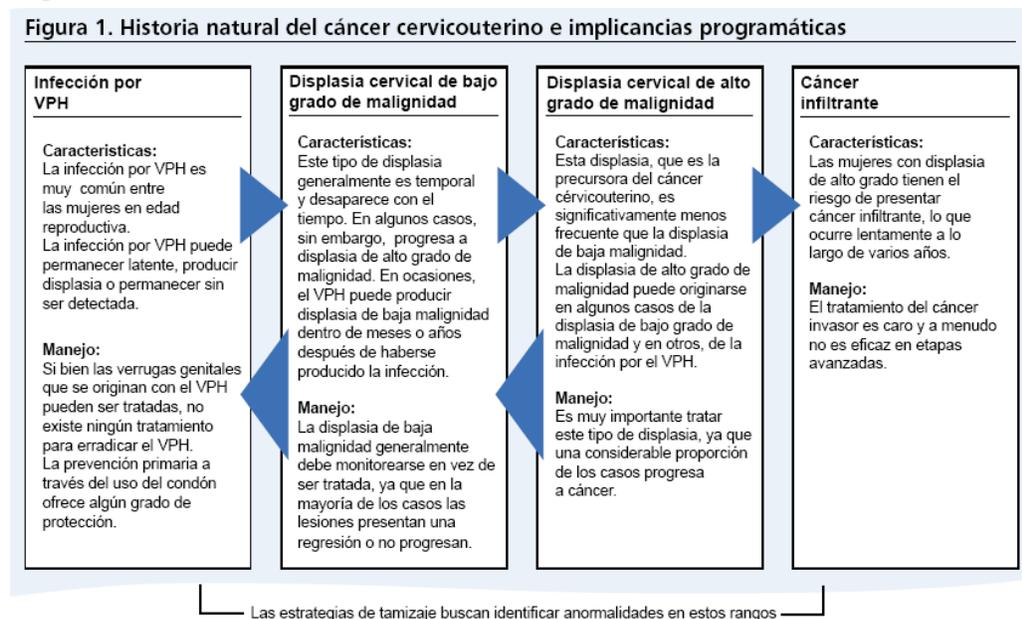
1.2.1. Antecedentes de la enfermedad

De acuerdo con lo anterior, la infección por el VPH se convierte en el primer estadio en la historia natural del cáncer femenino. A partir de esto, la historia natural de esta enfermedad implica su progresión gradual a través de estadios de acuerdo con la neoplasia intraepitelial cervical (NIC I, II, y III o carcinoma *in situ*, de acuerdo con la proporción del grosor del epitelio comprometido). La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIC I, entre 30 y 34 años para la NIC II, y 35 a 49 años para la NIC III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervicouterino se encuentra entre 6% y 34%. La amplitud de este rango se explica por diferentes condiciones sociales como las estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, el medio cultural y la atención en salud (Serman, 2002).

Según distintos estudios, la NIC I regresa en cerca de 70% de los casos, mostrando, en cambio, la NIC III una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 30%, y la NIC II una tasa de progresión de 25% (Serman, 2002). Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos se considera a la NIC I de bajo grado y a las NIC II y III de alto grado de progresión.

Entre el pequeño porcentaje de mujeres infectadas con el VPH que desarrollan una displasia, lo más probable es que ésta sea leve, que generalmente remite o no progresa, particularmente entre las mujeres menores de 35 años de edad. De las que desarrollan displasia, pocas progresarán a cáncer cervicouterino (ACCP, 2003). La progresión a lesiones detectables o precancerosas puede demorar hasta 10 años. Un estudio estima que el riesgo de que una lesión precancerosa progrese de moderada a grave es de 32%, en un período de 10 años (Holowaty P *et al*, 1999).

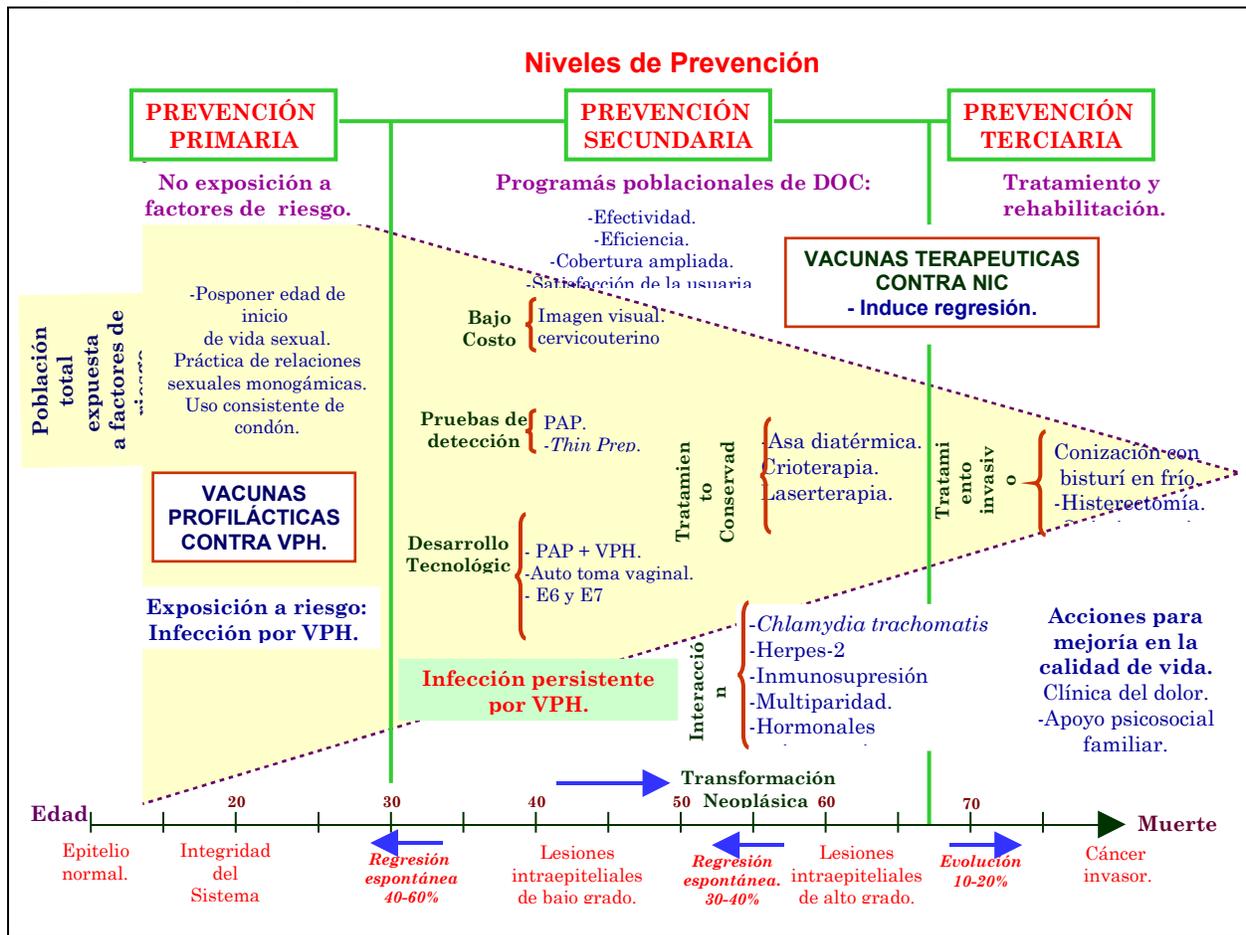
Figura 1. Historia natural del cáncer cervicouterino



Fuente: Prevención del cáncer cervicouterino, Alliance for Cervical Cancer Prevention ACCP, 2003

Sobre el tema de la supervivencia de mujeres con cáncer cervicouterino, Flores-Luna *et al* (2003) realizó un estudio en mujeres del Hospital Central Militar, encontrando que la supervivencia global estimada a los cinco años fue de 21.5%. Así, por etapas, esta baja supervivencia varió, siendo para la NIC IV de 0%, siguiéndole la NIC III con 8.3% y la mayor supervivencia se presentó con la NIC I con 76.9%. Estas cifras indican una supervivencia muy baja de las mujeres por este tipo de cáncer a los cinco años de haberse generado, sugiriendo un diagnóstico demasiado tardío entre quienes se atienden en dicho hospital.

Figura 2. Niveles de prevención del cáncer cervicouterino



Fuente: Lazcano *et al* (2003) Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development *Salud Pública Mex.* 2003;45 suppl 3:S449-S462.

1.2.2. Prevención y detección

El método de prevención y detección sugerido por la Secretaría de Salud (SSA) es el Papanicolaou (SSA, 1998). Ésta es una prueba que no tarda más de 15 minutos en ser aplicada. Usando un trozo de algodón se frota suavemente el exterior del cuello uterino, con el fin de recoger una muestra de células. Éstas son examinadas en el laboratorio para dar un resultado, que debe ser leído oportunamente por un cito- tecnólogo o patólogo. Si se encuentran células anormales, la paciente debe ser notificada y se le asigna una cita para una clínica de colposcopia. En ésta, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido del cuello uterino, procedimiento llamado *biopsia*, que será observado a través del microscopio para confirmar la presencia de

células cancerosas. Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente se remite a tratamiento, de acuerdo con la etapa en la que se ha diagnosticado la enfermedad.

La transmisión del VPH es muy difícil de prevenir; 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 por varios años, sin provocar síntomas y sin ser detectado (ACCP, 2003).

Debido a que la infección por el VPH ha demostrado ser una precursora temprana de la neoplasia cervicouterina es perfectamente justificable utilizar la prueba del DNA del VPH como coadyuvante del Papanicolaou en la detección de esta neoplasia. Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición de la prueba del VPH al Papanicolaou aumenta la sensibilidad en la detección del NIC de alto grado y del cáncer cervicouterino (Serman, 2002).

La vacunación contra el VPH también podría tener gran valor en prevención en países en desarrollo, en los cuales los programas de tamizaje con Papanicolaou han sido inefectivos por largo tiempo. Actualmente, están en venta dos tipos de vacunas profilácticas para la infección por VPH y consecuentemente, los diversos tipos de enfermedades asociadas al virus, y se están desarrollando vacunas terapéuticas para inducir la regresión de lesiones precancerosas o la remisión del cáncer cervicouterino avanzado. Entre las vacunas que se están vendiendo actualmente se encuentra aprobada por la Secretaría de Salud de México, la tetravalente recombinante de Merck Sharp & Dohme (MSD), para prevenir tanto el cáncer cervicouterino, como las lesiones precancerosas atribuidas a ciertos tipos de virus (principalmente 6, 11, 16 y 18). También se encuentra disponible la vacuna Cervarix de GSK, con coadyuvante SO4, que incrementa la respuesta inmune haciéndola más potente y sostenida para los virus 16 y 18, con el objetivo de prevenir el cáncer cervical en todas las mujeres mayores de 10 años de edad (Harper, 2008). Se ha comprobado que los tipos 16 y 18 del VPH son responsables de 70% de los tumores malignos en todo el mundo. Además del tipo 16 existen variantes según el área geográfica; así, en México está presente el asiático americano, uno de los más agresivos biológicamente (Bosch, 2008). Quienes son portadoras de este virus tienen 434 veces más riesgo que el resto de la población de tener cáncer cervicouterino. Otros tipos del VPH son el 6, que ocasiona de 75 a 80 por ciento de los casos de verrugas genitales, y el tipo 11 al que se atribuye de 10 a 15 por ciento de la frecuencia de este mismo problema de salud. La vacuna consiste en tres dosis (cada una cuesta alrededor de 200 dólares) administradas vía intramuscular en un período de seis meses. Se

recomienda aplicarla a niños y niñas entre los 9 y los 12 años de edad, pues se supone que en esa edad aún no se ha iniciado la vida sexual activa y la finalidad es anticiparse al contagio. Adicionalmente, se recomienda la vacunación de todas las mujeres sexualmente activas. Las dos estrategias se consideran necesarias aunque el máximo beneficio de la vacuna se obtiene con la vacunación de las preadolescentes; en mujeres sexualmente activas la vacunación ofrece beneficios potenciales en la prevención de nuevas infecciones o reinfecciones por diferentes subtipos del VPH (Wright, 2008).

Para que un programa de vacunación sea exitoso debe: a) Permitir una adecuada adquisición de la vacuna; b) garantizar un buen servicio de distribución de la vacuna; c) contar con una fuerte decisión política; d) mantener tasas de cobertura sostenidas y mejoradas; e) vigilar la seguridad de la vacuna y de la cobertura y, f) basarse en una acertada política de financiación de la campaña (Wright, 2008).

Sin embargo, en muchos países en desarrollo, principalmente en México, una de las fallas importantes en la detección oportuna del cáncer cervicouterino es la deficiente cobertura de los programas de salud. Por lo tanto, se presume que la vacunación no tendría el impacto esperado en la reducción de la frecuencia de cáncer en el grupo de más alto riesgo: mujeres pobres, con estatus socioeconómico medio o bajo y con un nivel escolar mínimo (Lazcano, 2005). Asimismo, tanto la práctica sistemática de exámenes de Papanicolaou, como la aplicación de vacunas profilácticas, requieren de mujeres informadas, cuya percepción sobre la importancia del cuidado de sí, además de las condiciones socioeconómicas, les permitan atender adecuadamente su salud.

La Secretaría de Salud de México recomienda a las mujeres mayores de 25 años de edad e incluso a las menores, que ya comenzaron una vida sexual activa, realizarse la prueba del Papanicolaou cada año, y después de haber recibido dos diagnósticos negativos, que se la practiquen cada tres años. El intento por parte del Estado por controlar y diagnosticar a tiempo el cáncer se remonta a 1942 cuando se estableció la primera campaña nacional de lucha contra el cáncer. Posteriormente, durante la década de los 60, se adoptaron programas de detección del cáncer por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); siendo este último el que más contribuye en la actualidad a detectar el cáncer cervicouterino (Hernández Ávila *et al*, 1994; y Martín, 1999). Así, observamos que en México desde hace más de 60 años se ha tenido una

política frente al cáncer cervicouterino sin que esto necesariamente signifique una reducción substancial de este padecimiento.

Los programas de prevención del cáncer cervicouterino, si bien han tenido efectos benéficos en países desarrollados, en los países en desarrollo han carecido de cobertura, accesibilidad, efectividad y aceptabilidad. Por lo tanto, una mirada general del fenómeno nos pone de manifiesto que la elevación de las condiciones socioeconómicas y educativas de la población tiende a influir positivamente en los hábitos referentes al cuidado de la salud; además, en dichos sectores sociales es visible una reducción considerable de la multiparidad, factor causal del cáncer cervicouterino (Serman, 2002; Lazcano *et al*, 2008).

Un análisis de los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 sobre la utilización de los servicios preventivos, mostró que de los 24.9 millones de mujeres mexicanas de entre 12 a 49 años de edad, sólo 36.3% utilizó servicios preventivos. Además, los principales motivos por los que solicitaron la atención preventiva fueron: detección de cáncer cervicouterino (44.9%), vacunación (23.8%), cuidado del embarazo (19.9%), prevención en salud oral (12.2%) y detección de hipertensión arterial (9.3%) (INSP, 2003). A su vez, el uso de estas pruebas para la detección del Cacu ha demostrado notables limitaciones. Entre ellas encontramos lo limitado que resultan los servicios de salud y la calidad de los mismos. Por otra parte, las mujeres que viven en áreas rurales y las de menor grado de escolaridad, son las que generalmente están más alejadas de todas las formas de prevención en salud reproductiva (Palacio *et al*, 2005).

Al aproximarnos a las condiciones de vida de las mujeres que han desarrollado Cacu por falta de atención temprana, encontramos variables sociales y culturales que se convierten en un aspecto fundamental en el análisis de esta tesis, a saber: la forma como el entorno social les impone a las mujeres los roles de género que las lleva a reducir notablemente su capacidad de decisión, obstaculizar su libertad de movimiento, impidiéndoles tomar la iniciativa en aspectos tan importantes para su vida como la salud y, particularmente, en hacerse la respectiva prueba para la prevención del cáncer cervical. De hecho, las enfermedades que se relacionan con las prácticas sexuales están determinadas por las construcciones sociales y culturales de género, ya que de alguna manera proscriben y sancionan prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento de las mujeres. Existen aún muchos prejuicios acerca del uso de métodos

preventivos en mujeres monógamas, así como de servicios para detectar y tratar infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias.

En México la baja utilización de los programas de prevención del cáncer cervicouterino se encuentra asociada tanto a los bajos ingresos, como con significados culturales en torno al matrimonio, la virginidad y a los sentimientos de vergüenza y pudor que causa la revisión ginecológica. Es sintomático el hecho de que un porcentaje alto de solteras no se realizan el estudio con frecuencia y que existe desconocimiento y confusión sobre la importancia de practicarse este examen, independientemente del estado marital (Hernández-Ávila *et al*, 1994).

En cuanto a la detección del cáncer cervicouterino, éste se hace principalmente cuando la mujer presenta alguna sintomatología de la enfermedad en cuestión, ya que en la etapa inicial no se presentan manifestaciones que hagan sospechar a la paciente que tiene un padecimiento crónico. Sin embargo, cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado se presentan hemorragias, dolor durante las relaciones sexuales, dolor al orinar o defecar, fiebre, cansancio, palidez y pérdida de peso.

De esta manera se sabe que existen factores sociales que inhiben las prácticas preventivas, que influyen en la falta de atención, de tratamiento o en prácticas inadecuadas, pero hay poca investigación sobre estos factores sociales. La literatura identifica las desigualdades de género como uno de estos factores socioculturales que afectan tanto la adecuada prevención como el tratamiento oportuno, pero no hay una investigación que contraste las propuestas conceptuales de la perspectiva de género con evidencia empírica.

1.2.3. Tratamientos

No sólo no existe un tratamiento para el VPH, sino que en la mayoría de los casos la infección alcanza niveles indetectables. En algunas mujeres, sin embargo, la infección por el VPH persiste y evoluciona a lesiones precancerosas, llamadas displasias. Las mujeres inmuno-comprometidas pueden presentar alto riesgo de una infección persistente.

En la actualidad los tratamientos indicados contra las lesiones ocasionadas por el VPH incluyen la crioterapia (consiste en congelar las lesiones), la electro fulguración (quema del tejido anormal) y los rayos láser (cirugía con luz de alta intensidad), los cuales eliminan temporalmente los condilomas, más no el virus. Ahora bien, cuando las lesiones se vuelven

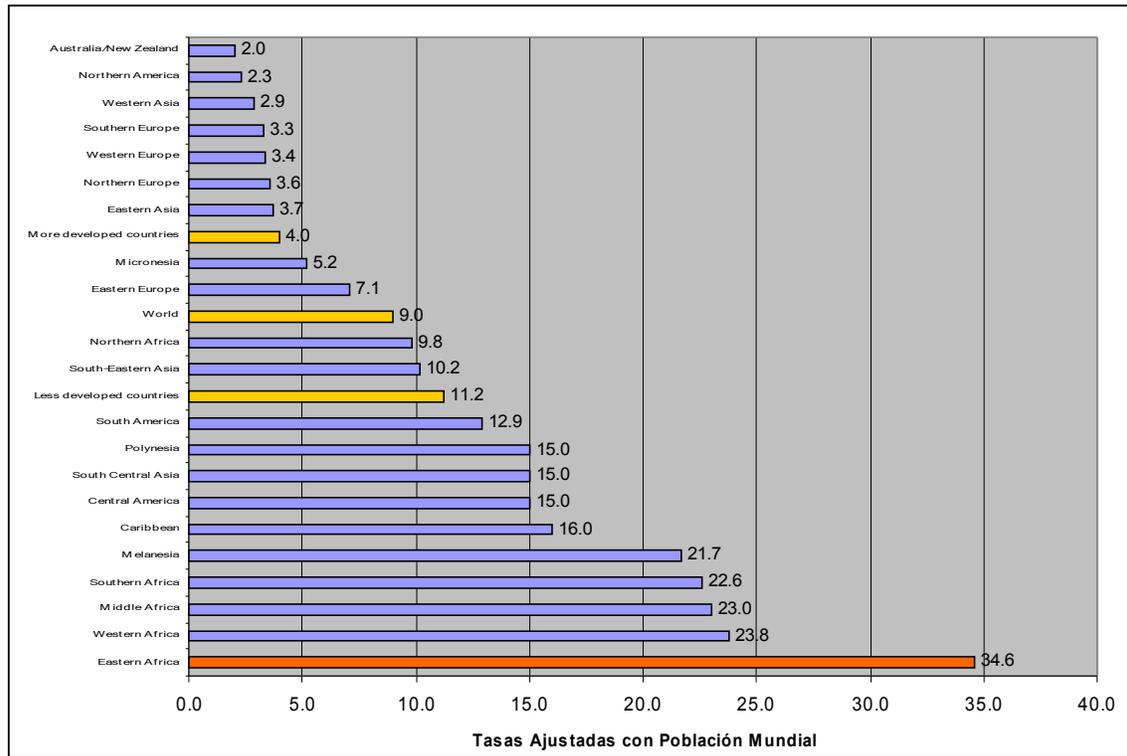
precancerosas la paciente es sometida a conización, intervención quirúrgica que consiste en extirpar un segmento del cuello del útero; sin embargo, tampoco suprime al agente infeccioso. Si las afectadas presentan cáncer avanzado, regularmente requieren histerectomía (extirpación del útero), quimioterapia (administración de medicamentos que detienen el crecimiento de las células anormales) o radioterapia (que consiste en quemar las lesiones mediante radiación), tratamientos con los que logra sobrevivir aproximadamente 50% de las pacientes.

1.3. Epidemiología del cáncer cervicouterino.

1.3.1. El cáncer cervicouterino en el ámbito mundial.

El cáncer cervicouterino es la causa de muerte más frecuente por tumores malignos entre las mujeres, y su frecuencia es mayor en las que viven en países en desarrollo (OPS, 2001). A pesar de los esfuerzos por reforzar la prevención secundaria, continúan presentando en estos países tasas de morbilidad y de mortalidad elevadas. En 2002 se registraron mundialmente 500,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino y cerca de 300,000 muertes. Mientras que en los países en desarrollo se reportaron cerca de 400,000 casos y 250,000 muertes, es decir alrededor de 80% de los casos y de la mortalidad en el mundo por cáncer cervicouterino (Globocan, 2002). La mortalidad por cáncer cervicouterino a escala mundial tiene una tasa ajustada de 9.0 mujeres fallecidas por cada cien mil mujeres para 2002, los países más desarrollados tienen una tasa bastante baja, en promedio una tasa ajustada de 4.0 fallecidas por 100,000 mujeres, mientras que en los países en desarrollo la tasa ajustada es de 11.2 muertes por 100,000 mujeres (grafica 1).

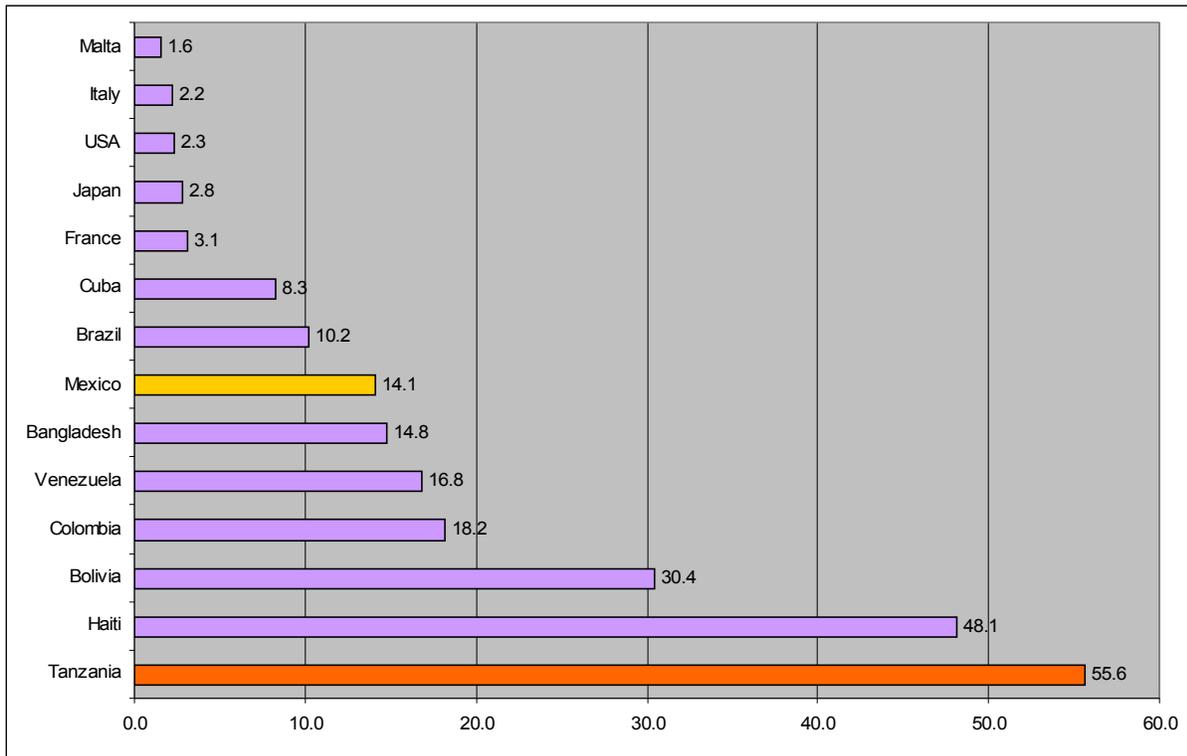
Gráfica 1. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cervicouterino por regiones del mundo 2002



Fuente: Globocan 2002, IARC

Las regiones del mundo con tasas más bajas por cáncer cervicouterino fueron Australia y Nueva Zelanda con una tasa ajustada por población mundial de 2.0 y la Región de Norteamérica con una tasa de 2.3 mujeres, demostrándose así que el cáncer cervicouterino es una enfermedad bastante prevenible y que se pueden reducir las tasas de mortalidad considerablemente. Por el contrario, las regiones del mundo con mayor mortalidad por cáncer cervicouterino son las del Este (34.6), Oeste (23.8), Medio (23.0) y Sur de África (22.6). Así como las regiones del Caribe (16.0), Centroamérica (15.0) y Suramérica (15.0). La región de Centro América, en donde se incluye México, se encuentra en el séptimo lugar con la mayor tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino (gráfica 2).

Gráfica 2. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cervicouterino por países del mundo, 2002

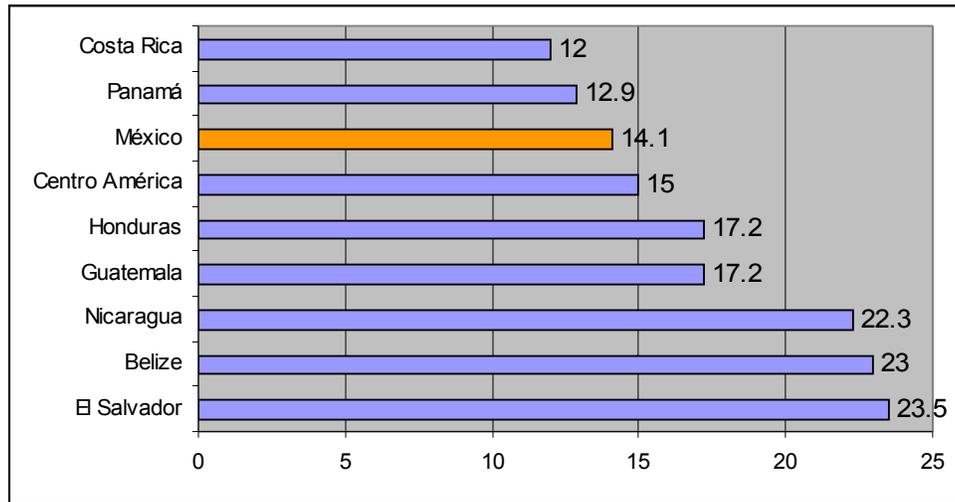


Fuente: Globocan 2002, IARC

Tanzania es el país con mayor tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino según el Globocan (2002) y las cifras a nivel mundial disponibles a la fecha, con 55.6 muertes por 100,000 mujeres. Podemos decir que México, frente a los otros países, tiene una tasa media de mortalidad con 14.1 muertes por 100,000 mujeres, tasa ajustada por población mundial para 2002, pero también observamos que la tasa de mortalidad por esta enfermedad se puede reducir considerablemente, pues se encuentran países con tasas por debajo de 3 muertes por cien mil mujeres como son Japón (2.8), Estados Unidos (2.3), Italia (2.2) y Malta (1.6), entre otros. (Gráfica 2)

Asimismo, encontramos que México dentro de la región de Centro América, presenta una tasa ajustada de mortalidad media con 14.1 muertes, por encima de Panamá (12.9) y Costa Rica (12.0) y por debajo del resto de países de la región (gráfica 3).

Grafica 3. Tasas de mortalidad ajustadas de cáncer cervicouterino para la Región de América Central.



Fuente: Globocan 2002, IARC

1.3.2. El cáncer cervicouterino en México

El cáncer cervicouterino es uno de los más prevenibles, debido a que su condición precancerosa puede ser identificada tempranamente a través de la prueba del Papanicolaou. Para 2001 se notificaron 23,305 casos nuevos de cáncer del cuello uterino que significaron 36% del total de tumores malignos reportados en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM, 2001). Aunque en los registros se observaron algunos casos en menores de 24 años de edad, la mayoría de ellos se distribuyen entre los 25 y los 64 años, con una alta proporción entre los 30 y 49 años de edad en los cuales se acumula 49.4% de los casos. En un estudio realizado por Lazcano (1996a) en la Ciudad de México, éste encontró que la edad media de las mujeres diagnosticadas con Cacú fue de 48 años, con casos presentados desde los 25 años de edad y con una edad media al morir de 57.5 años a causa de esta enfermedad.

La población mexicana, en términos generales, experimenta un proceso conocido como *transición epidemiológica*, caracterizado por la disminución de los padecimientos infecciosos y el aumento de las enfermedades crónico degenerativas. Una muestra de ello es que en el año 2001 las cinco primeras causas de mortalidad general fueron: enfermedades del corazón (69.8),² tumores malignos (55.7), diabetes mellitus (49.5), accidentes (35.1) y enfermedades del hígado

² En tasas por 100,000 habitantes.

(27.6). Dentro del grupo de los tumores malignos, que constituyen la segunda causa de muerte en todos los grupos de edad, sobresalen: el cáncer cervicouterino con (17.5 por cien mil mujeres mayores de 25 años de edad) y el cáncer de mama (10.2) por cien mil mujeres, representando ambos las dos primeras causas de defunción por tumores en mujeres mayores de 15 años (SSA, 2002).

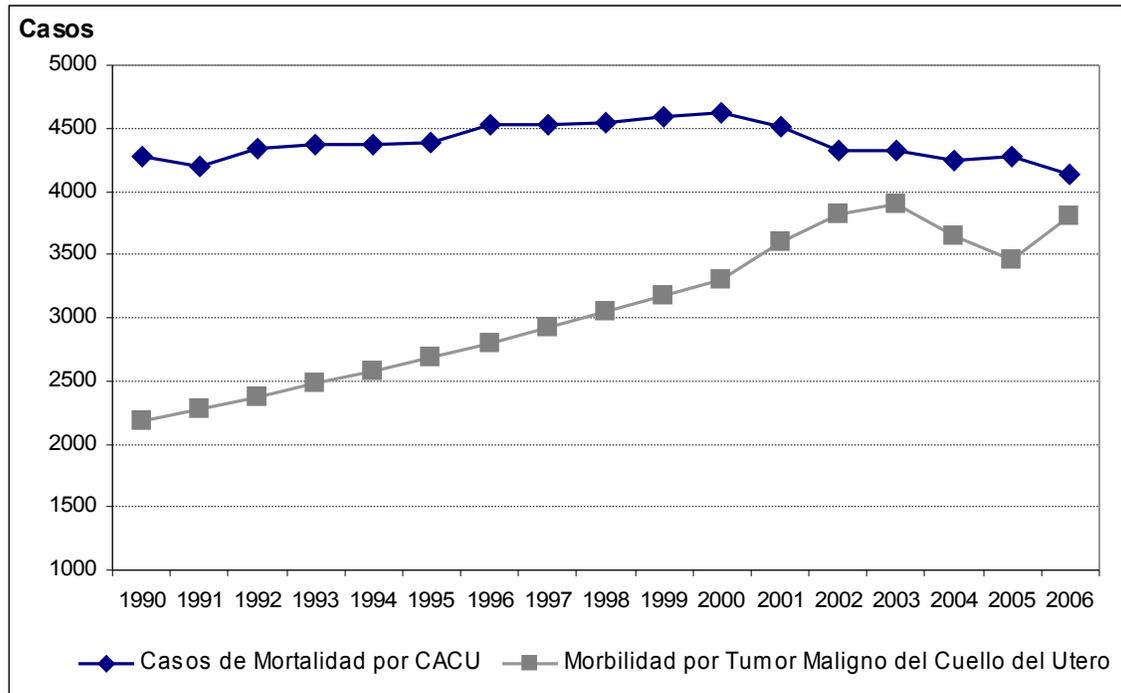
A partir de los datos mencionados podemos afirmar que, de acuerdo con la *transición epidemiológica*, las enfermedades que se han convertido en las principales causas de mortalidad son las llamadas enfermedades crónico degenerativas, con un alto componente preventivo como en el caso del cáncer cervical, que depende en mayor medida de prácticas y estilos de vida saludables.

1.3.2.1. Morbilidad

Respecto a los casos de morbilidad, la Secretaría de Salud de México comenzó a registrar en el informe de *Casos Nuevos de Notificación Obligatoria*, a partir de 1990, los diagnósticos reportados sobre cáncer cervicouterino aunque sin tener claramente definida la etapa en la que se encuentra esta afección. Desde el año 2000 se han registrado sistemáticamente, y por separado, los casos de cáncer cervicouterino detallando la etapa en la que se halla la enfermedad. En este capítulo nos interesamos por los casos de *tumor maligno del cuello uterino* que se reportaron. Por lo tanto, con base en los datos de la Secretaría de Salud y calculando la tasa promedio de crecimiento de los casos, se hizo una proyección retrospectiva de la tendencia de los casos diagnosticados de tumor maligno del cuello uterino entre 1990 y 1999.

En este sentido, la gráfica 4 muestra cómo el número de mujeres diagnosticadas con un tumor maligno de cuello uterino ha tenido una tendencia ascendente desde 1990 hasta 2003 (3,905 casos) para luego descender en 2005 a 3452 casos y volver a subir en 2006 a 3797 casos reportados por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Es de esperarse que al mejorar los programas de detección del cáncer cervicouterino, haya una disminución en la mortalidad y, a la vez, un mayor número de mujeres diagnosticadas en las etapas iniciales del cáncer cervicouterino. Ciertamente, se observa una disminución en los casos de mortalidad en los últimos años (2001-2006). Sin embargo, llama la atención que los casos diagnosticados sean menores que las muertes registradas, sugiriendo que un número considerable de mujeres fallecen sin que el cáncer haya sido detectado oportunamente.

Gráfica 4. Casos de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990-2006



Fuente: SSA (2007) Estadísticas Vitales, Registros de Mortalidad, INEGI/SSA, 1990 a 2006 y Morbilidad: Datos y proyecciones con base en el Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SSA, 1990-2006.

Los casos de mortalidad para el período de 1990 a 2006 tienen una tendencia ascendente desde 1990, con 4280 casos, hasta el año 2000, con 4620 casos. Esto implica la existencia de una tasa de crecimiento de 0.76% promedio anual; es solamente a partir del 2001 cuando se registra una disminución de los casos, terminando en 2006 con 4134 casos.

1.3.2.2. Mortalidad

La noción de *transición demográfica* sirve generalmente de marco de referencia para el análisis de cambios en la mortalidad (Juárez, 1996). En México, la *transición demográfica* está generando cambios en la estructura de la población, creando un fenómeno de envejecimiento. Este fenómeno influye directamente en el aumento de la cantidad de mujeres en edad reproductiva que han comenzado su vida sexual, y que se encuentran altamente expuestas al contagio del virus del papiloma humano.³ En consecuencia, se produce un aumento de mujeres

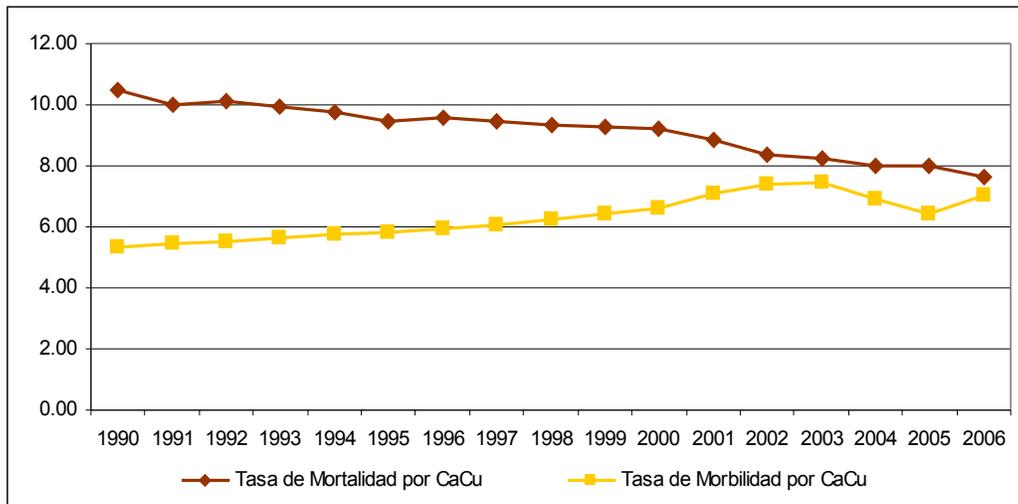
³ En México, la edad media cuando las mujeres reportan haber iniciado su vida sexual es 17.5 años, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) aunque otras encuestas nacionales, como la de Juventud indican que la edad de inicio sexual es entre los 15 y los 19 años de edad (Encuesta Nacional de Juventud 2000).

mayores de 25 años de edad, con necesidades de cobertura de los programas de prevención de cáncer cervicouterino a través del Papanicolaou. El aumento en el volumen de las mujeres mayores de 25 años de edad, trae consigo una mayor probabilidad de que aumenten los casos con un diagnóstico positivo, lo cual eleva los costos del tratamiento o, en el peor de los casos, ante la falta de prevención oportuna, puede aumentar la mortalidad.

Las tasas brutas de mortalidad pueden diferir dependiendo de la definición que se utilice sobre población en riesgo. Esto ocurre en el caso del cáncer cervicouterino, y la diferencia estriba en la población que es utilizada para estandarizar el denominador. Esta aclaración es importante en esta investigación, dado que aquí presentamos las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en todas las mujeres, con el fin de comparar las estadísticas de mortalidad reportadas en el ámbito internacional, y en mujeres mayores de 25 años de edad, con el objeto de analizar la población directamente expuesta a los programas nacionales de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

La gráfica 5 muestra que la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en México tiene un comportamiento al descenso desde 1990, empezando con una tasa de 10.42 hasta 2006, con 7.64 mujeres fallecidas por cada cien mil mujeres, mientras que la tasa de morbilidad de casos diagnosticados en la última etapa del cáncer, es decir cuando está en la etapa de tumor maligno del cuello uterino, tiene un comportamiento ascendente comenzando en 1990 con una tasa de 5.35 y mostrando en 2003 una tasa de 7.02 mujeres diagnosticadas por cada cien mil mujeres. Igualmente, se observa que para 2006, estas dos tasas se acercan, aunque la mortalidad aun es mayor que la morbilidad se esperaría que en los próximos años sea mayor la morbilidad que la mortalidad.

Gráfica 5. Tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990-2006

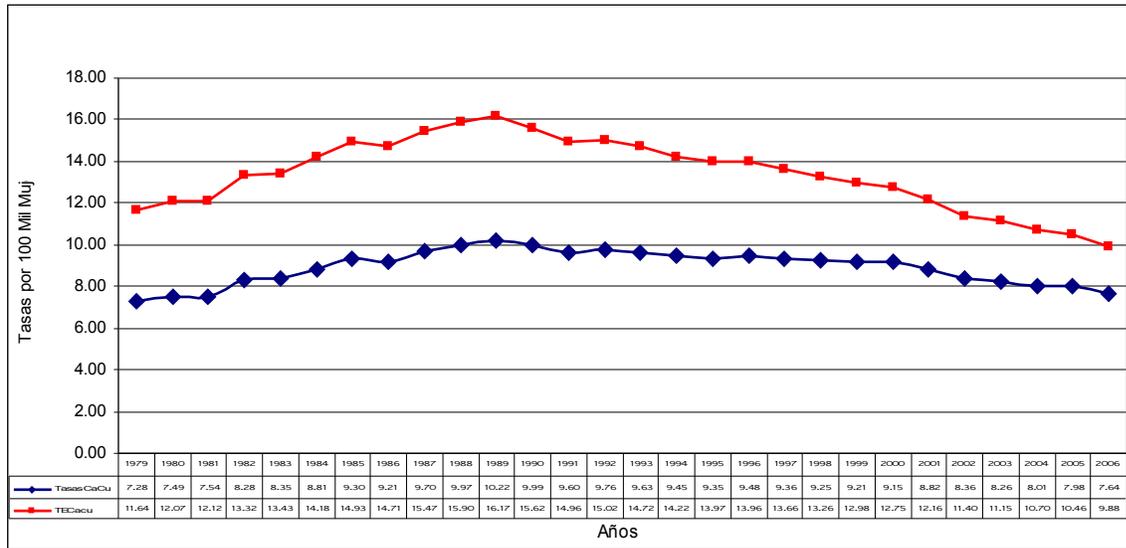


Fuente: SSA (2007) Estadísticas Vitales, Registros de Mortalidad, INEGI/SSA, 1990 a 2006 y Datos y proyecciones con base en el Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SSA, 1990-2006. Proyecciones de Población CONAPO 1990-2006. Tasas por 100,000 mujeres de todas las edades.

Por su parte, la gráfica 6 muestra que la mortalidad por cáncer cervicouterino en México ascendió rápidamente en la década de los 80 y presentó su período más alto entre 1985 y 1995. En la misma gráfica podemos establecer como punto de inflexión el año de 1989, ya que en dicho año se presentó la tasa de mortalidad más alta en el período con 10.2 mujeres fallecidas por 100,000 mujeres. La tasa de mortalidad comienza a disminuir en la década de los 90 hasta llegar en 2006 a una tasa de 7.6, la cuál todavía está por encima de la presentada a principios de los años ochentas cuando era de 7.3. La tendencia de la mortalidad por cáncer cervicouterino-uterino muestra un descenso de sólo 2.6 mujeres en dieciséis años (entre 1990 y 2006).

Al estandarizar la tasa de mortalidad debida a cáncer cervicouterino por la estructura de edad en el ámbito mundial, para poder hacer comparaciones a escala internacional, encontramos que si México tuviera esta estructura poblacional, el riesgo de morir por cáncer cervicouterino sería mayor en alrededor de 2.2 para el año 2006, sugiriendo que a mayor envejecimiento en la estructura poblacional mayor será el riesgo de morir por esta enfermedad en México. Igualmente, al compararnos internacionalmente, encontramos que, a pesar de los esfuerzos realizados en el ámbito nacional por reducir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, se puede observar que tales tasas siguen altas, en comparación con las de otros países.

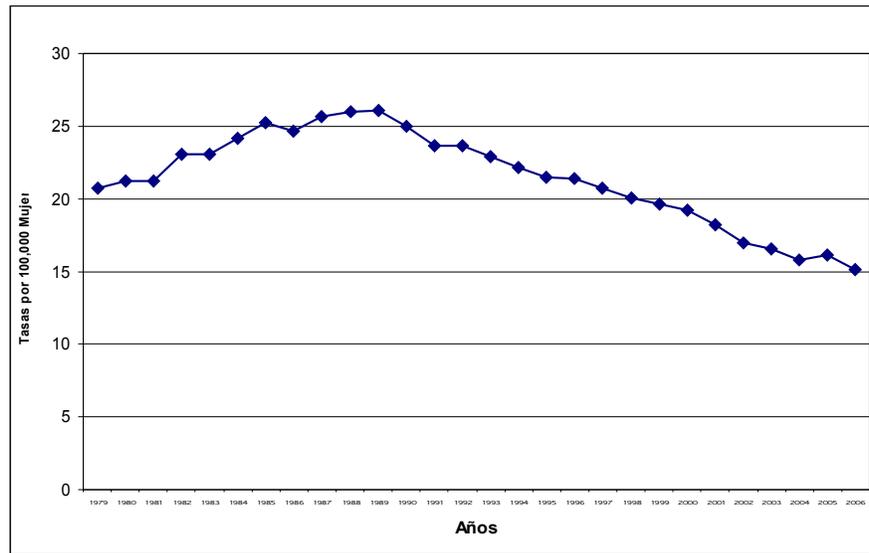
Gráfica 6. Tasa bruta y estandarizada de mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1979-2006



Fuente: Población Proyectada por CONAPO y Estadísticas Vitales, Registros de Mortalidad, INEGI/SSA, 1979 a 2006.

En México, la tasa de mortalidad para mujeres mayores de 25 años de edad es un dato generalmente proporcionado por la Secretaría de Salud. A partir de dicha información, presentada en la gráfica 7, podemos deducir que ha tenido lugar una notable disminución: se ha pasado de una tasa de 20.7 en 1979 a 26.09 en 1989, en su punto más alto para luego bajar a 15.5 en 2005, lo cual representa una disminución desde el punto más alto del 35% (8.2) de la probabilidad de fallecer. Lo anterior podría explicarse, más que por una disminución real del número de muertes por cáncer cervicouterino, por un aumento de la proporción de mujeres mayores de 25 años de edad, debido al proceso de envejecimiento que vive la población mexicana actualmente y que aumenta cada año.

Gráfica 7. Tasas de mortalidad cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años de edad, 1979-2005



Fuente: Población Proyectada por CONAPO y Estadísticas Vitales, Registros de Mortalidad, INEGI/SSA, 1990 a 2005.

En este contexto, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino se convierte en el indicador más claro de las condiciones de salud de la población femenina, permitiendo una evaluación indirecta de las condiciones de los servicios de salud y del acceso a ellos, así como del impacto de los programas de prevención del cáncer cervicouterino.

1.3.3. Coberturas del Papanicolaou: antecedentes

La alta tasa de mortalidad por Cacú puede indicar que a las mujeres no se les está realizando adecuadamente la prueba. También, puede señalar problemas en los servicios de salud, tales como baja cobertura en los programas de prevención del Cacú, sobre todo en el grupo de mujeres de mayor edad, en quienes se concentra la mortalidad. Otra deficiencia puede ser una demora considerable en la entrega de los resultados de la prueba.

En este apartado hacemos una revisión de diferentes estudios que tratan de medir la cobertura con la prueba del Papanicolaou en diferentes poblaciones y contextos. Así, según un estudio de caso, para el estado de Guerrero, Villegas-Arrizón (2003) encontró, a través de grupos focales y encuestas, algunas estrategias para incrementar las coberturas del programa de Papanicolaou. Advirtió que 70% de las mujeres se habían realizado un Papanicolaou alguna vez

en la vida y 51% durante el último año. Esta cobertura se encontró asociada al conocimiento sobre el Papanicolaou y el Cacú, a tener seguridad social, a ser alfabeto, a tener apoyo de la comunidad para promover la práctica del examen y a que la atención fuera por personal femenino, es decir una médica o una enfermera. El autor sugiere que proporcionando los dos tipos de conocimientos a todas las mujeres se podría alcanzar una cobertura anual de 74%; si además hay apoyo de la comunidad, podría alcanzarse 81% de cobertura; si atiende personal femenino (médica o enfermera), ésta podría ser de 90%. En el área rural, donde encontró una cobertura de 59%, se sugiere que el acceso al Programa Oportunidades para todas las mujeres, podría elevar a 77% la cobertura. Algunos de estos factores sugieren la importancia de las relaciones de género para influir en las posibilidades de prevención.

Algunas investigaciones acerca de las coberturas del Papanicolaou y variables asociadas en centros de salud de Jalisco reportan que 72% se habían realizado una prueba en los últimos cinco años, encontrando un aumento de cobertura a mayor edad y número de embarazos, igualmente, que en mujeres con seguridad social y con antecedentes de flujo vaginal. En esta investigación no se encontraron diferencias por nivel socioeconómico, escolaridad, inicio de la vida sexual activa y número de compañeros sexuales. El 10% no sabía qué es el Papanicolaou. También se observó una relación entre su cobertura y conocimiento de la prueba, el conocimiento acerca de que el Cacú es frecuente en México y la percepción sobre la posibilidad de cura si éste se detecta a tiempo (Jiménez y Contreras, 2003). Las principales causas referidas por las mujeres que no se habían realizado el examen fueron: desidia, miedo, vergüenza. Respecto al servicio de salud, fue la deficiente información (Castillo, 2003). Igualmente, algunas de estas causas, sobre todo la vergüenza y la desidia, podrían estar vinculadas con construcciones sociales de género.

Villaseñor *et al* (2003), en un estudio sobre el significado del cáncer cervicouterino en Jalisco y Colima, encontraron en las mujeres una connotación asociada con muerte e inevitabilidad, ideas sobre que en todas las mujeres hay preexistencia interna del Cacú y que los riesgos externos son variablemente prevenibles. Las mujeres también asociaron el cáncer cervicouterino como una enfermedad mutilante, frecuentemente incurable. Se tiene una tal concepción de la enfermedad que genera temor, angustia y dolor. Los significados y prácticas frente al Papanicolaou también se relacionan con el miedo al maltrato y al dolor de la prueba, además de la posibilidad de resultados positivos, así como, vergüenza por exhibir sus cuerpos.

Esta última dimensión se relaciona directamente con el cuidado, la percepción de sí mismas, la sexualidad y el cuerpo.

Asimismo, en un estudio de Tirado (2003), sobre los conocimientos, prácticas y utilización de los servicios de salud por parte de las pacientes con cáncer cervicouterino se encontró que la práctica de la prueba les resulta molesta a la mayoría, incomodidad que justifican con la utilidad que perciben de la misma. Esta incomodidad va acompañada de vergüenza y pudor por su cuerpo. En este estudio se concluye que la mayoría de las mujeres saben muy poco sobre esta enfermedad, y un gran porcentaje no había oído hablar del Papanicolaou, que sabían muy poco de él y lo identificaban como prueba diagnóstica más que de detección y que en la mayoría de los casos, desconocen sus propias condiciones. Las normas de género orientan al desconocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad, así como a sentimientos de vergüenza y pudor. Sin lugar a dudas, esto se constituye en un obstáculo cultural para la utilización de la prueba y, por consiguiente, para la prevención de la enfermedad.

En el IMSS para 1989, el 75% de los resultados de todos los estudios citológicos realizados fueron entregados después de un mes de haberse tomado la muestra, lo que obviamente contribuye a la dilación del inicio del tratamiento correspondiente (Escandón *et al.* 1992). De la misma forma, la baja capacidad de los servicios de salud para el tratamiento y curación son factores que pueden desmotivar la prevención del Cáncer.

Por todo esto, consideramos que en la medida en que el cáncer cervicouterino se siga tratando más como un problema esencialmente biológico y médico, sin considerar sus dimensiones sociales, no se podrán abatir suficientemente las altas tasas de mortalidad. Es por ello que en la actualidad es necesario reconocer la dimensión sociodemográfica y cultural del problema, teniendo en cuenta las inequidades de género que viven las mujeres y que dificultan la prevención de esta enfermedad. Un enfoque de género que ilustre sobre estas dimensiones culturales puede ampliar las posibilidades de prevención y tratamiento en la población femenina frente a esta enfermedad. Además, puede permitir que los servicios de salud conozcan algunas de las dimensiones socioculturales que dificultan el acceso a ellos. El conocimiento de estas dimensiones facilitará la elaboración de estrategias y políticas institucionales orientadas a la prevención del problema en beneficio de la población en general.

Las investigaciones que se han hecho sobre el Cáncer y el VPH nos han señalado la existencia de una dimensión simbólica de la misma, que determina la forma como las mujeres se

relacionan con sus propios cuerpos. Sin embargo, a la hora de explicar las razones por las cuales aquellas no se vinculan activamente con los planes del gobierno para la detección temprana del Cáncer se suelen reducir las causas simplemente a “desidia” o a falta de información. Por todas estas razones, la presente investigación intentó establecer las razones culturales y sociales que llevan a que las mujeres no asistan a revisiones médicas oportunas.

1.4. Género, autonomía y salud reproductiva: Referentes teórico-metodológicos para el análisis sociocultural del cáncer cervicouterino

En esta investigación se aborda una reflexión en torno a los patrones de género que moldean las prácticas de las mujeres, y las razones por las cuales no ingresan activamente en la cultura de la prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino.

La autonomía es uno de los ejes fundamentales en esta investigación. Por ello, nos interesa abordar la manera como las mujeres construyen su autonomía y la forma como el ejercicio de la autonomía incide en aspectos como la sexualidad, la reproducción, la percepción del cuerpo, el cuidado de sí misma y de su salud, afectando de alguna manera la posibilidad de asistencia médica para prevenir, atender y controlar la enfermedad. En este sentido, nos interesa revisar desde una perspectiva de género, los aspectos que inciden, para reflexionar y establecer los factores culturales que obstaculizan el desarrollo de la autonomía e influyen en algunas mujeres, en un mayor o menor cuidado de sí mismas. Para alcanzar estos fines haremos una revisión de los siguientes temas:

1. Desde la perspectiva de género, ¿cómo se pueden comprender las razones por las cuales algunas mujeres no asisten periódicamente a practicarse la prueba de Papanicolaou? Partimos del supuesto de que un aspecto fundamental para comprender este problema tiene que ver con la construcción y ejercicio de la autonomía.

2. ¿Cómo se construye la autonomía y cómo incide el ejercicio de la autonomía en las decisiones sobre la sexualidad, la reproducción, la percepción del cuerpo, el cuidado de sí misma y de su salud?

A partir de los referentes mencionados, expondremos como la *autonomía* de las mujeres se convierte en un aspecto que incide en las decisiones que las mujeres toman frente al cuidado

de su cuerpo, y las actitudes que asumen cuando se presentan los síntomas del cáncer cervicouterino.

El concepto de género ha sido utilizado de diversas maneras por disciplinas como la psicología, la antropología, la sociología y la historia para explicar y describir las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos.

En los estudios actuales, la categoría de género en su definición más clásica se entiende como la construcción social de la diferencia sexual y es, además, retomada por los y las especialistas como una perspectiva teórica y metodológica, útil para el análisis en el campo de las ciencias sociales. No obstante, su significado es complejo si se tiene en cuenta el hecho de que cada sociedad define y asigna de manera distinta las identidades de las personas, a partir de su apariencia biológica y sexual, y las relaciones de poder traducidas en desigualdades entre hombres y mujeres (Hawkesworth, 1999:5).

Las transformaciones en el uso y significado de la categoría han sido muy valiosas en investigaciones sobre las relaciones sociales y la subordinación femenina. Por tal motivo, el género será entendido como un concepto que implica dos partes interrelacionadas: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en diferencias percibidas entre los sexos, y es una manera primordial de significar relaciones de poder (Scott, 1996:42).

El género opera en múltiples campos, incluidos los símbolos culturalmente disponibles que evocan múltiples representaciones, conceptos normativos que exponen interpretaciones de los significados de los símbolos, de las instituciones y organizaciones sociales y de la identidad subjetiva (Scott, 1996:43). Como categoría de análisis, proporciona una manera de decodificar el significado y de entender las conexiones complejas entre varias formas de interacción humana, permitiendo una desconstrucción de los términos de la diferencia sexual.

Desde este ángulo, consideramos al género como una representación que forma parte de las construcciones sociales que tiene implicaciones concretas, reales y subjetivas para la vida material de los individuos. Los comportamientos masculino o femenino no se encuentran regidos por la biología, sino que se construyen socialmente; sin embargo, las construcciones sociales del género no son neutrales sino que están vinculadas a las relaciones de poder institucionalizadas dentro de las sociedades (De Lauretis, 1991:231-278).

Los posibles significados y alcances en el uso de la perspectiva de género han sido un tema que adquiere relevancia en la literatura sociodemográfica a partir de las últimas décadas

(Szasz y Lerner, 2003). En consecuencia, en este trabajo se retomará la definición de género propuesta por varios autores, como *un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades construyen en torno a la diferencia biológica entre hombres y mujeres*. Este sistema organiza las relaciones entre lo femenino y lo masculino, y lo hace por lo general de forma jerárquica y desigual (con variaciones históricas y entre grupos sociales). Como construcción social, el género constituye tanto una realidad objetiva como subjetiva, es un orden social que se les impone a los individuos, hombres y mujeres. A su vez, las personas recrean continuamente los significados que les proporcionan el lenguaje, la historia y la cultura a través de sus experiencias, sus intercambios subjetivos y su participación institucional y social (Lamas, 1996; De Barbieri, 1992; Scott, 1996; Ariza y Oliveira, 1999).

A la hora de llevar este referente a una investigación concreta, la mirada de quien investiga, interesada en una perspectiva de género, no puede quedarse solamente en la observación de las mujeres, ya que el género es una categoría relacional. Es decir, es una construcción de la que forman parte tanto hombres como mujeres y es, justamente, en oposición o en respuesta a los cánones de conducta masculinos como se generan mecanismos de respuesta, comportamiento y hasta representaciones subjetivas de sí mismas y de la realidad. En palabras de Scott (1996: 290): “no hay un mundo de las mujeres aparte del mundo de los hombres, sino que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres”. Así, usar esta concepción de género lleva a rechazar la idea de que son dimensiones separadas.

Asimismo, definimos la cultura de género como el conjunto de directrices que dicen a las personas cómo percibir, pensar, sentir y comportarse si se es mujer o varón en una sociedad particular. Tales directrices se expresan en aspectos normativos, valorativos, relacionales, simbólicos y subjetivos. Las relaciones de género se manifiestan en el plano normativo, de acuerdo con los roles especificados para cada género, afectando los niveles subjetivo, familiar y social. Así, las culturas de género pueden proteger o no la salud de las mujeres, de acuerdo con los significados y prácticas de una determinada cultura, contribuyendo a prevenir, reconocer, atender o tratar enfermedades como el cáncer cervicouterino. Además, las visiones de género permean el discurso de las instituciones sociales, de las políticas públicas y del quehacer científico, además están presentes en leyes y normas que regulan la prestación de servicios de salud (Szasz, 1998).

En este sentido, las construcciones de estereotipos de género se refieren al control social de la sexualidad femenina, a normas que proscriben la sexualidad no procreativa en mujeres solteras, que impulsan la maternidad temprana, que promueven el silencio y el desconocimiento de ellas sobre su cuerpo, que valoran la maternidad como único canal de satisfacción para las mujeres y que legitiman socialmente el ejercicio de la poligamia masculina, de la violencia sexual y de la violencia doméstica. De acuerdo con estas normas, la procreación constituye un medio de legitimación social, un símbolo de adultez, una afirmación de la femineidad y de la masculinidad, y un camino para formar y afianzar uniones conyugales (Szasz, 1998).

En la búsqueda de elementos para construir un marco conceptual desde la perspectiva de género, revisamos los enfoques más significativos en torno a las variables sociales que son determinantes en el rumbo que toman los problemas de salud que afectan particularmente a las mujeres. Los problemas que han motivado estas investigaciones se acercan a fenómenos como la salud de las mujeres y las relaciones entre sexualidad y salud reproductiva desde una perspectiva de género. Expondremos brevemente en qué consiste cada una, buscando la relación posible con el cáncer cervicouterino en México. Estos trabajos son los de Mosley y Chen (1984), Mc Carthy y Maine (1992) Sai y Nassim (1989), Leslie (1992) y Dixon-Müeller (1999). Estas investigaciones recurren a marcos conceptuales donde la condición social de la mujer, las desigualdades de género y las relaciones de poder entre los géneros aparecen como determinantes sociales que inciden en las variables que definen la salud de las mujeres.

1.4.1. El concepto de autonomía

El concepto moderno de autonomía en el sentido ético surge principalmente con Emmanuel Kant quien lo definió como “la capacidad del sujeto de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal sin coerción externa. Por el hecho de poder gobernarse a sí mismo, el ser humano tiene un valor que es el de ser siempre fin y nunca medio para otro objetivo que no sea él mismo. Un sujeto es autónomo cuando se da a sí mismo sus propias leyes y es capaz de cumplirlas. La autonomía de la voluntad describe la circunstancia de que cuando alguien se comporta moralmente, él mismo se da las leyes a las que se somete, pues dichas leyes tienen su origen en la naturaleza de su propia razón” (Kant, 1987: 37).

En este sentido, la autonomía implica la capacidad de generar proyectos propios y la producción de acciones deliberadas (voluntad) para lograrlos. Es decir, personas capaces de discernir sus deseos y sus intereses y de elegir las mejores acciones para concretar dichas elecciones. En el caso de la autonomía de género, estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros. Desde este ángulo, hay una estrecha relación entre la adquisición de autonomía de las mujeres y los espacios de poder que puedan establecer tanto individual, como colectivamente.

De esta forma, el grado de autonomía de una persona es inseparable del grado de autonomía del grupo social al que pertenece. Es decir, el grado de autonomía que una mujer pueda tener dependerá también de la autonomía posible de su grupo social y de la sociedad de la que la mujer forma parte. En síntesis, la autonomía de un grupo social no depende exclusivamente de la voluntad personal de quienes a él pertenecen. Para que alguien pueda saber qué quiere en su vida y cómo lograrlo, que se sienta con derecho a decir no, a incidir en su realidad para lograr sus proyectos, necesita un tipo de subjetividad cuya construcción no depende exclusivamente de sí mismo (Fernández, 1999).

La autonomía puede considerarse un “espacio vital” que ofrece autoridad, libertad y posibilidades a todos. La autonomía es una base que permite a las mujeres disponer de su vida, su cuerpo y su sexualidad en su relación con los hombres y las instituciones sociales. La autonomía exige la creación de un *espacio* para las mujeres en el que puedan hacer realidad las ideas que tienen sobre sí mismas y la sociedad y, por lo tanto, tomar decisiones en el proceso de cambio social. (Vargas, 1992: 37).

De acuerdo con el análisis de Schrijvers (1985), la autonomía posee cuatro componentes que, a la vez, podrían constituir importantes indicadores de la situación que ocupan las mujeres en la sociedad como “espacio vital”:

- 1) Autonomía económica: acceso a recursos tales como mano de obra y otros medios de producción (créditos, tierra, información, salarios) y control de esos recursos.
- 2) Autonomía política: expresión política, libertad de decisión y creación de grupos con orientación propia, que se ocupan de sus necesidades e intereses.
- 3) Autonomía sociocultural: reconocimiento del derecho de las mujeres a una identidad independiente y a la autoestima.

- 4) Autonomía física: libertad de decisión respecto a la sexualidad, la fecundidad, el cuerpo y libertad de movimiento (salir del hogar sin requerir permiso).

En esta investigación se aborda principalmente la autonomía física, ya que su importancia ha sido documentada en varias investigaciones, así la gravedad que revelan las cifras sobre la mortalidad materna en un gran número de países exige tener presente la necesidad de reconocer los derechos reproductivos de las personas y, en particular, el impacto de estos derechos sobre la autonomía de las mujeres. La responsabilidad que también tiene el hombre en lo concerniente a las altas tasas de fecundidad, al embarazo adolescente, a las infecciones de transmisión sexual y al SIDA obliga a abordar este debate desde una perspectiva integral e integradora.

Asimismo, el análisis de la autonomía de estas mujeres se realizó inmerso en un contexto de pobreza, en donde es preciso incorporar el análisis de la violencia, que se considera como un factor que inhabilita a las personas para gozar de autonomía, les impide ejercer su ciudadanía y erosiona su capital social a causa del aislamiento al que las somete. Esto es coherente con la definición que concibe la pobreza como la carencia de condiciones de vida mínimas para la supervivencia (Der Aa Van, 1996: 16).

Otro ámbito donde la construcción de la autonomía adquiere importancia es el de las familias y los hogares, ya que “para comprender por qué persisten las desigualdades laborales, sociales y políticas es necesario impulsar cambios que permitan conciliar el trabajo para el mercado, con el trabajo y la vida familiar. Las mujeres en América Latina están superando tanto las dificultades para acceder al mundo laboral como sus ataduras excluyentes con el mundo doméstico, pero no han sido eximidas de la responsabilidad del trabajo doméstico y de crianza de los hijos. Dicho de otro modo, en todos los países la igualdad formal reconoce a las mujeres sus derechos de ciudadanía y permite su ingreso al mundo público en mayor igualdad, pero al no sancionarse la discriminación ni fomentarse la igualdad en la familia, el cuidado y la distribución del tiempo, el derecho a la ciudadanía no se ejerce plenamente” (ONU, 2005:114).

Recientemente, el concepto de autonomía se ha enriquecido con la crítica del feminismo sobre las prácticas comunitarias, esto es, normas, costumbres, tradiciones y usos consagrados. Afirman que la autonomía deberá fundarse en principios incluyentes, igualitarios, pluralistas y democráticos (Sánchez, 2003).

1.4.2. Autonomía, poder de decisión y salud

La investigación sociodemográfica que ha buscado establecer relaciones entre las desigualdades de género y las variables demográficas, ha identificado la utilidad del concepto de autonomía. Los espacios de la autonomía femenina se han definido como aquellos en los que la sociedad considera a la mujer como autoridad legítima a la hora de tomar decisiones e incidir en la realidad social de otros y de sí misma (García, 2002:87). Esta capacidad de decidir siempre estará condicionada por un marco específico de relaciones de poder. Dicho marco de poder incide en decisiones que afectan tanto a la pareja como a la misma mujer; por ejemplo, en lo referente al cuidado de su salud, como el hacerse periódicamente el Papanicolaou. A la inversa, una mujer que no puede tomar decisiones domésticas o sobre su vida reproductiva, posiblemente tampoco puede tomar la decisión de acudir a un centro de salud o tomar medidas para cuidar su cuerpo.

Así, encontramos que el poder de cada mujer está definido por el control de recursos que resulten significativos, ya sea para otras personas o para sí misma. Si partimos de que el cuerpo de cada mujer es un “recurso significativo” para sí misma, la capacidad de decidir sobre el uso y cuidado del mismo -ejercer el control- nos señalará el grado de autonomía. Lo complejo de este fenómeno es que cada sociedad imprime en sus individuos una noción de cuerpo y un conjunto de valores en torno al mismo que regulan los márgenes de decisión que cada quién tiene sobre su corporalidad. En términos ideales, el cuerpo es aquel espacio íntimo y personal en el que cada sujeto es autónomo. No obstante, en el caso de las entrevistadas encontramos que la autonomía de la mayoría se limita a espacios bastante reducidos y el control de su cuerpo es “cedido” a otros.

Existen diversas esferas donde las relaciones de poder entre hombres y mujeres pueden ejercer un impacto en la prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino. Entre ellas, destacan las relaciones intrafamiliares, las negociaciones en torno a la movilidad fuera del espacio doméstico, la capacidad para tomar decisiones, así como la resolución violenta de conflictos de intereses. También se mencionan las esferas de prestación de servicios de salud, a través de la interacción entre agentes de salud y pacientes (Szasz, 1999).

El modelo de Mosley y Chen (1984), sobre determinantes próximos de la morbilidad y mortalidad infantil y sus determinantes, señala la importancia de las normas y tradiciones

culturales refiriéndose específicamente a las relaciones de poder dentro de los hogares, al acceso de las mujeres a recursos y a la toma de decisiones críticas en el cuidado de su salud. La propuesta de los autores sugiere que el incremento del nivel educativo de las madres es un cambio necesario para mejorar la salud infantil, ya que el grado escolar incide en su posición de poder al interior de la familia (Mosley y Chen, 1984 citado en Szasz, 1998).

En el marco conceptual propuesto por McCarthy y Maine (1992) para analizar los determinantes de la mortalidad materna se retoma como base el modelo de Mosley y Chen el que considera el estatus socioeconómico de la mujer en la sociedad, como único determinante mediato de las variables intermedias que definen el riesgo de mortalidad. Estos autores identifican como las variables intermedias de la mortalidad materna: el estado de salud de la mujer, su estatus reproductivo, el acceso a servicios de salud, su comportamiento de atención a la salud y los factores que identifican como desconocidos o imprevisibles. Todos ellos estarían determinados por la condición de la mujer en la sociedad que depende de su escolaridad, ocupación, ingresos personales o acceso a riqueza y autonomía, además de las condiciones socioeconómicas de su familia y comunidad. Estos elementos definen, según estos autores, los comportamientos y prácticas en torno a la salud: el uso de anticonceptivos, la conducta reproductiva, los cuidados a la salud de la mujer, y la nutrición de niñas y jovencitas. También definen las creencias en torno al cuerpo de la mujer, la sexualidad, la salud y el embarazo, así como las posibilidades de detección oportuna y tratamiento de complicaciones del embarazo o del parto (McCarthy y Maine, 1992 citado en Szasz, 1998).

En suma, las desigualdades de género se hacen manifiestas en los grados de autonomía o dependencia de las mujeres, en el grado de control ejercido sobre su propio cuerpo, su sexualidad, en la capacidad para decidir sobre la procreación, la salud y el manejo de los recursos económicos, entre otros aspectos (Szasz, 1998). Por lo tanto, las diferencias de género no sólo se manifiestan en patrones simbólicos para definir culturalmente lo femenino y lo masculino, sino en el marco de relaciones de poder donde los hombres deciden sobre diferentes facetas de la vida de las mujeres lo cual se traduce en una desigualdad de oportunidades y posibilidades para la libre elección.

1.4.3. Autonomía, identidad de género y cuerpo

El término identidad de género se ubica en el terreno de lo subjetivo. Tiene que ver con el contenido ideado e impuesto por cada cultura para que las personas se formen como hombres o como mujeres de manera diferenciada; para que se identifiquen con las maneras de pensar, desear, sentir y actuar establecidas como necesarias, adecuadas, válidas y normales para cada cual. La identidad de género es la manera como cada persona logra, frente a sí misma y frente a las demás, ser hombre o mujer de acuerdo con lo establecido por su cultura y la sociedad en que vive (Cazés, 1998).

Como si fueran características naturales de su sexo, se asignan a los hombres y a las mujeres conjuntos de obligaciones, prohibiciones y atributos eróticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos y políticos (Cazés, 1998). Estas construcciones subjetivas suelen tener, en la sociedad occidental, manifestaciones extremas que son sintomáticas de tendencias más o menos compartidas por amplios sectores de la población, a saber: el machismo y la misoginia. Estos aspectos, que fueron fácilmente percibidos mientras realizábamos esta investigación, tienen como fundamento el supuesto de que las mujeres son inferiores a los hombres, y por su naturaleza están obligadas a ser abnegadas, a servir y a brindar placer a los hombres. Por una parte, el machismo estructura la opresión de género de las mujeres mediante mecanismos destinados a marginarlas, discriminarlas, maltratarlas, acosarlas y violentarlas de muchas otras formas. Pero, por otra parte, también se expresa en el paternalismo, ya que asume a las mujeres como seres sin inteligencia, dependientes, sumisas, débiles, agradables, dedicadas a la asistencia, al consuelo de los otros, con necesidad de protección porque son “la parte más débil del hombre” (Cazés, 1998).

Pero si recordamos que la identidad de género es intersubjetiva, no debemos asumirlo como una imposición ejercida sólo por los hombres, ya que estos referentes se inculcan de tal forma a las niñas que se les hace creer que deben reproducir este esquema y no se le debe criticar o cuestionar. Así, las mujeres están encargadas de transmitir los valores de género y de salvaguardarlos mediante la sobreprotección y la vigilancia. ¿Cómo hacer operativa la perspectiva de género a la hora de analizar los patrones culturales que inciden en las prácticas de prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino?

En los marcos conceptuales revisados identificamos diversos mecanismos a través de los cuales la asignación social y la construcción subjetiva de las identidades de género pueden afectar la salud; destacan entre ellos: la construcción simbólica del cuerpo, el concepto de cuidado y las normas en el comportamiento sexual.

Uno de los vínculos fundamentales entre la identidad de género y la salud reproductiva es la percepción, uso y cuidado del propio cuerpo. En México las mujeres viven en una sociedad que ha negado el cuerpo como un espacio de conflicto entre diferencias de género, lo cual repercute en un precario conocimiento y control sobre sus propios cuerpos. Esto ha significado una alta vulnerabilidad para las mujeres mexicanas, ya que la reproducción ha sido estipulada como su único destino, desconociendo otras necesidades, incluyendo la necesidad de conservar su cuerpo saludable (Ravelo, 1995).

El cuerpo de la mujer se concibe como un espacio privado cuya autoridad reside en la familia o en la pareja, instancia que define qué es posible hacer y que está permitido. El ejercicio del poder sobre el cuerpo femenino se traduce en la imposición de normas en torno a cómo vestirse, cuándo tener relaciones sexuales, cuándo embarazarse y qué métodos anticonceptivos utilizar. Incluso en el momento cuando ella se enferma en algunos casos es su pareja junto al médico quienes discuten su tratamiento excluyéndola de cualquier decisión.

Educar y socializar a las niñas con la pretensión de que enfoquen su vida en la satisfacción de los deseos y necesidades del otro, supone como condición una suerte de renuncia al propio ser y al propio deseo. De ello se deriva el apego a características y cualidades que facilitan la asunción de posiciones de subordinación, de dependencia y de sumisión frente a personajes a los que se les ha supuesto un poder de decisión y autonomía. El renunciar al propio deseo sigue percibiéndose como una cualidad femenina digna de ser exaltada, mientras al varón se le sigue educando para que cultive una posición de autonomía y decisión sobre su propia vida (Vamos mujer, 2004).

El sentido de la existencia femenina se sitúa en la satisfacción de las necesidades de otros, y el cuerpo de las mujeres es definido como un cuerpo para otros. La valoración subjetiva y social de la feminidad se encuentra en el logro de la función reproductora: poseer un cuerpo atractivo para otros, lograr movilidad social a través de la unión marital y el ejercicio de la maternidad (Szasz, 1998). En la construcción de dichos referentes, la ideología que durante siglos ha impuesto la Iglesia católica ha sido decisiva. El pensamiento cristiano ha contribuido a

la construcción de estereotipos en el comportamiento reproductivo de las mujeres, en tanto condena el erotismo femenino y lo restringe únicamente a la sexualidad reproductiva marital, contribuyendo a conformar un entorno de represión sexual (Szasz, 1998). Estos imaginarios impuestos de generación en generación repercuten en las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en la medida en que las mujeres y sus parejas tienden a restar importancia a la necesidad de practicarse pruebas periódicas como el Papanicolaou, bajo justificaciones de contenido “moral”. Esto lo evidenciamos cuando algunos hombres han censurado este tipo de exámenes argumentando que las mujeres no deben exponer sus órganos genitales a hombres distintos a la pareja. Esto mismo genera manifestaciones de recato femenino y son numerosos los sentimientos de vergüenza, incomodidad y pudor expresados a la hora de hacerse este tipo de pruebas.

Otra posible forma como la identidad de género influye en la salud de las mujeres tiene que ver con la importancia de los comportamientos sexuales en la afirmación de las identidades masculina y femenina. Esto incluye lo que se considera erótico u ofensivo, como también qué y con quién es apropiado o inapropiado que los hombres y las mujeres hablen sobre su sexualidad. Por otra parte, estos parámetros también involucran valores como la virginidad y la fidelidad sexual femenina, en contraposición a la común infidelidad de la pareja que se atribuye como un valor de su masculinidad. El poder de tales referentes se hace latente en los silencios: las mujeres deben callar o hablar muy poco del ejercicio de su sexualidad; este hecho va en detrimento de la salud de las mujeres principalmente cuando ellas se ven envueltas en relaciones sexuales tempranas, la aceptación pasiva de las demandas sexuales y procreativas de los hombres, la ausencia de medidas preventivas contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la exposición a riesgos derivados del desconocimiento de la conducta sexual de la pareja (Dixon-Mueller, 1999; Sai y Nassim, 1989). Estas normas morales y de pudor hacia el comportamiento femenino en la mayoría de los casos producen consecuencias desafortunadas en cuanto a la prevención y tratamiento, y terminan por generar prácticas que aumentan la posibilidad de contraer cáncer cervicouterino.

Las relaciones sexuales y las negociaciones verbales –o los silencios- en torno a ellas, expresan intercambios que no siempre son iguales para ambos. La importancia de lograr y mantener una unión marital para una mujer puede llevarla a relegar sus preferencias y deseos a un segundo plano, atribuyendo mayor importancia a complacer sexualmente al varón. El

comportamiento sexual es un medio que les permite a las mujeres adquirir y mantener relaciones familiares adecuadas. En un entorno marcado por la exclusión, estas relaciones son el principal recurso para incorporarse socialmente como mujer. De esta manera, el comportamiento sexual femenino no responde únicamente a normas y valores, sino también a las condiciones materiales de vida y a las opciones que ellas tienen de acceso a recursos, (Dixon-Müeller, 1993 citado en Szasz, 1999). Estos “silencios” frente al ejercicio de la sexualidad restringen las posibilidades de anticipar o evitar las relaciones sexuales no deseadas, de usar anticonceptivos, de utilizar métodos preventivos de ITS y de evitar las consecuencias no buscadas de los intercambios sexuales, como una infección por el VPH que puede evolucionar hacia una displasia o a un cáncer cervicouterino.

1.4.4. Autonomía y el concepto de autocuidado

Un concepto importante en este trabajo, y una principal vía de influencia de la identidad de género sobre la salud, es el concepto de **cuidado**. La asignación cultural a la identidad femenina del cuidado a los demás, más que a sí misma, denominado por algunos autores como “maternaje” o capacidad relacional y de cuidado a otros, tiene implicaciones en la percepción de signos y síntomas de padecimientos en las mujeres para las acciones de requerimiento de atención y los cuidados, para la forma como los agentes responden a esas demandas de atención, para la adopción del rol de enfermo o de cuidador, así como para el bienestar emocional o la salud mental (Castro y Brofman, 1998).

Generalmente, en las sociedades patriarcales los cuidados, la alimentación, la higiene, la salud y la educación de las hijas y de los hijos se consideran como asuntos propios y exclusivos de las mujeres y ajenos a los hombres (Cazés, 1998). Igualmente, se ha visto que las mujeres son y han sido agentes domésticos y comunitarios de la salud. En algunos espacios urbanos, y en la mayor parte de los espacios rurales mexicanos, las mujeres se ocupan de asistir a otras mujeres en el embarazo y el parto, así como de atender a las personas o familiares que sufren padecimientos que los incapacitan, que son crónicos, degenerativos o propios de la vejez. Lo anterior define a las mujeres como personas cuidadoras de la salud de su familia, y su propio cuidado pasa a un último lugar en la lista de prioridades.

En consonancia con lo anterior, en esta investigación nos hemos interesado en la capacidad de las mujeres para ejercer el autocuidado. Este concepto ha sido definido como “la capacidad de decidir sobre su cuerpo y su salud física, mental y emocional en función de su desarrollo humano, como ser social, a partir de la reafirmación como persona, en la perspectiva de su crecimiento personal y de sus necesidades, conducentes a una toma de decisiones conscientes y permanentes” (Panesso, 2000 y OPS, 1992).

Las distintas vertientes que han abordado el autocuidado de la salud en las mujeres, desafortunadamente han tenido en su mayoría una visión reduccionista, ya que han partido de acciones orientadas por los servicios de salud dejando de lado la parte social y cultural que posibilita o impide que las mujeres cuiden de sí mismas. Las medidas tomadas por las instituciones en esta materia están enfocadas hacia la maternidad (cuidados durante el embarazo, parto, puerperio), la anticoncepción, estímulo de medidas preventivas ante ciertas patologías (enfermedades infectocontagiosas o procurando procesos recuperativos frente a padecimientos crónicos o agudos). En general, son “mandatos cumplidos con esmero” por las personas ante las recomendaciones médicas, o de otros agentes formales de los servicios institucionales de la salud. También fuera de ellas aparecen estas prácticas por indicaciones de personal no formal de la salud o ante recomendaciones sugeridas desde familiares, amistades, vecindades, medios de comunicación, agrupaciones específicas, farmacias, institutos y servicios asistenciales, entre otros (Panesso, 2000).

Con frecuencia son acciones “cumplidas” en procura de conservar estados saludables, en búsqueda de imágenes estéticas o en el interés de lograr una recuperación ante cuadros de morbilidad. En general, son conductas y prácticas estimuladas desde un exterior, con mayor o menor compromiso personal y en algunos casos con apoyo familiar. Estas formas de orientar y asumir el autocuidado, han sido las más frecuentes durante muchos años y valoradas en el marco de las corrientes médicas alopáticas imperantes.

Frente al cáncer cervicouterino, encontramos que un porcentaje importante de las mujeres que se practican la prueba del Papanicolaou lo hacen por recomendación médica o como examen de diagnóstico ante un síntoma o dolor. Sin embargo, es menor la proporción de mujeres que hacen el esfuerzo completo de conocer los resultados del Papanicolaou o de hacerse un tratamiento. De esta manera, es mucho menor el porcentaje de mujeres que tienen una práctica periódica de autocuidado.

Repensar el autocuidado desde los debates de género ha permitido integrar postulados éticos que convocan a una actuación protagónica de las mujeres para el ejercicio de la ciudadanía en asuntos comprometidos con su salud, su vida y su desarrollo humano. En este sentido, el autocuidado apunta a fortalecer procesos de empoderamiento, a interiorizar sentimientos de autoestima, autoafirmación y desarrollo como persona en el contexto de relaciones políticas, sociales, económicas, culturales, étnicas y de género. Asimismo, posibilita la conquista de espacios al interior de las políticas públicas sanitarias, en lo concerniente a la protección integral de la salud de las mujeres con base en la implementación de prácticas cotidianas de autocuidado que redunden en el beneficio individual y colectivo (Panesso, 2000).

De esta manera, se incentiva en las mujeres la capacidad de tomar decisiones en procura de su salud, no como acto derivado del “deber ser” asignado desde la institucionalidad médica, sino como una acción consciente ligada a una ética de amor propio, en la búsqueda de bienestar y conservación de su vida. Para el autocuidado es fundamental la autoestima, ya que ésta implica la conciencia de pertenecer a un género, una historia, una filiación y un espacio propio. La autoestima tiene como fuente de consolidación la identidad y el cumplimiento de actividades y funciones, deberes y responsabilidades, pero también en los derechos individuales. La propia satisfacción en torno a la experiencia de centrarse en la propia vida, de desarrollar los propios intereses y realizar lo imaginado y deseado, son fuente directa de la autoestima. La autoestima aumenta para las mujeres cuando sus opciones avanzan, cuando su salud es sinónimo de bienestar; la misma autoestima aumenta cuando se abren oportunidades, cuando se satisfacen necesidades, anhelos y deseos; cuando se enfrentan con éxito los problemas y las adversidades (Lagarde, 2005).

1.4.5. Autonomía y trayectorias de vida en función de la salud

El enfoque de Sai y Nassim (1989) propone que los fundamentos de la salud reproductiva se establecen en la niñez y en la adolescencia, en tanto las raíces de la fecundidad no regulada, del escaso cuidado a la salud de las mujeres, y de sus deficiencias en algunos nutrientes se derivan del rechazo social a la sexualidad no procreativa en las mujeres, cuya valoración social reside en la maternidad, y de la discriminación de género que experimentan desde el nacimiento. Señalan también las consecuencias para la anticoncepción, el aborto, el inicio temprano de la vida sexual

-factor de riesgo para el cáncer cervicouterino y la violencia sexual y doméstica usada como herramienta de control social sobre la sexualidad femenina (Sai y Nassim, 1989, citado en Szasz, 1998).

1.4.6. Autonomía, salud y sexualidad

Leslie propone un enfoque de ciencias sociales para el análisis de los determinantes biológicos y sociales de la salud de la mujer (Leslie, 1992). Dentro de las variables intermedias incluye elementos sociales, como la dieta alimenticia y el consumo de energía, y otros más relacionados con el comportamiento reproductivo. Divide los determinantes próximos en: comunitarios, familiares, individuales y de uso de servicios de salud. En todos esos grupos incluye dimensiones vinculadas con la condición social de la mujer y las desigualdades de género. Así, por ejemplo, entre los factores individuales, además de escolaridad, capacitación y ocupación de la mujer, menciona los ingresos y la riqueza que controla personalmente ésta, su estatus y autoestima, las percepciones sobre sus necesidades de salud y las prioridades que establece la mujer en cuanto a los cuidados de la misma (Leslie, 1992, citado en Szasz, 1998).

Leslie analiza, además, algunos procesos que tiene lugar en el marco de los cambios en las condiciones materiales de vida y en los patrones que definen las relaciones de género en las mujeres mexicanas durante los últimos años. Estos son: la transición demográfica, los cambios en las circunstancias y patrones de trabajo, incluyendo el aumento de la pobreza, el descenso de los ingresos y el aumento del número de trabajadores por hogar, los cambios en la estructura familiar derivados de los cambios sociales y las consecuencias de la globalización de la economía en la vida de las mujeres (Leslie, 1992). La autora destaca que las decisiones de las mujeres sobre cómo cuidarse a sí mismas deben situarse en el contexto de otras prioridades en la vida de éstas. Los cambios socioeconómicos y demográficos ocurridos en los últimos años han modificado la condición de género de las mujeres, y de la misma forma sus características de vida y salud. Asimismo, ha cambiado su participación en la escolaridad, el empleo, el tiempo disponible para actividades diferentes de la crianza de niños pequeños, el control que las mujeres experimentan sobre sus propias vidas, sus grados de autonomía y su capacidad de tomar decisiones.

Otros elementos relacionados con las transformaciones en el rol de la mujer en el marco de la contemporaneidad tienen que ver con la duplicidad de roles de las mujeres, la creciente desvinculación entre el ingreso masculino y el sustento de mujeres y niños, la creciente paridad de adolescentes sin pareja, el aumento en el número de abortos inseguros, así como las percepciones de las propias mujeres sobre adecuación o desviación de las normas de género. Leslie formula propuestas sobre cómo los cambios en las condiciones materiales de vida, de trabajo y de autonomía pueden estar afectando la salud de las mujeres (Leslie, 1992).

Desde un punto de vista distinto y complementario a la vez, Dixon-Müeller expone que las relaciones entre las dimensiones de género y la sexualidad afectan de manera importante la salud reproductiva, ya que inciden en la edad de inicio de las relaciones sexuales, en la edad de matrimonio y el primer embarazo. Pero, además, inciden en decisiones tales como el uso de anticonceptivos y la toma de medidas necesarias para la prevención de ITS, como la del VPH. Dixon-Müeller propone que los aspectos sexualmente liberadores de la anticoncepción y de los métodos de prevención de ITS están mediados por desigualdades de género.

La vulnerabilidad de las mujeres a la autoridad y capacidad económica masculina dificulta sus posibilidades de decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, así como el uso de algunos métodos anticonceptivos. Las relaciones de género socialmente construidas presionan a la mujer a complacer sexualmente al varón, independientemente de sus propios deseos y de los riesgos de embarazarse o enfermar. Debe confrontar constantemente estos riesgos con los de la infidelidad de la pareja, abandono o violencia (Dixon-Müeller, 1999). Por esta misma razón, el uso de anticonceptivos en las mujeres es inhibido por parte del varón, ya que esto representa una conducta no procreativa; acción que transmite la idea de la posibilidad femenina de experimentar deseos y placer sexual, lo cual puede exponerla al rechazo social y de la pareja. Esas mismas condicionantes de género limitan las posibilidades de solicitar a la pareja el uso de medidas preventivas frente a la posible transmisión de ITS.

Además, las construcciones genéricas alientan la infidelidad de los hombres como una afirmación de la masculinidad, exponiendo a las mujeres a adquirir infecciones. Las desigualdades genéricas se manifiestan incluso en la prestación de servicios en salud reproductiva. Para esta autora, las relaciones de poder entre los géneros pueden determinar relaciones sexuales no deseadas e impedir el uso de anticonceptivos y medidas de protección a la salud, además de propiciar la explotación y el abuso sexual. Las mujeres son vulnerables frente a

las condiciones emocionales de sus relaciones y a la violencia masculina, vulnerables económicamente y también por desinformación e ideologización sobre lo que es una conducta sexual segura (Dixon-Müeller, 1993). Igualmente, estas construcciones pueden influir en el uso de pruebas diagnósticas del cáncer cervicouterino, como lo es el Papanicolaou en jóvenes solteras, ya que sugieren prácticas sexuales socialmente no aceptadas en dichas mujeres.

Dixon-Müeller propone un marco conceptual donde la organización social de las diferencias de género aparece determinando elementos de la sexualidad, así como elementos de la salud reproductiva. Entre éstos incluye la protección frente a las ITS y a las prácticas violentas, el control sobre el propio cuerpo, el ejercicio de la sexualidad, el disfrute sexual y el control sobre la capacidad reproductiva. Este último incluye la protección frente a prácticas reproductivas dañinas, la posibilidad de opciones anticonceptivas y la satisfacción con los métodos elegidos, el acceso a información y a servicios de salud reproductiva (Dixon-Mueller, 1999).

1.4.7. Autonomía y acceso de las mujeres al trabajo

En cuanto a la división sexual del trabajo, las desigualdades de género más analizadas en este campo tienen que ver con la segregación ocupacional, la discriminación salarial, la feminización de la pobreza y la ausencia de valoración del trabajo doméstico. La segregación laboral se manifiesta en la separación y establecimiento de una jerarquía entre las ocupaciones tipificadas como masculinas y femeninas. Según se ha documentado, las oportunidades ocupacionales abiertas para las mujeres constituyen un conjunto reducido de las opciones sociales disponibles y se ubican en los más bajos rangos. Casi siempre son excluidas de los puestos de dirección, gerencia y de aquellos que requieren alta calificación (Anker y Hein, 1986; Standing, 1989, citado en Ariza y Oliveira, 1999). Esta separación acarrea consecuencias dispares para hombres y mujeres en cuanto a la calidad del empleo, los ingresos y las posibilidades de movilidad social (Ariza y Oliveira, 1999). Así, las ocupaciones terminan siendo desvalorizadas por el sólo predominio de la población femenina en ellas.

El desigual acceso de las mujeres a las oportunidades que brinda la estructura ocupacional y la desvalorización social y económica de las actividades por ellas desempeñadas, provoca un acceso restringido al ingreso como recurso social, a las posibilidades que éste puede

brindar en el acceso a la salud y en la toma de decisiones frente a las prácticas preventivas, de atención y tratamiento del cáncer cervicouterino. Las diferencias salariales entre hombres y mujeres no sólo se deben a que ellas se ubican en ocupaciones de menor calificación o de tiempo parcial, sino porque son objeto de discriminación salarial: ganan salarios inferiores a los varones, aunque cuenten con niveles iguales o superiores de escolaridad y desempeñen el mismo tipo de ocupaciones que ellos (Oliveira, Ariza y Eternod, 1996).

Otra de las consecuencias visibles del acceso restringido a las oportunidades de trabajo e ingreso es la sobre representación de las mujeres en el conjunto de los grupos pobres de la sociedad. Existe una abundante bibliografía que indica una estrecha asociación entre mujer y pobreza, al punto de que ha llegado a acuñarse el concepto de feminización de la pobreza, aunque este mismo actualmente se está debatiendo. En esta línea de estudio también se han realizado trabajos sobre el cáncer cervicouterino y la pobreza (Salles y Tuirán, 1995; Palacio *et al*, 2003).

El carácter genérico de la estructura económica también se expresa en la no valorización del trabajo doméstico. Como ha sido ampliamente destacado desde los años setenta del siglo XX, una parte sustancial del trabajo reproductivo (tareas de la casa y cuidado de los niños) realizado por las mujeres no es objeto de adecuada valorización, ni económica, ni social (De Barbieri, 1984). De esta manera, las desigualdades socioeconómicas derivadas de las relaciones de género, la menor formación escolar y acceso a recursos propios por parte de las mujeres las convierte en seres dependientes de la decisión de sus parejas sobre su cuidado a la salud. De otra forma, la carga de trabajo doméstico, el cuidado y crianza de los hijos y en algunas ocasiones el trabajo extra doméstico, limita la capacidad de tiempo y prácticas de prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino.

1.4.8. Autonomía y educación

Una desigualdad social que acentúa la desigualdad de género que contribuye negativamente en su salud es la discriminación escolar que experimentan las mujeres (Szasz, 1998). A la escolaridad de la mujer se le atribuyen procesos de socialización e intercambio de información que pueden facilitar los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y la manera de prevenirlo y tratarlo. Se afirma que asegurar una escolaridad mínima de diez años para las mujeres

equivaldría, en términos de prevención de la enfermedad, a duplicar el salario de la población y a dotar a todas las viviendas de agua y drenaje (Szasz, 1998). La educación les da una mayor valoración social y personal, una mejor posición en la familia, así como mayor autonomía, y contribuye a mejorar su salud. En México cerca de la mitad de las mujeres en edad reproductiva no han alcanzado el promedio de diez años de escolaridad mínima para beneficiar su salud.

1.4.9. Autonomía y acceso a los servicios de salud

Otro factor que se asocia con la prevención y atención del cáncer cervicouterino y con el ejercicio de la autonomía de las mujeres es la utilización de los servicios de salud, como los de planificación familiar y de prevención del cáncer cervicouterino, los cuales son deficientes para las mujeres pobres, las de áreas rurales y las menos escolarizadas. A su vez, la gama de métodos, exámenes y tratamientos que ofrecen los servicios públicos de salud, se reduce a aquellos que controla el personal médico, básicamente la OTB y el dispositivo intrauterino DIU, limitando el acceso de las mujeres a métodos como el condón masculino o femenino preventivos de ITS.

El lugar de residencia, ya sea urbano o rural, afecta a las mujeres en el acceso a los servicios de salud, desde lo preventivo y de detección, pero primordialmente de acuerdo con el nivel de atención resolutivo que se necesite. En este sentido, afecta principalmente en el acceso a los servicios de atención y tratamiento del cáncer cervicouterino, ya que éstos se encuentran concentrados en las clínicas de colposcopia, ubicadas en ciudades medias en adelante, implicando mayores traslados para las mujeres rurales y las de ciudades pequeñas.

Otro aspecto, vinculado con las relaciones de poder, que afecta la salud de las mujeres, tiene que ver con la relación entre las mujeres y el personal encargado de prestar los servicios de salud. Dicha relación se ve mediada por las jerarquías de valoración social intra y extra familiares. El personal prestador de servicios de salud tiende a dirigir autoritariamente la interacción con las usuarias que intentan relacionar síntomas con experiencias y condiciones de vida, opiniones, creencias, sentimientos y relaciones. Se ha demostrado que esta relación jerárquica se agudiza con mujeres de estratos sociales bajos (Castro y Bronfman, 1998). A veces, el conocimiento de los y las profesionales de la salud acerca del cáncer cervicouterino y el trato que dan a sus pacientes en la práctica del Papanicolaou no es el mejor. Este hecho tiende a generar una resistencia por parte de las mujeres a acercarse a estos servicios preventivos.

En atención a esta interacción entre factores sociodemográficos y socioeconómicos, por una parte, y equidad de género, por la otra, en esta investigación el análisis de encuestas comparará sistemáticamente las diferencias en las prácticas hacia el cáncer cervicouterino entre las mujeres, según su grupo de edad, su escolaridad y su residencia urbana o rural.

1.4.10. Autonomía en el espacio de la familia

En esta investigación, la familia como espacio de socialización hace parte fundamental en el análisis de los significados y prácticas de las mujeres que padecen la enfermedad, en la medida en que es determinante en el proceso de construcción de autonomía y de los aspectos que las han permeado como personas. En este sentido, consideramos, como muchos autores, que la familia también es un espacio determinante en la construcción de las desigualdades que imperan en el mundo (Stacey, 1986). Esto es, como un sistema de relaciones sociales basado en vínculos parentales que reproduce las normas e instituciones sociales imperantes. A su vez, cada uno de los miembros que la componen tiene deberes y derechos designados de acuerdo con el sexo y con la edad. Además, como todas las relaciones sociales, la familia es un sistema de relaciones de poder que se encarga de imponer y controlar las acciones de cada uno de sus miembros. Es, justamente, en ese marco normativo dado por los patrones de relaciones familiares donde se gestan las nociones de cuerpo y autonomía.

Las relaciones intrafamiliares suelen ser factores determinantes en la salud de cada uno de sus miembros. Por ejemplo, algunos estudios han señalado que la valoración social de las mujeres, al igual que los roles desempeñados, definen la dinámica de la distribución de alimentos y la asignación de tiempo y recursos para el cuidado de la salud en el espacio doméstico. Esta asignación no depende tanto de la gravedad del padecimiento, sino de la valoración o posición de poder de la persona enferma (Zolla y Carrillo, 1998). Estas relaciones determinan el grado de apoyo familiar con que cuentan las mujeres y los significados que éstas atribuyen a la práctica de prevención del cáncer cervicouterino, de acuerdo con la posición que la mujer posea en la familia, facilitando o limitando las prácticas preventivas, de atención y de tratamiento.

Por otra parte, encontramos que en las relaciones intra genéricas, es decir, entre las mujeres, el empoderamiento tiene lugar a partir de sus diferentes situaciones genéricas (la conyugalidad, la maternidad, la capacidad económica, el éxito con los hombres, la jerarquía

social o laboral, entre otras). Estos poderes, los ejercen entre ellas de manera patriarcal, para someter a otras mujeres (Cazés, 1998). Uno de los rostros más significativos de la falta de autonomía tiene que ver con las limitaciones a la movilidad fuera del espacio doméstico; aspecto que repercute en el acceso a servicios de salud. Este problema se fundamenta en la idea de que la mujer pertenece al hogar y sus salidas deben estar controladas por el varón.

Estas limitaciones se pueden establecer mediante controles familiares coercitivos, a través de normas culturales o de distribución de las cargas del trabajo doméstico (Szasz, 1999). El hecho de que sea el hombre, justamente, quien decide cuándo y por qué puede salir la mujer, hace que las revisiones para prevenir el cáncer cervicouterino no se constituyan en prioridad. Es necesario mencionar que la manifestación extrema de las relaciones de poder en el ámbito doméstico es el ejercicio de la violencia intrafamiliar. Estas agresiones producen daños directos e indirectos como lesiones, trastornos psicológicos, estrés crónico, depresión, trastornos sexuales, menoscabo de funciones y habilidades y propensión a comportamientos de riesgo, debido a sensaciones de pérdida de control sobre el propio cuerpo y a la disminución de la autoestima (Langer y Lozano, 1998). Cabe señalar que en el ámbito doméstico la violencia suele ser una expresión extrema de la dominación masculina, existiendo situaciones de servidumbre, dependencia y temor por parte de las mujeres, que pueden afectar la autonomía, la capacidad para tomar decisiones y los cuidados a la salud (Castro, 1995).

1.4.11. Autonomía y violencia doméstica

En nuestra investigación el tema de la violencia doméstica tiene un significado trascendental, ya que este fenómeno presenta una dimensión amplia en la trayectoria de vida de la mayoría de las entrevistadas, además de ser reconocido como un problema de salud pública, demostrable por las altas tasas de morbilidad y de mortalidad, discapacidad, años de vida potencialmente perdidos y los enormes costos económicos que provoca (González, 2004: 153).

A pesar de los acuerdos internacionales firmados por la mayoría de países de América Latina, para erradicar el abuso y maltrato de género, apenas se plantean soluciones estructurales para erradicarla. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belen do Para, 1994), define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico,

sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Según esta Convención, la violencia contra la mujer incluye violencia física, sexual y psicológica:

- Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprenda, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.

- Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.

- Que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

De esas definiciones se desprende que para la convención de Belen do Para la pertenencia al género femenino es un factor de riesgo respecto de la violencia en el espacio familiar y social (Belen do Para, 1994).

Las distintas formas que adopta la violencia contra la mujer “con base en su género”, son entendidas, desde algunas teorías, como abusos de poder sustentados en las jerarquías de género, presentes en nuestra sociedad (Corsi, 1997).

Debido a su origen en un ordenamiento de la sociedad y sus códigos culturales, la violencia de género es un problema de carácter estructural, que se manifiesta y reproduce en distintas dimensiones, ámbitos y niveles de la vida social. La violencia sexista desde una perspectiva multidimensional implica considerar factores individuales, familiares, sociales y culturales, todos los cuales tienen que ser considerados en los intentos de erradicación de estas prácticas.

También podemos decir que aunque es indiscutible que la problemática de la violencia conyugal se inscribe en contextos sociales que facilitan su emergencia, existen condiciones íntimas, particularmente presentes en las mujeres, derivadas de procesos vividos en la infancia y en la familia de origen, orientados a facilitar la inserción en el medio social y cultural (Vamos Mujer, 2004). Aún es materia de debate el efecto que tiene la educación de víctimas y agresores en el ciclo de la violencia. Por un lado, se constata una gran incidencia de violencia en todos los niveles educativos; y por otro, la violencia física en las relaciones de pareja tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel de educación de la víctima.

Tanto en México como en otras sociedades, las conductas violentas han sido un componente considerado “natural” en el trato a las mujeres. Esto ha propiciado que lo que hoy se ha develado como un problema bastante grave, en épocas pasadas no fuera considerado tal, pues las normas y la cotidianidad se encargaron de mantenerlo oculto. Otros elementos que contribuyeron de manera preponderante a perpetuar el silencio respecto a los malos tratos inflingidos a las mujeres fueron las pautas culturales y sociales reproducidas por las instituciones, que los admitieron y no pocas veces los alentaron como una norma (Academia Mexicana de Derechos Humanos, 2000).

La violencia en la relación de pareja implica aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación y que nunca o casi nunca son espontáneas o accidentales (Corsi, 1997). En este sentido, se consideran tres modalidades de la violencia doméstica: emocional, física y sexual.

La violencia emocional comprende una serie de conductas verbales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y amenazas, así como conductas no verbales como indiferencia, rechazo e intimidación física. La violencia física incluye acciones que por lo general se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, pudiendo llegar hasta el homicidio. La violencia sexual consiste en la imposición de actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza o en contra de la voluntad de una persona. Incluye la violación marital (Cervantes, Muñoz, Lira y Saltijeral, 2004: 243).

Desde esta perspectiva, el tema de la violencia doméstica será abordado en nuestra investigación a partir de los aspectos identificados en las entrevistas. Se trata principalmente de las implicaciones que ha tenido la violencia en la vida de estas mujeres y su incidencia para prevenir, atender y tratar el cáncer cervicouterino.

Este tipo de violencia, en las primeras etapas se expresa de manera sutil, toma la forma de agresión psicológica y está compuesta por atentados contra la autoestima de la mujer. En un segundo momento aparece la violencia verbal, que refuerza la psicológica y en la cual se pueden advertir: *la desvalorización*, que consiste en restarle valor a las opiniones de la mujer, a las tareas que realiza y al cuidado de su cuerpo, haciendo uso de bromas, ironías o mensajes descalificadores; *la hostilidad*, que se expresa en reproches, acusaciones e insultos permanentes,

que muchas veces se traducen en gritos, chantajes, control y amenazas como, por ejemplo, la prohibición y condicionamiento para planificar o asistir a atención médica bajo la sospecha de mostrar su cuerpo a extraños (el personal médico), o el temor que sintieron las mujeres al conocer el diagnóstico por lo que prefirieron guardar silencio; *la indiferencia*, que se manifiesta cuando se ignoran las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer (como por ejemplo, la tristeza, el dolor, el miedo), los cuales son desestimados y reprimidos.

Este tipo de violencia genera en la mujer una desvaloración de sí misma que se manifiesta por medio de la gran inhibición que presentan algunas mujeres en el hacer e incluso en la posibilidad de dar sus opiniones por el temor a la crítica y a la burla que proviene del otro. Ella se expresa en frases como: “es que yo no soy capaz”, “yo no sé tanto” (Vamos mujer, 2004).

En conclusión, las normas construidas socialmente en torno a las relaciones de género son un obstáculo para que las mujeres construyan y vivan plenamente su autonomía. La falta de movilidad fuera del espacio doméstico, la precaria relación con el personal prestador de servicios de salud, su limitada participación en espacios públicos, la violencia de género y su escasa inserción laboral, son los motivos principales que minan la autoestima, su seguridad y, por lo tanto, el ejercicio de su ciudadanía. Todos estos referentes culturales limitan el uso de medidas preventivas ante las ITS y las prácticas de detección del cáncer cervicouterino a través de la práctica del Papanicolaou. Así, se retrasa el uso de los servicios de salud frente a afecciones que inciden en la salud de las mujeres y, en general, se convierte en un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.

CAPÍTULO II

Metodología de la investigación

La presente investigación contempla dos aproximaciones metodológicas, una desde el punto de vista cuantitativo, y la otra cualitativa. Estas aproximaciones nos permitirán realizar un análisis profundo sobre la información obtenida en distintos niveles y desde las diversas dimensiones que abarca el problema estudiado.

Por una parte, el análisis cuantitativo aborda conjuntos amplios de mujeres de la población general y se refiere a las prácticas de prevención, detección y tratamiento de éstas frente al cáncer cervicouterino, permitiendo relacionar estas prácticas con sus características sociodemográficas y con indicadores de autonomía. Por la otra parte, la reflexión cualitativa basada en cincuenta entrevistas a mujeres con cáncer cervicouterino, nos permite profundizar en los significados sobre la enfermedad y las relaciones de género que afectan de manera directa el proceso de construcción de la autonomía de las mujeres y el cuidado de sí, proceso que determina el uso de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino en ellas.

Mediante la combinación de las metodologías cuantitativas y cualitativas, no sólo se logra una mejor comprensión y explicación de las relaciones y de los significados de los fenómenos sociodemográficos que atañen la vida de las entrevistadas, sino que esta investigación busca ampliar el análisis sobre las frecuencias de las prácticas frente al cáncer cervicouterino, abordando también la subjetividad de las mujeres, sus relaciones de género en el hogar, la interacción con los servicios de salud, que nos permiten dar cuenta de los diferentes significados que éstas atribuyen a sus comportamientos y de las experiencias que viven.

2.1. Análisis de orden cuantitativo

2.1.1. Fuentes de información

Para la realización de esta investigación se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003 (ENSAR2003). Esta Encuesta se realizó bajo la coordinación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva a través del Centro Regional de Investigaciones

Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Secretaría de Salud (SSA). Para la selección de la muestra se empleó un muestreo probabilístico, polietápico y estratificado, y el levantamiento de información se llevó a cabo en dos fases. Se trata de una encuesta con representatividad nacional, para ámbitos rurales y urbanos, así como representatividad estatal para ocho estados del país: Chiapas, Guerrero Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

En esta investigación se analizaron específicamente los cuestionarios de hogares y de mujeres de entre 15 a 49 años de edad, retomando la información de 14,465 mujeres de entre 15 a 49 años de edad que ya habían comenzado su vida sexual. Esta encuesta estudia diferentes temas relacionados con la salud reproductiva, como son fecundidad, anticoncepción, atención materno infantil, exposición al riesgo de concebir, infertilidad y menopausia, sexualidad y violencia doméstica, infecciones de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y cáncer de mama, entre otros. Además, contiene preguntas que permiten construir indicadores sobre equidad de género.

Se realizó un análisis descriptivo de las 16 preguntas de la ENSA2003 relacionadas con el proceso de atención para el cáncer cervicouterino, con el fin de determinar el nivel de prevención, diagnóstico y tratamiento de éste. La definición operativa que se utilizó fue la siguiente: el porcentaje de mujeres que se hicieron un Papanicolaou, recibieron sus resultados, tuvieron un diagnóstico positivo de cáncer cervicouterino-uterino y recibieron tratamiento.

Así mismo, se realizó un análisis descriptivo y de asociación de las características sociodemográficas y de salud reproductiva de las mujeres y su asociación con el uso de la prueba de Papanicolaou (según diferentes frecuencias: Papanicolaou en un año, de uno a tres años, alguna vez en la vida). Posteriormente, se construyeron cinco indicadores de autonomía y relaciones de género: el índice de poder de decisión, normas sobre el comportamiento sexual, participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos, participación de la pareja en las actividades del hogar y violencia doméstica.

Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística múltiple, con el fin de establecer las variables que determinan la prevención y atención del cáncer cervicouterino. En el modelo se incluyeron todas las variables que se asociaron y correlacionaron con el padecimiento de este cáncer, estas variables fueron: lugar de residencia, edad, escolaridad, derechohabiencia, índice de violencia doméstica e índice de poder de decisión. Para tener un referente se utilizaron

los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA2000). Esta encuesta es realizada por la Secretaría de Salud de México a través del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), mediante un diseño muestral probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. Para el presente estudio se analizaron específicamente las encuestas de hogares y de adultos de 20 o más años de edad. Esta muestra es representativa de los ámbitos nacional y estatal. Se retomó la información de 20,813 mujeres mayores de 20 años de edad que ya habían comenzado su vida sexual.

Por otra parte, para proporcionar algunos datos sobre la utilización del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino entre mujeres viviendo en la pobreza, se analizaron dos Encuestas del Programa Oportunidades.* Una se levantó en población beneficiaria del Programa que residía en zonas urbanas en 2002 y la otra encuesta incluyó tanto población urbana, como rural y fue levantada en 2003. En la encuesta realizada en población beneficiaria del área urbana en 2002, se analizó la Encuesta de Salud Reproductiva, la cual contó con 14,058 mujeres de entre 15 a 49 años de edad y que habían comenzado su vida sexual. Por otro lado, la Encuesta de Salud Reproductiva aplicada en 2003 entre población urbana y rural tuvo una muestra de 14,424 mujeres de entre 15 a 49 años de edad que ya habían comenzado su vida sexual.

Estas dos encuestas se realizaron en la misma población en dos años diferentes (las mismas mujeres respondieron al cuestionario de 2002 y luego al de 2003), con algunas nuevas beneficiarias que ingresaron al Programa Oportunidades entre la encuesta de 2002 y la de 2003. Las encuestas son representativas para la población beneficiaria del Programa Oportunidades. Con estas dos encuestas se elaboró un análisis sobre el nivel del uso, es decir, que la mujer reportara haber recibido una prueba de Papanicolaou (en el último año, de uno a tres años, alguna vez en la vida o nunca)

2.1.2. Descripción de los niveles de análisis

* Oportunidades es un programa gubernamental de combate a la pobreza que entre otros temas proporciona un subsidio a familias de bajos recursos, con la condición de que los hijos asistan a la escuela y, las madres de familia y los adolescentes asistan a pláticas de educación para la salud. El Instituto Nacional de Salud Pública realiza encuestas en la población beneficiaria, así como otras investigaciones para evaluar el funcionamiento del Programa.

Se realizó un análisis descriptivo y estadístico de la siguiente manera:

1. Frecuencias y distribución de las prácticas preventivas, de detección y tratamiento de las mujeres por cáncer cervicouterino
2. Distribución de las características sociodemográficas y de salud reproductiva de las mujeres y asociación con prácticas preventivas como el Papanicolaou
3. Construcción de indicadores de relaciones de género y autonomía a partir de la ENSAR 2003.
4. Construcción de un modelo de regresión logística múltiple para determinar el peso y las variables que mejor explican las prácticas preventivas y la atención del padecimiento del cáncer cervicouterino.

Para los propósitos de esta investigación, la ENSAR 2003 es la encuesta más amplia en la indagación de las prácticas de las mujeres en las diferentes etapas del cáncer cervicouterino como la prevención por medio del Papanicolaou, el diagnóstico y el tratamiento. (Véanse las preguntas en anexo 1). A partir de esta encuesta se realizó un análisis más detallado pretendiendo conocer la distribución de las mujeres que pasan por cada una de las etapas: prevención, diagnóstico y tratamiento, y relacionar sus prácticas respecto al uso del Papanicolaou, con sus características sociodemográficas y con indicadores sobre sus relaciones de género. La comparación sistemática de las características de las mujeres que realizan prácticas preventivas frente a las que no las tienen, sirvió como base para la elaboración de un modelo de regresión logística múltiple, en la búsqueda de variables de asociación con esta práctica y de posibles elementos explicativos. El análisis incluyó asociaciones entre la presencia de prácticas preventivas del cáncer cervicouterino e indicadores sociodemográficos, aspectos relacionados con la salud y sobre relaciones de género con sus parejas conyugales.

Asimismo, el análisis de las características sociodemográficas y de salud reproductiva de las mujeres de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, asociadas con sus prácticas preventivas son: edad, lugar de residencia (urbana o rural), grado de escolaridad, estado civil, derechohabencia, anticoncepción, embarazos, edad al primer embarazo, número de hijos y edad de inicio de relaciones sexuales, entre otras.

Las preguntas sobre las relaciones de género de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 que se asocian a la presencia de prácticas preventivas, de atención y tratamiento del cáncer cervicouterino se encuentran en el cuestionario de mujeres, en las secciones de: *sexualidad y violencia doméstica*, (Ver preguntas en anexo 2). Con base en el análisis de las respuestas a esas preguntas se construyeron los indicadores de género que se detallan a continuación.

2.1.3. Construcción de indicadores sobre relaciones de género

Para abordar el análisis de la mayor o menor equidad en las relaciones de género se construyeron varios indicadores basados en la metodología que ofrece (Cacique, 2003). Los indicadores a calcular fueron:

Índice de poder de decisión: con este indicador nos referimos al papel que las mujeres tienen en los procesos de toma de decisiones familiares. La ENSAR 2003 a mujeres, incluye cuatro preguntas respecto a quién toma las decisiones sobre: cuándo tener relaciones sexuales, cuántos hijos tener, cómo criar a los hijos y en qué gastar el dinero. Las respuestas posibles son: él, ella o ambos.

Integramos en un solo indicador la información sobre la capacidad para tomar decisiones de las mujeres en estos cuatro aspectos de la vida familiar. Este índice de poder de decisión se obtuvo de la sumatoria de las respuestas de cada mujer a estas cuatro preguntas. Para ello, se asumió que cada categoría de respuesta representa un nivel distinto de poder de la mujer y asignamos el valor 1 cuando sólo el esposo toma la decisión, 2 cuando la decisión es tomada por ambos y 3 cuando la decisión es tomada sólo por la mujer. Los valores de este índice irán de 4 a 12, y su análisis de confiabilidad y validez de escalas se verificará a través del análisis de consistencia interna, cuyo indicador es el Coeficiente Alfa de Cronbach. En éste, un mayor número de ítems contribuye a aumentar la consistencia interna.

Índice de normas sobre el comportamiento sexual: con este indicador nos referimos a los estereotipos sociales o culturales sobre las normas de comportamiento sexual que definen la identidad de las mujeres. La ENSAR 2003 a mujeres, incluye tres preguntas respecto a si está de acuerdo o no en: relaciones prematrimoniales por parte de los hombres, relaciones prematrimoniales por parte de las mujeres, y educación sexual a adolescentes. Las respuestas posibles son: Sí y No.

Con estas tres preguntas consideraremos un índice aditivo de normas sobre el comportamiento sexual. Para ello, asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que no está de acuerdo y 1 a los que sí están de acuerdo, en el supuesto de que los que dicen que no son los más tradicionales y los que están de acuerdo con los tres ítems son los más equitativos.

Participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos: con este indicador se observa la participación de la mujer en el cuidado y crianza de los hijos, como un referente de la importancia de los roles tradicionales de la mujer y la absorción de su preocupación por el cuidado de otros más que de ella misma. La ENSAR 2003 a mujeres incluye tres: si llevan juntos los hijos al médico, si su pareja ayuda a cuidar y educar los hijos y si a su pareja le gusta estar con sus hijos. Las posibles repuestas son: Sí y No. Asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que sí ayuda y 1 cuando la respuesta es que no ayuda, el índice variará de 0 a 3. Cuando el índice es 0 son mujeres que reciben mayor participación de los hombres en el cuidado y crianza de los hijos y de 3 para las mujeres con menor colaboración por parte de sus parejas.

Participación de la pareja en las actividades del hogar: Con este indicador se observa el apoyo o participación de la pareja en los quehaceres del hogar. Observando si estas actividades son realizadas en su mayoría por la mujer sin el apoyo de la pareja y manteniendo el rol tradicional de la mujer dedicada a las labores del hogar. La ENSAR 2003 a mujeres incluye seis preguntas al respecto: si su pareja se hace responsable de las siguientes tareas domésticas: lavar los platos, lavar ropa, cocinar, planchar, hacer las compras, limpiar la casa. Las posibles repuestas son: siempre, algunas veces, nunca. Asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que nunca ayuda, 1 cuando lo hace algunas veces, y 2 cuando la respuesta es que sí ayuda, el índice varía de 0 a 6. Cuando el índice es 6 son mujeres que reciben mayor apoyo de parte de sus parejas con los quehaceres del hogar y de 0 para las mujeres con menor colaboración por parte de sus parejas.

Violencia doméstica: con este indicador nos referimos a la violencia a la cual ha estado expuesta la mujer por parte de su pareja y que pueda afectar su capacidad para tomar decisiones, su autoestima o su autocuidado. La ENSAR 2003 incluye seis preguntas sobre si su pareja: 1) le ha gritado, 2) la ha ofendido (le dice groserías), 3) la ha amenazado con hacerle daño físico, 4) la ha golpeado, 5) la ha agredido con algún objeto, 6) la ha agredido con algún objeto punzo-cortante, 7) la ha agredido con un arma de fuego. Las posibles respuestas son Sí y No. El

indicador se realizó de igual forma que los anteriores y los valores del índice variaran de 0 a 7, refiriendo a la mayor o menor violencia a la que está expuesta la mujer.

2.1.4. Regresión logística múltiple

Para analizar los factores que se relacionan con el padecimiento del cáncer cervicouterino entre las mujeres mexicanas se elaboró un modelo de regresión múltiple compuesto por variables sociodemográficas, de acceso a los servicios de salud y de autonomía como variables independientes, según los datos aportados por la encuesta ENSAR de 2003.

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{1j} + \beta_2 x_{2j} + \dots + \beta_k x_{kj} + e_j$$

2.2. Análisis de orden cualitativo

A través del uso de la metodología cualitativa se pretendió responder al objetivo específico de explorar en profundidad cuáles son los significados que sobre el cáncer cervicouterino tienen las mujeres que padecen esta enfermedad. Cuál es la importancia que le otorgan al proceso de prevención, diagnóstico y tratamiento de este tipo de cáncer. Las relaciones de género analizadas son la autonomía de la mujer, medida a través de la libertad de movimiento, y la toma de decisiones, así como la identidad de la mujer construida para servir a los demás, y cómo se relacionan esos significados con una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

Se utilizaron los métodos cualitativos como instrumentos indispensables de las ciencias sociales para la búsqueda de significados y del sentido de sus acciones. De acuerdo con Castro (1996) los métodos cualitativos se interesan por analizar el sentido que los individuos atribuyen a sus actos y a su entorno. Por lo tanto, retomamos el supuesto ontológico fundamental de los métodos cualitativos en el cual la realidad se construye socialmente, y por esto, no es independiente de los individuos. De esta manera, retomamos el aspecto sociológico central de esta perspectiva en cuanto a los significados que la realidad tiene para las entrevistadas y la manera como estos significados se vinculan con sus prácticas.

Existen diversas corrientes teórico metodológicas que tienen al análisis cualitativo como su método de investigación. Entre ellas se encuentran la teoría fundamentada, la fenomenología y la etno -metodología, entre otras. Estas corrientes difieren en función de diversos postulados teóricos y en la forma en la que construyen su objeto (Castro, 1996). Esta investigación retoma la teoría del interaccionismo simbólico operacionalizada por la teoría fundamentada, formulada por Glasser y Strauss (1967).

El objetivo principal de la teoría fundamentada, según Glaser (1978), es “generar una teoría que explique un patrón de conducta que sea relevante y problemático para los involucrados” o según Blumer y Mead, que genere teorías mediante el desarrollo de categorías *ad hoc* que deriven en línea directa de la información empírica, en lugar de tratar de “forzar” la información dentro de categorías preestablecidas.

Según Blumer (1982), el interaccionismo simbólico se basa en tres premisas fundamentales. La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. La segunda es que el significado de estas cosas surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con los otros. La tercera es que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con lo que va hallando a su paso.

Se manejan dos conceptos predominantes en el interaccionismo, la cultura y la estructura social. La cultura entendida como concepto, ya sea definida como costumbre, tradición, norma, valores, reglas, entre otros, se deriva claramente de lo que las personas hacen. Del mismo modo, la estructura social, como lo que representa la posición social, el estatus, la función, la autoridad y el prestigio, se refiere al tipo de relaciones derivadas del modo como las personas actúan recíprocamente (Blumer, 1982).

Según Blumer, uno de los principios fundamentales del interaccionismo simbólico es que todo esquema de sociedad humana empíricamente enfocada, sea cual fuera el origen, debe respetar el hecho de que, en primera y última instancia, la sociedad se compone de personas involucradas en la acción. Así, la naturaleza de una acción consiste en el significado que ésta encierra para la persona y el significado determinará la manera como está dispuesta a actuar respecto al mismo y la forma en la cual se dispone a hablar de él. Una misma acción u objeto puede tener distintos significados para diferentes individuos.

En resumen, desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, la vida de un grupo humano es un proceso a través del cual los objetos van creándose, afirmándose y desechándose. La vida y los actos de los individuos van modificándose forzosamente a través de los cambios que acaecen en su mundo de objetos (Blumer, 1982).

2.2.1. Tipo de entrevista

Se utilizó como método de recolección de información la entrevista a profundidad semi estructurada en la interacción con las mujeres seleccionadas para el estudio, ya que posibilitó el establecimiento, en este caso, de una relación social entre el investigador y las mujeres a través de la cual obtuvimos narraciones sobre determinados “referentes temáticos” sugeridos, recogiendo fragmentos del discurso individual e identificando las formas de nombrar el problema de estudio. En este tipo de entrevistas las mujeres que padecen un cáncer cervicouterino se convirtieron en informantes en el sentido estricto de la palabra. Mediante las entrevistas no se tiene como intención generalizar los datos obtenidos en un contexto particular, sino describir y analizar los significados que atribuyen las entrevistadas que padecen un cáncer cervicouterino, de acuerdo con sus relaciones de género, autonomía y su identidad de servir a los demás y, como orientadoras de las prácticas desarrolladas para atender esta enfermedad.

Es importante señalar que las entrevistas como instrumento cualitativo tienen desventajas, en cuanto son susceptibles de producir falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas. En segundo término, hay que tener en cuenta que las personas pueden decir y hacer cosas diferentes en distintas situaciones y, por último, el investigador puede no conocer totalmente el contexto necesario para comprender muchas de las perspectivas en las que están insertas las interesadas, lo que puede llevar a interpretaciones erróneas sobre sus significados.

2.2.2. El proceso de ingreso al Instituto Nacional de Cancerología

El lugar donde se entrevistaron las mujeres fue el Instituto Nacional de Cancerología, éste es un organismo descentralizado de tercer nivel de atención, dependiente de la Secretaría de Salud de México; que brinda atención médica especializada a enfermos con cáncer. Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, correspondiente a 57% de la

población femenina del país (INEGI, 2001; Puentes *et al*, 2006). Ubicado en la capital del país, con una capacidad de 120 camas censables, ofrece atención médica del más alto nivel en su campo (INCAN, 2004). Dentro de la red de servicios oncológicos funge como rector del cáncer en México; otorga servicios con enfoque multidisciplinario en el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del cáncer (INS, 2000).

En el INCAN se brinda atención oncológica a las mujeres con Cacú; en un periodo de diez años, en este hospital se han atendido cerca de 6,000 casos de cáncer invasor y 1,000 casos de cáncer *in situ* (Frías M, 1999). Con el fin de desarrollar la presente investigación dentro del INCAN, se contactó directamente la Dirección de Epidemiología, dirigida por la Dra Laura Leticia Tirado Gómez y mediante su asesoría se presentó el proyecto de investigación ante la Dirección de Investigación del INCAN para la aprobación del proyecto ante el Comité Científico y la Comisión de Bioética.

Una vez aprobado el proyecto por la Dirección de Investigación, se procedió a contactar al Director del Departamento de Ginecología, el Dr Enciso, al cual se le presentó el proyecto de investigación y con su asesoría se determinó que el mejor espacio de entrevista a las mujeres era el área de hospitalización. Igualmente, con el apoyo del Dr. Enciso, se tuvo acceso a las mujeres hospitalizadas con un diagnóstico de cáncer cervicouterino en cualquiera de sus etapas y, así mismo, de sus expedientes.

2.2.3. Selección de las entrevistadas

Se seleccionó a un grupo de 50 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en cualquiera de las etapas NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) y que se encontraban en tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

Las mujeres se seleccionaron a partir del registro diario de hospitalización del INCAN. Una vez que se identificaba en el registro de hospitalización a una mujer con un diagnóstico de cáncer cervicouterino se le visitaba en su habitación y se le solicitaba su participación en la investigación, después de darles una información básica del proyecto, la cual aprobaban por medio de un consentimiento informado por escrito (anexo 3). Posteriormente, se les aplicaba un formulario compuesto por preguntas de características sociodemográficas y económicas (anexo

4), con el fin de analizar y conocer el contexto y perfil de las entrevistadas y finalmente se procedía con la entrevista.

Se aplicó la entrevista a profundidad de manera individual, dirigida por una guía semiestructurada, estas tenían en promedio una duración de dos horas, y se realizaron alrededor de dos diarias entre los meses de octubre y diciembre de 2005. El muestreo se realizó tratando de cubrir dos categorías teóricas previamente establecidas, es decir se dividieron las entrevistadas en dos grupos para su posterior análisis y comparación, estos dos grupos son: mujeres jóvenes y mujeres mayores:

El grupo de *mujeres jóvenes* se conformó por menores de 40 años, unidas o alguna vez unidas en la vida, las cuales para un análisis desde la perspectiva de género se pueden considerar como insertas en relaciones de pareja en las cuales por ser jóvenes pueden ser generalmente controladas o celadas por su pareja, control que puede verse reflejado en su forma de vestir, en el control de su cuerpo, o limitando su autonomía en su libertad de movimiento o toma de decisiones. Otra característica importante en este grupo de mujeres jóvenes es que tuvieran un hijo menor de 12 años de edad, el cual puede representar una responsabilidad de la madre en cuanto a su educación, alimentación o vestido, generando una preocupación de las mujeres hacia el bienestar de su familia, dejando de lado su propia salud.

El grupo de *mujeres mayores* se conformó con las de 41 años y más, unidas o alguna vez unidas, y con hijos mayores de 12 años de edad o sin hijos. Sugiriendo que este grupo puede tener un mayor tiempo de unión en sus relaciones y que por su edad ya no sean tan celadas o controladas por sus parejas y que sus hijos puedan ser más que una responsabilidad para ellas y se conviertan en un apoyo para ellas, permitiendo de cierto modo una mayor autonomía de la mujer en su libertad de movimiento, toma de decisiones y un mejor cuidado de su salud.

2.2.4. El guión de entrevista

Las entrevistas se realizaron a través de una guía semiestructurada preparada, la cual contenía una lista de temas generales que se cubrieron con cada una de las entrevistadas con un cáncer cervicouterino y que estaban en tratamiento. Los temas tratados fueron: 1) Características sociodemográficas y económicas; 2) relaciones familiares; 3) toma de decisiones y autonomía; 4) sexualidad y conducta reproductiva; 5) cuidado de la salud. Bajo el supuesto de que todas las

mujeres con un diagnóstico del cáncer cervicouterino, se realizaron la prueba del Papanicolaou, se preguntó sobre: 6) las percepciones acerca del Papanicolaou; 7) el diagnóstico del cáncer cervicouterino y 8) el tratamiento del cáncer cervicouterino (anexo 5). La guía permitió asegurar que los temas clave fueran explorados.

2.2.5. Procesamiento de datos

Las entrevistas fueron grabadas en casetes y se realizó una ficha/memoria al finalizar cada una con información sobre las circunstancias en las cuales se realizó y acerca de los resultados más relevantes; esto fortaleció el proceso de análisis. Posteriormente, se realizaron transcripciones de las entrevistas, grabadas en archivos de *Word*, para lo cual por cuestiones de tiempo se consiguió financiamiento, y se contrató a un transcriptor (persona especializada que utilizó una máquina transcriptor). Cada entrevista se identificó con los datos generales de la entrevistada, y para reservar su identificación se usó seudónimos (anexo 6). Asimismo, se revisaron las transcripciones y se guardaron tanto en archivos magnéticos como en impresión en papel.

2.2.6. El análisis

Para el análisis de la información obtenida a través de las entrevistas, inicialmente se elaboró una ficha con el resumen del contenido de cada una de las historias, priorizando en ellas la información sobre los temas relevantes para el análisis (anexo 7).

Posteriormente, los textos fueron sistematizados a través del programa NVivo 2.0. Allí se concentró toda la información cualitativa de la investigación, es decir, las cincuenta entrevistas y los textos sobre el trabajo de campo. Igualmente, con la ayuda de este programa se codificó la información, lo cual constituyó una identificación preliminar de los hallazgos, dado que cada código normalmente “indexa” un amplio conjunto de significados (Castro, 1996). Inicialmente, se codificó este material de acuerdo con la guía de entrevista, para identificar cada tema así como la fluidez de las temáticas; también se efectuó una codificación subsecuente, a partir de la revisión de las entrevistas de forma horizontal y vertical, para búsqueda de ideas nuevas, haciendo un análisis descriptivo e interpretativo.

Respecto al análisis cualitativo se asignaron códigos para la identificación de los temas. El análisis fue un proceso que comportó cinco etapas, inspiradas por los planteamientos de McCracken (1988):

1. Se examinó cada expresión de la entrevista de forma independiente. El tratamiento de cada expresión creó una observación (comentario). Se seleccionó el material considerado como más importante.

2. Se examinaron las observaciones y posteriormente fueron comparadas. Se establecieron no sólo relaciones de similitud e identidad, sino también relaciones de oposición y contradicción.

3. En la tercera etapa se hicieron referencias a las transcripciones para confirmar o descartar las posibles relaciones que surgieron en el proceso de comparación de las observaciones. Este examen de las primeras observaciones dio lugar a una serie de consideraciones, en un proceso de refinamiento. En este nivel, surgieron patrones y temas, además de reconstruir un contexto más organizado y aproximado, haciendo aparecer las propiedades generales de los datos. Las líneas generales de las entrevistas surgieron en esta etapa.

4. En la cuarta etapa se tomaron las observaciones realizadas y fueron sometidas a un escrutinio con el objetivo de analizar la determinación de patrones de consistencia y contradicción entre los temas. Algunos pasajes de las entrevistas se rodearon de comentarios y éstos generaron nuevas reflexiones. Estas formaciones de “estilo coral” fueron decisivas para filtrar las temáticas generales subyacentes. Una vez que los temas se identificaron, se definieron las interrelaciones. Algunos de los temas fueron redundantes, así que se escogió la mejor información, en tanto que otros fueron eliminados. Los temas que quedaron fueron organizados jerárquicamente con base en el enfoque teórico de la investigación.

5. Por último, en la quinta etapa se tomaron los patrones y temas, tal como aparecen en las diversas entrevistas y se sometieron a un proceso de análisis final. Se tomaron las conclusiones de cada una de las entrevistas y a partir de las hipótesis de trabajo, se elaboró una serie de reflexiones sobre los temas.

2.2.7. Características sociodemográficas: una perspectiva comparada

Según las características de las mujeres se encuentra que el grupo entrevistado no fue homogéneo; algunas de ellas provenían de áreas rurales mientras que otras vivían en espacios

urbanos; el nivel de escolaridad es diferente entre ellas y la experiencia de vida variaba de acuerdo con la edad que tenían al momento de la entrevista. Esas diferencias nos llevan a tomar en cuenta algunas variables demográficas para comprender sus visiones sobre el cáncer cervicouterino. Así, consideramos el carácter rural o urbano de sus espacios de socialización, su escolaridad y su generación.

La conveniencia de establecer lecturas comparativas entre los procesos que viven las mujeres en el espacio rural o urbano se origina en la sociodemografía y en los estudios de género, ya que se han preocupado por comprender las diferencias en los procesos de socialización que ocurren de acuerdo con el área de residencia de las mujeres, señalando algunas diferencias como:

1. La fragmentación en la vida social. En los espacios rurales es muy fuerte la noción de comunidad, lo que hace que las diferentes facetas de la vida cotidiana -lo económico, político, social, religioso, entre otros factores, ocurra con más o menos los mismos miembros. Mientras que en la vida en los espacios urbanos hay una suerte de fragmentación en los procesos de socialización que hace que el individuo se relacione con diferentes colectividades de acuerdo con su propia elección. Así, en las zonas rurales, la comunidad y su armonía priman sobre las especificidades de cada sujeto; razón por la que hay un notable control de la colectividad sobre las acciones, ya que deben armonizar con los valores y preceptos de la comunidad (Riquer, 1995)

Por su parte, dicho proceso es diferente en las ciudades, ya que los procesos de modernización posibilitan la emergencia del individuo con la capacidad para hacer sus propias elecciones e insertarse en las nuevas redes sociales de acuerdo con su criterio. Esta relativa "libertad" es facilitada por fenómenos como la desterritorialización en tanto llevan al individuo a recomponer redes sociales que en los espacios rurales estaban dadas, mientras que en las ciudades deben ser construidas por el mismo individuo. Dicho fenómeno tiene una repercusión directa en la construcción de la autonomía pues el individuo moderno y ciudadano tiene en sus manos un amplio margen de decisión, debido a que a diario se enfrenta a dilemas que en las comunidades rurales son suplidos por la comunidad (Riquer, 1995)

2. La rutinización de la vida cotidiana. A la hora de observar la forma como cada mujer actúa en los espacios rurales, dominados por los patrones conductuales de la comunidad donde se hallan inmersas, se advierte una vida cotidiana basada en el control y las normas, dándole a las mujeres un escaso margen de elección. Esto implica que aun las actividades realizadas en el

tiempo libre se encuentran reglamentadas y, por ende, su autonomía es limitada frente a la comunidad. Por su parte, la dinámica del espacio urbano genera en algunos casos un mayor ejercicio de la autonomía, respecto a las zonas rurales, esto es, dado que las mujeres deben tomar a diario decisiones que van desde el qué hacer con su tiempo libre hasta qué hacer en la vida, mientras que dichas decisiones tienen un margen mucho más limitado en las comunidades rurales (Riquer, 1995).

3. Edad y posición generacional. En términos generales, no podríamos suponer que una mujer menor de 40 años de edad vivió en unas condiciones sociales similares a las que presentan las mujeres mayores, debido a que en las últimas décadas se han implementado por parte del Estado mejoras en el acceso a la educación de la mujer, así como en los programas de prevención en materia de salud pública. La diferencia generacional podría relacionarse con una mayor resistencia en las mujeres mayores que en las jóvenes a la hora de hacer uso de la medicina preventiva, como practicarse el Papanicolaou y utilizar métodos de planificación familiar.

4. La escolaridad. El hecho de haber asistido o no a la escuela y los años de escolaridad son un aspecto que se espera influya en el grado de autonomía. Aunque la autonomía no necesariamente se construye a partir de la información obtenida durante el proceso escolar, consideramos la importancia de la dimensión sociológica de la vida en la escuela, es decir, las redes de socialización en las que las niñas se involucran a temprana edad, posibilitan la construcción de relaciones sociales al margen del contexto familiar, lo que les permite acceder a información sobre prevención de enfermedades acerca de uso de los servicios de salud.

2.2.8. Perfil socioeconómico de las entrevistadas

Como ya señalamos, las mujeres se entrevistaron en un hospital público; esto hace que de entrada la selección de las mujeres esté sesgada por la naturaleza del hospital, ya que allí acuden principalmente mujeres sin seguridad social en salud y, por ello, en caso de enfermedad, se atienden en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud.

Dado que el INCAN es un hospital de carácter nacional, con un alto nivel de especialización, las entrevistadas provenían de diez diferentes estados de México, además del Distrito Federal. Estos estados se ubican principalmente en las regiones centro y sur del país.

Asimismo, en el momento de la entrevista 60% de las mujeres residían en un área urbana y 40% en el área rural.

En México el cáncer cervicouterino se presenta con más frecuencia en mujeres con edades entre los 25 y los 64 años de edad. Las entrevistadas se encontraban entre los 25 y 73 años, con una edad media de 45 años. Las edades donde hubo una mayor proporción de mujeres en tratamiento fueron entre los 35 y 49 años, prácticamente al final de su etapa reproductiva. Estas mujeres en su mayoría están casadas por lo civil o católico (50%), el 20% de las mujeres jóvenes viven en unión libre, mientras que en las mayores, sólo 8%; el 24% de las jóvenes se encuentran separadas, mientras que en las mujeres mayores el 24% son viudas y 20% separadas.

Por otra parte, 92% de las mujeres jóvenes señalaron haber tenido una sola unión en la vida; un caso refirió dos uniones y otro tres. Mientras que 56% de las mayores afirmaron haber tenido una sola unión y 44% entre dos y tres. En este sentido, la primera unión se da entre los 14 y 34 años de edad, con un promedio de 18 años. Las mujeres jóvenes tuvieron su primera unión entre los 14 y los 27 años de edad con una media de 18 años, mientras que las mujeres mayores tuvieron su primera unión entre los 14 y los 34 años, con una edad promedio de 19 años, mostrando un patrón que tradicionalmente no se consideraría como un factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual.

Las entrevistadas se caracterizaron por vivir en condiciones de pobreza, En general, son mujeres con una baja escolaridad, en promedio 4to primaria, es decir, primaria incompleta. La escolaridad es una de las variables donde mayor diferencia se encontró entre los dos grupos de análisis; las jóvenes tenían en promedio secundaria, mientras las mujeres tenían en promedio 2do de primaria y cuatro de ellas afirmaron que nunca fueron a la escuela.

Algunas de las mujeres pertenecían a un grupo indígena (3), y otras, aunque no hablaban una lengua indígena, sus padres, esposo o abuela si lo hacían (22%). Menos de la mitad de las mujeres mayores (44%) afirmaron estar trabajando al momento de la entrevista y el 24 % afirmó que no. Esta diferencia se explica en parte, porque las mujeres mayores por lo general eran jefas de hogar, sin cónyuge y con hijos que mantener. Sin embargo, los ingresos que percibían fueron muy similares, oscilando entre los 40 y los 6,000 pesos al mes, con un promedio de 1,470 pesos, sin incluir algunas que no recibieron pago por su trabajo.

Las mujeres que convivían con sus parejas, presentan características similares. Las parejas de las jóvenes tenían en promedio secundaria y más, mientras que las parejas de las

mayores contaban con primaria incompleta. En algunos casos no se dio esta información por desconocimiento.

En cuanto a la actividad, 72% de las parejas de las jóvenes se encontraban trabajando, 8% desempleado, 4% no trabajaba y 16% no dieron información al respecto. En el caso de las parejas de las mayores, 44% laboraban, 16% no tenían actividad laboral, 4% estaban pensionados y 36% no dieron esta información.

De acuerdo con las entrevistadas, el promedio de ingreso de sus parejas es de 2,600 pesos al mes. Los ingresos de los esposos de las jóvenes son mayores, con una media de 3,100 pesos al mes, oscilando entre los 1,500 y 6,000 al mes. Mientras que los ingresos de las parejas de las mayores son más dispersos, oscilando entre los 100 y los 9,000 pesos, pero con una media menor de 1,900 pesos al mes. En general, sumando los ingresos de las mujeres y sus parejas, el ingreso promedio de estos hogares es de 2,600 pesos al mes, con un rango bastante disperso entre los 70 y los 9,000 pesos al mes en ambos grupos.

Respecto al apoyo recibido de hijos o familiares, en las entrevistas encontramos que 36% de las jóvenes manifestó tener un apoyo bien sea económico, por compañía o por cuidado por parte de sus hijos, mientras que en el grupo de las mayores este apoyo es de 64%. Así, 12% de las jóvenes recibieron ayuda con cuidados, y 24% apoyo económico. 12% de las mayores recibieron apoyo en cuidados y acompañamiento, pero la ayuda económica fue de 52%. En cuanto al apoyo familiar, 44% de las mujeres jóvenes expresó recibir un apoyo de parte de sus padres, suegros(a), hermanos(as), tíos(as), cuñados(as), familiares en general y hasta vecinos o amigos, principalmente con cuidados (24%) y económicos (20%). Mientras que 28% de las mayores recibía una ayuda de la madre, hermanos(as) o sobrinos (as), principalmente apoyo económico (16%) y de acompañamiento y cuidados (8%).

Finalmente, algunas de las entrevistadas también manifestaron recibir ayuda de programas gubernamentales dirigidos específicamente a madres jefas de hogar. En el grupo de las jóvenes, una de ellas recibía ayuda del programa Madre Soltera del Distrito Federal, dos participaban en Oportunidades y otras dos eran apoyadas por Procampo. Entre las mayores, una de ellas estaba en Oportunidades, tres recibían la ayuda de Procampo y una tenía el apoyo del Programa de Vejez del Distrito Federal (Para más detalles al respecto ver anexo 8).

CAPÍTULO III

Prácticas de las mujeres mexicanas frente a la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es una afección que se puede prevenir y controlar cuando se detecta a tiempo. El método de prevención más recomendado y aprobado por parte de la Secretaría de Salud de México es el Papanicolaou (Nom-14-SSA-1994). La prueba de Papanicolaou es un método eficiente y costo-efectivo utilizado para detectar el cáncer cervicouterino. Cuando la prueba es realizada de manera regular, puede detectar cambios citológicos en etapas tempranas, posibilitando tratamientos oportunos para prevenir el desarrollo del cáncer invasor, el más difícil y costoso de tratar puesto que causa más sufrimiento psicológico y físico, y puede ser fatal aun con tratamiento (Zapka *et al*, 2004). Para disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino es necesario que las mujeres se realicen cada año la prueba de Papanicolaou, a partir de los 25 años de edad o después de haber iniciado su vida sexual activa y después de dos pruebas negativas, se puede realizar cada tres años (Nom-14-SSA-1994). Asimismo, es necesario tener tanto un diagnóstico oportuno como un tratamiento eficaz de las lesiones detectadas a través de esta prueba diagnóstica (Nom-14-SSA-1994; Zapka *et al*, 2003).

Un aspecto importante del control del cáncer cervicouterino es que la detección regular cubra especialmente a las mujeres que tienen mayor riesgo de morir por la enfermedad (Zapka *et al*, 2003). Evidentemente, la calidad técnica tanto de la prueba de detección (Papanicolaou), como de la confirmación del diagnóstico y tratamiento de las anormalidades detectadas, son fundamentales para que un programa de este tipo tenga un impacto en las tasas de incidencia de cáncer cervicouterino invasor y de mortalidad (Zapka *et al*, 2003; Arillo-Santillán *et al*, 2000; Benedit *et al*, 1992; Lazcano -Ponce *et al*, 1998; Margraves *et al*, 1993; Zapka *et al*, 1995).

Asimismo, es importante proporcionar un seguimiento completo (confirmación y tratamiento) a quienes recibieron resultados positivos (anormales) en su prueba de Papanicolaou (Kaplan *et al*, 2000). Seguramente, las mujeres con anormalidades detectadas y que no reciben un tratamiento completo son una contribución determinante al alto número que son diagnosticadas con cáncer invasor y mueren por esta causa (Zapka *et al*, 1995).

Como un primer paso hacia el conocimiento de las prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, se hizo un análisis de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) de 2003, en mujeres de entre 15 y 49 años de edad que ya habían comenzado su vida sexual, además, se utilizaron como apoyo los datos relacionados de diversas encuestas.

En este capítulo exploramos los niveles de práctica de la prueba del Papanicolaou, mediante el análisis del tiempo transcurrido con la última prueba: último año, de uno a tres años o alguna vez en la vida. Además, se presenta la descripción del proceso de atención del cáncer cervicouterino establecido, con el fin de determinar el nivel de diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cervicouterino. La definición operativa que se utilizó fue la siguiente: el porcentaje de mujeres que se hicieron un Papanicolaou en los últimos doce meses, que recibieron sus resultados, que tuvieron un diagnóstico positivo de cáncer cervicouterino y que recibieron tratamiento. Igualmente, se realizó un estudio descriptivo y de la asociación entre la utilización de la prueba del Papanicolaou y diversas características sociodemográficas (edad, lugar de residencia, grado de escolaridad y estado civil), antecedentes gineco-obstétricos y de uso de servicios de salud (ser derechohabiente de algún sistema de salud, edad al inicio de relaciones sexuales, número de embarazos e hijos, así como uso de métodos de anticoncepción, tomando por separado el uso de métodos anticonceptivos definitivos). Finalmente, discutimos la relación que existe entre las prácticas de las mujeres frente al cáncer cervicouterino e indicadores de autonomía presentes.

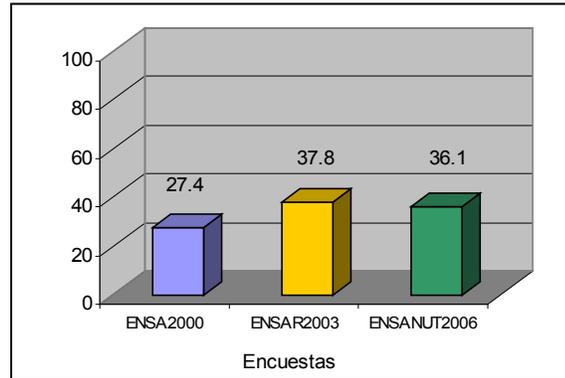
3.1. Prácticas de detección mediante el uso del Papanicolaou

3.1.1. Práctica del Papanicolaou en el último año

En México, según la ENSA para el año 2000 sólo 27.4% de las mujeres de 20 años o más de edad reportaron haberse realizado una prueba del Papanicolaou en el año previo a la encuesta, y según la ENSAR en el 2003, este porcentaje fue de 37.8 para mujeres de entre 15 a 49 años de edad. Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 muestra una mayor proporción respecto a la ENSA 2000 de 36.1% de mujeres de 20 años y más de edad que utilizaron el servicio de Papanicolaou (Olaiz, 2006: 72), mostrando que aproximadamente una de

cada tres mujeres se hace un Papanicolaou en el año. Esta proporción se puede considerar como un indicio de una baja utilización de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino (gráfica 8).

Gráfica 8. Porcentaje de mujeres que realizaron un Papanicolaou en el último año, según varias encuestas



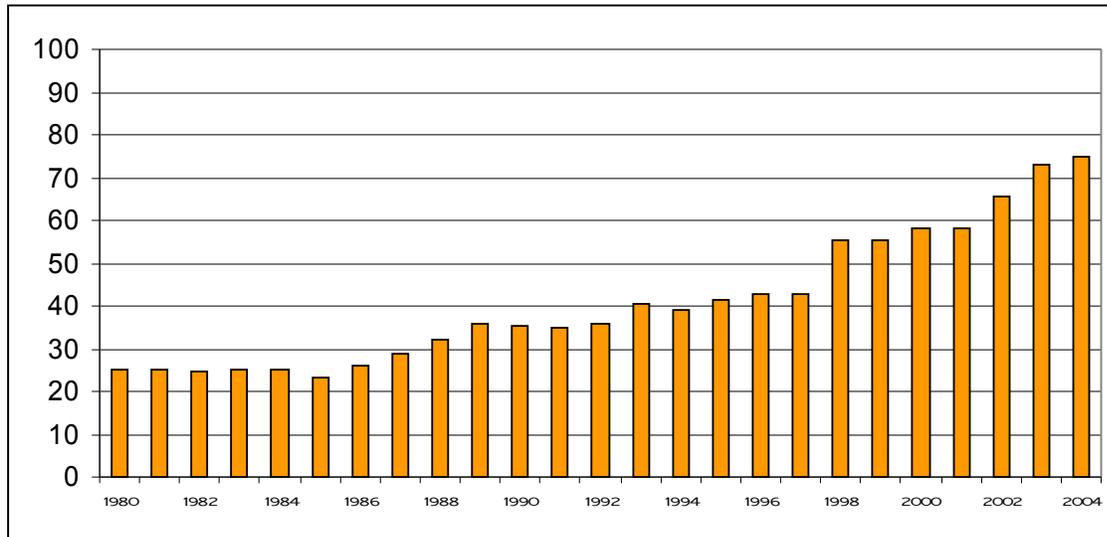
Fuente: Encuestas ENSA 2000, ENSAR 2003 y ENSANUT2006, INSP/SSA

3.1.2. Práctica frecuente del Papanicolaou

En esta investigación asumimos como una práctica frecuente del Papanicolaou el hecho de que las mujeres se lo realizaron durante el último año o entre uno a tres años, retomando la sugerencia de la Secretaría de Salud de practicárselo cada año o continuarlo cada tres años después de dos pruebas negativas. En este sentido, de acuerdo con el tiempo transcurrido desde la última vez cuando se realizaron la prueba según la ENSAR en 2003, el 37.8% de las mujeres se la había practicado en los últimos doce meses y 28.8% entre uno y tres años. Así, observamos que 66.6% de las mujeres se realizaron un Papanicolaou de forma frecuente, es decir, al menos en los últimos tres años.

Por otra parte, según datos de la Secretaría de Salud, la cobertura del uso del Papanicolaou de forma frecuente (cada tres años) oscila para el año 2003 en 72.9% en mujeres sin seguridad social, atendidas por la Secretaría de Salud. Asimismo, muestra una tendencia en aumento desde 1980 cuando sólo se contaba con una cobertura de 25%; y en 2004 alcanzó 75%; esto evidencia como se triplicó la cobertura en 24 años. Sin embargo, según Lazcano y Suárez (2006) un programa de detección del cáncer cervicouterino logra ser altamente efectivo cuando supera coberturas de 85%.

Gráfica 9. Coberturas del Papanicolaou cada tres años, 1980 – 2004. México

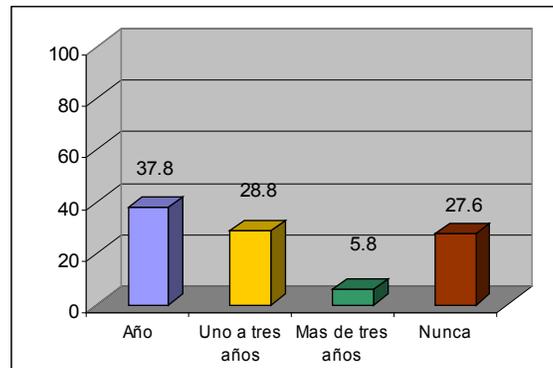


Fuente: Dirección General de Equidad y Género y salud reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2006

3.1.3. Práctica del Papanicolaou alguna vez en la vida

De acuerdo con la ENSAR de 2003, el 72.6% de las mujeres se han practicado un Papanicolaou alguna vez en la vida; esto corresponde a 66.6% de las mujeres que se lo habían practicado en los últimos tres años, adicional a 5.8% de las mujeres que se lo habían practicado hacía más de tres años. Esto nos sugiere que la mayoría de las mujeres que se han realizado un Papanicolaou en la vida lo hacen de forma periódica o que posiblemente el aumento en el uso de esta prueba es relativamente frecuente (gráfica 10).

Gráfica 10. Tiempo transcurrido entre la última prueba del Papanicolaou



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA

Algunos de los motivos por los cuales las mujeres se realizaron el Papanicolaou fueron: por recomendación médica o por presentar algún síntoma o dolor que les obligó asistir a los servicios de salud. Una quinta parte de las mujeres en la ENSA (20.5%) expresaron haber presentado alguna molestia por la cual les fue realizada la prueba de detección.

3.1.4. Mujeres que nunca se han practicado un Papanicolaou

Alrededor de una de cada cuatro mujeres mexicanas no se ha realizado un Papanicolaou en la vida. Según los datos de la ENSAR 2003, queda un rezago de un 27.6% de mujeres que nunca se han hecho la prueba y a las cuales el programa de detección del cáncer cervicouterino aún no llega.

Algunos de los motivos por los que no se han practicado un Papanicolaou en la vida, de acuerdo con la ENSAR 2003, son principalmente factores “de la mujer” entre los que mencionan: desidia (43.2%), miedo (14.9%), incomodidad (8.2%), ser muy joven (1.3%), no le interesa (2.9%) o no considerarlo necesario (5.8%). Otras razones referentes a su percepción sobre el periodo en el cual han tenido vida sexual son: inicio reciente de su vida sexual activa (3.1%), por no haber tenido hijos (4.4%), o porque acaban de tener su primer hijo (2.0%). También existen motivos asociados al control de su pareja o familiares como fueron: porque su pareja se opone (0.4%) o porque su madre no está de acuerdo (0.1%). Además, existen causas relacionadas con la atención en los servicios de salud como: falta de información (3.5%), razones relativas al servicio (4.5%), por la amplia distancia al centro de salud (0.1%), no sabía que debía practicárselo (0.9%), por enfermedad (0.6%) o porque le practicaron colposcopia (0.3%), entre otros (3.8%).

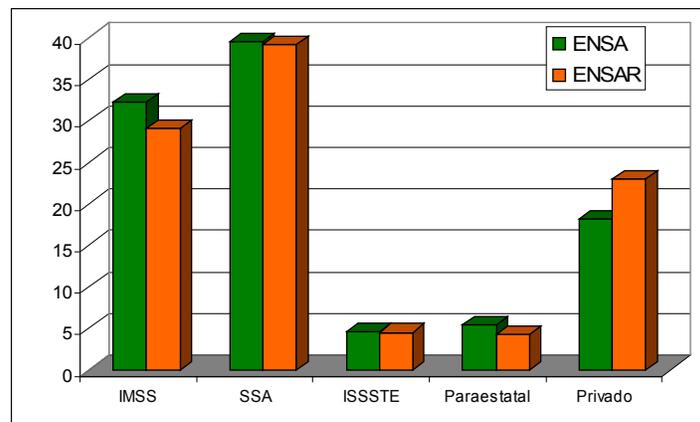
De acuerdo con esta distribución de motivos por los cuales las mujeres no se practican un Papanicolaou, encontramos que priman los motivos propios “de la mujer”, de su vida sexual y de sus relaciones de género, incluso sobre los motivos propios del servicio de salud. Esta es una razón más para enfocar esta investigación en los significados y prácticas de las mujeres frente al cáncer cervicouterino.

3.1.5 Características del servicio del Papanicolaou

Institución donde les realizaron el Papanicolaou.

Las instituciones en las que principalmente recibieron el servicio de la última prueba del Papanicolaou, según la ENSAR de 2003 fueron: en la Secretaría de Salud 39.2%, en el IMSS 29.1%, en clínicas, hospitales y consultorios privados 23%, en el ISSSTE 4.5% y 4.2% en otros lugares. Según la ENSA de 2000, la distribución es muy similar, presentando una tendencia respecto a la ENSAR 2003 en la disminución de mujeres atendidas por el IMSS, por las instituciones paraestatales, y un aumento en las atendidas por los servicios privados (gráfica 11).

Gráfica 11. Institución donde se realizó el Papanicolaou.



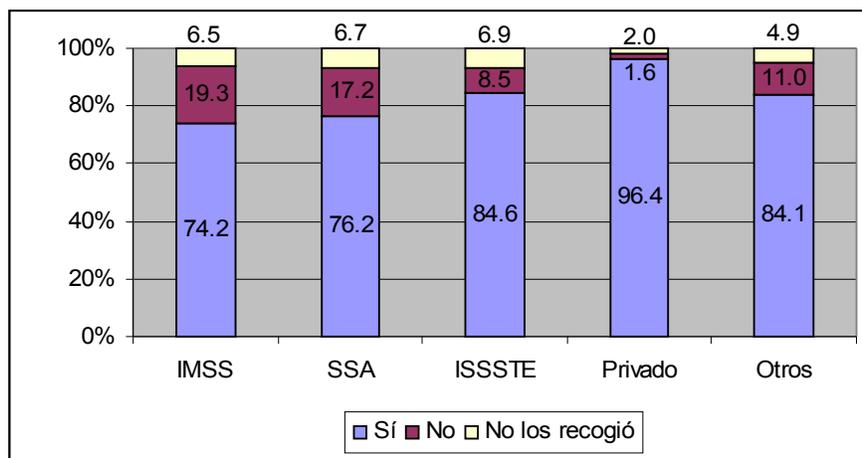
Fuente: Elaboración a partir de la ENSA 2000 y ENSAR 2003, INSP/SSA.

Entrega de resultados

Respecto a la entrega de resultados a quienes les practicaron un Papanicolaou se encontraron dos datos disponibles, aunque no comparables. Según la ENSA de 2000, de las que se practicaron un Papanicolaou en el último año, una tercera parte (32.7%) no recibió los resultados de su examen, mientras que según la ENSAR de 2003, en la última prueba practicada a las mujeres, 19.1% de éstas no recibió sus resultados (5.5% reportó no haber ido a recogerlos y 13.6% no recibió sus resultados). Llama la atención que aun en esta encuesta más reciente, todavía exista casi una quinta parte (19.1%) de mujeres que no conozcan el resultado de su prueba. Es decir, alrededor de una de cada cinco mujeres no conocen los resultados de su prueba (cuadro 1).

La entrega de resultados varía sensiblemente de acuerdo con la institución donde les realizan la prueba, así encontramos que las que les practican el Papanicolaou en el servicio privado 96.4% conocen sus resultados, a diferencia del IMSS y de la Secretaría de Salud, que son las instituciones donde menor porcentaje de mujeres los conocen con el 74.2% y 76.2% respectivamente (gráfica 12).

Gráfica 12. Entrega de resultados por institución donde se realizó el Papanicolaou



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

Esto es sintomático acerca de la limitada práctica del Papanicolaou, ya que es difícil, por parte de las mujeres, superar las diversas barreras para que le realicen la prueba y conocer sus resultados. Sin embargo, se sabe por entrevistas efectuadas a los directores de los Programas de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, de la Secretaría de Salud de los diferentes estados,⁴ que el Programa prioriza informar pronta y directamente a las que tienen un diagnóstico positivo, mientras que aquellas con un diagnóstico negativo son informadas cuando acuden al centro de salud. Así, posiblemente quienes no recibieron sus resultados se esperarían que fueran en su mayoría las que tienen un diagnóstico negativo o en unos pocos casos pueden ser las mujeres con un diagnóstico positivo que por alguna razón no hayan sido ubicadas por el personal de los programas para su pronta notificación.

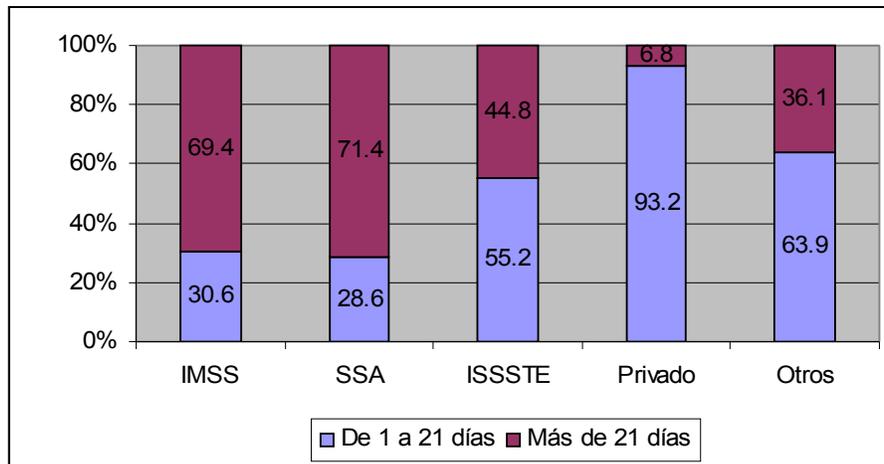
⁴ Información recabada por medio de entrevistas estructuradas realizadas a los directivos del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino de los diferentes estados del país en mayo del 2005, en la ciudad de Oaxaca durante la “III Reunión Nacional Caminando a la Excelencia..., una realidad en el Programa de Cáncer Cervicouterino Uterino”.

Tiempos de espera para obtener los resultados

En cuanto a los tiempos de espera de los resultados, según la ENSAR de 2003, al parecer la población se divide en dos, 49.8% de las mujeres reportaron haber recibido sus resultados antes de 21 días. Sin embargo, 50.2% reportó haberlos recibido después de los 21 días de habersele practicado el Papanicolaou- En este sentido, no se conoce con certeza el tiempo máximo de espera, pues algunas mujeres informan que puede ser entre dos y tres meses. Se sabe que los tiempos de espera operan como elementos que desmotivan a las mujeres para hacerse el siguiente Papanicolaou y para continuar practicándose el examen regularmente (gráfica 13).

De igual forma, en los tiempos de entrega de resultados influye mucho la institución donde les realizan el Papanicolaou, encontrando que a 93.2% de quienes son atendidas en el sector privado el resultado se lo entregan antes de 21 días. Por el contrario 71.4% de las que acuden a la Secretaría de salud y 69.4% de quienes lo hacen en el IMSS sólo reciben sus resultados después de 21 días (gráfica 13).

Gráfica 13. Tiempos de entrega de resultados por institución donde se realizó el Papanicolaou

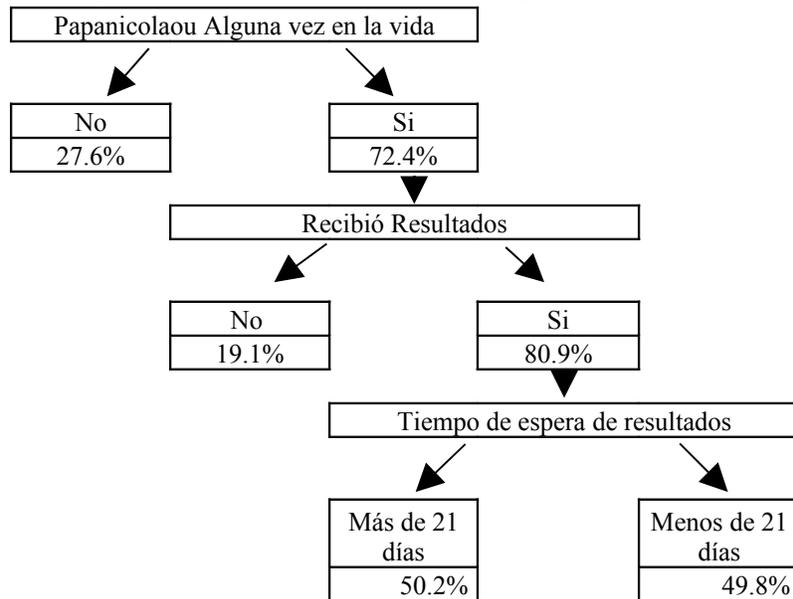


Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

En los últimos años la Secretaría de Salud se ha esforzado por mejorar la notificación de los resultados del Papanicolaou, colocando como meta darlos antes de 21 días, y que las mujeres que tienen un diagnóstico positivo, sean oportunamente ubicadas para ser informadas de sus resultados.⁴ Sin embargo, las que tienen un diagnóstico normal o con algún proceso inflamatorio

leve pasan por tiempos de espera significativos que tienden a desmotivarlas en la espera y conocimiento del resultado de la prueba, así como de su posterior atención.

Gráfica 14. Prácticas de prevención mediante el uso del Papanicolaou



En resumen, para las mujeres los principales problemas que se observan en el seguimiento a la práctica de prevención del cáncer cervicouterino mediante la prueba del Papanicolaou son: en primer lugar, el alto porcentaje de mujeres que aún no se han realizado una prueba del Papanicolaou en la vida (27.6%), es decir, alrededor de una de cada cuatro mujeres no se han realizado nunca un Papanicolaou en la vida. En segundo lugar, se encuentra un importante porcentaje (19.1) de mujeres que no conocen sus resultados. Esto es, una de cada cinco mujeres a quienes les hacen el Papanicolaou no reciben sus resultados, y en tercer lugar, se encuentra el largo tiempo de espera por los resultados, alrededor de la mitad de las mujeres que se hacen un Papanicolaou recibe sus resultados en más de tres semanas. De esta manera, la conjugación de todos estos factores explica en parte la baja utilización rutinaria del Papanicolaou.

3.2. Prácticas en el proceso de detección y tratamiento del cáncer cervicouterino

Un buen seguimiento de las mujeres frente al cáncer cervicouterino implica no sólo observar sus prácticas frente a la realización del Papanicolaou, sino que reciban sus resultados y, principalmente, que aquellas con anormalidades detectadas, tengan una confirmación diagnóstica y un tratamiento oportuno.

3.2.1. Detección del cáncer cervicouterino

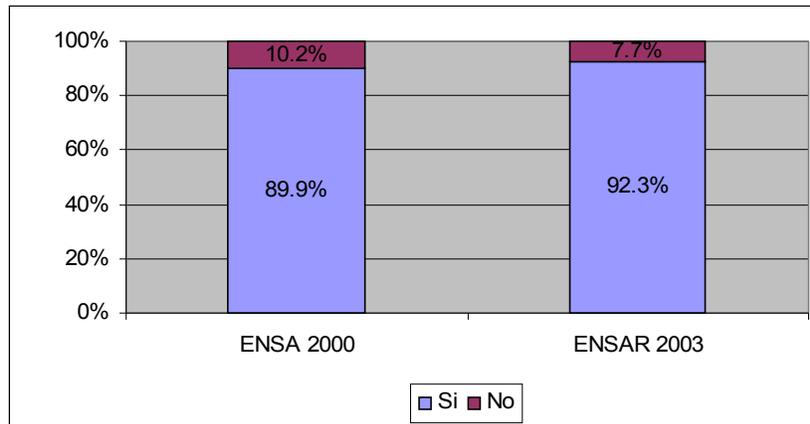
En las mujeres que se realizaron el examen y recibieron sus resultados, según la ENSAR de 2003, a 16.8% se le detectó algún problema y 9.6% reportó haber tenido cáncer en la matriz.

Según la ENSAR de 2003, a las mujeres que se les detectó un cáncer en la matriz, el 23.4% reportó haber sido diagnosticada hace menos de un año, el 35.7% se lo habían detectado entre 1 a 3 años y a 40.9% hacía más de tres años. La alta proporción de mujeres diagnosticadas en el último año y la distribución en el tiempo de detección, tienen que ver con la gravedad del diagnóstico, es decir, según la etapa en la que se diagnostique el cáncer cervicouterino, se espera que tengan mayores o menores esperanzas de sobrevivencia.

3.2.2. Tratamiento del cáncer cervicouterino

De acuerdo con la etapa en la cual le detectan el cáncer cervicouterino se recomienda un tratamiento específico. Según la ENSAR de 2003, en las que tuvieron un diagnóstico positivo a cáncer cervicouterino, según la ENSA de 2000 el 89.8% recibió tratamiento. Sin embargo, llama la atención que 10.2% no recibieron tratamiento. Según la ENSAR de 2003, al analizar las oportunidades del tratamiento encontramos que de las mujeres que tuvieron un diagnóstico de cáncer en la matriz, 92.3% de ellas recibieron tratamiento y 7.7% no. Al desagregarlo por residencia, se encontró que las mujeres que residían en el área urbana tenían un porcentaje de tratamiento un poco mayor (92.5%), respecto a las mujeres del área rural (91.1%).

Gráfica 15. Recibió tratamiento según la ENSA 2000 y ENSAR 2003



Fuente: Elaboración a partir de la ENSA 2000 y ENSAR 2003, INSP/SSA.

Dentro de las razones expresadas por ellas para no haber recibido tratamiento, se encuentra que 57.1% no acudió con el médico, 12.4% afirmó que el médico no le ordenó nada y 7.6% necesitaba más análisis.

Tipo de tratamiento

Los tratamientos recibidos fueron: en 45.3% histerectomía, en 16.7% quimioterapia y el 17.1% otras terapias como rayos láser, criocirugía, conización, electro cirugía o cauterización (cuadro 1).

En el tipo de tratamiento respecto al lugar de residencia se encontraron grandes diferencias: En el área rural 83.1 de las mujeres le quitaron la matriz, 14.7% le dieron medicamento y tan sólo al 2.2% le trataron con técnicas como rayo láser, conización, entre otras. Mientras que en las mujeres urbanas, 39.3% le hicieron histerectomía, 22.7% le dieron medicamento y 25.4% le aplicaron rayos láser, le hicieron conización, crioterapia, entre otros procedimientos. Esto sugiere que en las zonas rurales cuentan con menos posibilidad de tratamiento por lo cual acuden principalmente a técnicas radicales como la histerectomía, mientras en el área urbana aplican procedimientos más conservadores y menos agresivos para las mujeres.

Cuadro 1. Prácticas en el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del CACU, según la ENSAR del 2003

Variable	Respuesta	Porcentaje, según mujeres que respondieron	Porcentaje, según todas las mujeres	Variable	Respuesta	Porcentaje, según mujeres que respondieron	Porcentaje, según todas las mujeres
Recibió resultados Papanicolaou				Tratamiento Recibido			
	Sí	58.6	80.9		Histerectomía	4.3	45.3
	No	9.8	13.6		Medicamento	1.6	16.7
	No los recogió	4.0	5.5		Rayo, criocirugía	1.6	17.1
	Total	72.4	100.0		Otros	2.0	20.9
Se detectó algún problema					Total	9.6	100.0
	Sí	11.5	16.8	Lugar donde le hicieron el tratamiento			
	No	47.0	83.2		IMSS	2.2	22.6
	Total	58.5	100.0		SSA	2.1	22.2
Problema detectado					ISSSTE	1.2	12.4
	Cáncer en matriz	1.1	9.6		Privado	3.4	35.4
	Otros	10.4	90.4		Otros	0.7	7.4
	Total	11.5	100.0		Total	9.6	100.0
Hace cuánto se lo detectaron				Estado actual			
	Menos de un año	2.2	23.4		Curada	4.9	50.7
	De 1 a 3 años	3.4	35.7		Observación	3.6	37.5
	Más de 3 años	3.9	40.9		Tratamiento	1.1	11.9
	Total	9.6	100.0		Total	9.6	100.0
Recibió tratamiento							
	Sí	8.9	92.3				
	No	0.7	7.7				
	Total	9.6	100.0				

Fuente: Encuesta ENSAR 2003, SSA.

Institución donde le realizaron el tratamiento.

De acuerdo con la encuesta el lugar donde le realizaron el tratamiento fue: para 35.4% de las mujeres en clínicas u hospitales privados; 22.6% en el IMSS, 22.2% en las clínicas de colposcopia de la Secretaría de Salud y 12.4% en el ISSSTE. Sin embargo, al desagregar la institución por el lugar de residencia de la mujer, encontramos que las del área rural acuden principalmente a los servicios del IMSS y de la Secretaría de Salud con 48.1% y 42.4%,

respectivamente, mientras que las que residen en el área urbana se tratan principalmente en las clínicas y hospitales privados (39.7%).

Por último, la encuesta también nos permitió analizar el estado actual de las mujeres respecto a su enfermedad en el momento de ser encuestada; en este sentido, 50.7% de las que recibieron tratamiento afirmaron estar curadas, 37.5% se hallaban en observación y 11.9% continuaban en tratamiento (cuadro 1).

3.3. Práctica del Papanicolaou, según características sociodemográficas y de salud

A través de la ENSAR 2003 se analizaron las características sociodemográficas y de salud de las mujeres a quienes les practicaron un Papanicolaou, diferenciándolo por el tiempo cuando se realizó la última prueba. Es decir, de acuerdo con si a las mujeres les practicaron un Papanicolaou en el último año, en los últimos tres años, alguna vez en la vida o nunca, y observar si existen diferencias de acuerdo con sus características sociodemográficas y de salud.

3.3.1. Práctica del Papanicolaou, según características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de las mujeres que analizamos fueron: el lugar de residencia (urbano o rural), edad al momento de la encuesta, si habla alguna lengua indígena, escolaridad, estado civil, convivencia con los hijos y el trabajo.

Lugar de residencia

De acuerdo con las características sociodemográficas, encontramos inicialmente una asociación entre la práctica de la prueba del Papanicolaou con el lugar de residencia. Según la ENSAR de 2003, el impacto de esta característica ha estado cambiando en los últimos años, ya que para el año 2000 las mujeres del área rural tenían un mayor riesgo de morir por cáncer cervicouterino respecto a las del área urbana (Palacio *et al*, 2005). Esto sugiere un acceso desigual a la prueba del Papanicolaou según el área de residencia. De la misma manera, según la encuesta observamos que en las mujeres a quienes se les practicó un Papanicolaou, alguna vez en la vida la prevalencia es mayor en las del área urbana (73.4%) respecto a las del área rural (70.0%); esta misma distribución la presentan Lazcano y Suárez (2006: 227). Esta diferencia disminuye

cuando analizamos a las mujeres a las cuales les han practicado un Papanicolaou en los últimos tres años, siendo en las del área urbana de 67.1%, mayor respecto a las del área rural con 66.5%.

Por el contrario, en las mujeres con prueba de Papanicolaou en el último año se observa que la relación se invirtió, siendo mayor en las del área rural con 41%, en comparación con las que residen en el área urbana (36.8%) (cuadro 2). Esto puede estar indicando la existencia de cambios recientes en el acceso a la prueba del Papanicolaou por parte de las mujeres en el área rural, lo cual puede deberse a un cambio en las políticas públicas o a las intervenciones directas de programas especiales como el Oportunidades, con el fin de aumentar estas coberturas (cuadro 1).

Para constatar esto, analizamos la Encuesta de Oportunidades Urbana 2002 y encontramos que las mujeres beneficiadas por el Programa, en general de bajos recursos, tienen una menor cobertura de los servicios del Papanicolaou. Se advirtió que a 30.1% de las mujeres se les había realizado el Papanicolaou en el último año, cifras similares a la población nacional, pero tan sólo a 58.5% de estas mujeres se les había realizado un Papanicolaou alguna vez en la vida. Esto señala que las mujeres pobres se encuentran en una mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud, pues se observa un alto porcentaje (41.2) de mujeres a quienes se les ha realizado un Papanicolaou en la vida (gráfica 16).

Las mujeres urbanas de escasos recursos beneficiadas por este Programa reportan una utilización de 30.1% para 2002⁵ y de 39% para 2003, señalándose que incluso la utilización de la prueba aumento en casi 9% en mujeres urbanas respecto a la atención y cobertura de 2002. Igualmente, llama la atención que las mujeres del área rural cuentan con una cobertura de 48.1% en 2003 respecto a aquellas a quienes les efectuaron la prueba en el último año, dato que es superior al promedio nacional. Esto sugiere que quizás el Programa Oportunidades puede estar incidiendo en mejorar el acceso a los servicios de salud, principalmente en facilitar a la población del área rural la posibilidad de acceder a la prueba del Papanicolaou.

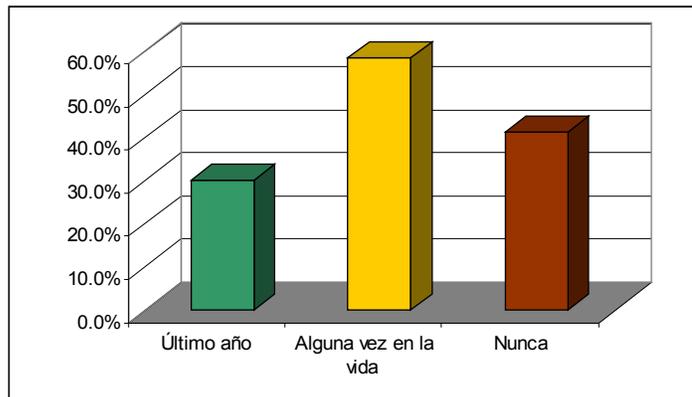
⁵ La Encuesta de Oportunidades de 2002, no tiene datos del uso del Papanicolaou en mujeres rurales, sólo tiene información para mujeres urbanas.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres, según tiempo de utilización del Papanicolaou

Tiempo transcurrido desde la última prueba del Papanicolaou				
<i>Variables</i>	PAP en el último año	PAP en los últimos tres años	PAP alguna vez en la vida	PAP nunca
<i>Estrato</i>				
Urbano	36.8	67.1	73.4	26.6
Rural	41.0	66.5	70.0	30.0
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Grupos de Edad</i>				
15 – 25	22.3	36.8	38.4	61.6
26 – 29	33.0	65.2	69.8	30.2
30 – 34	43.5	77.3	83.8	16.2
35 – 39	47.3	80.0	87.4	12.6
40 – 44	44.4	78.5	89.0	11.0
45 – 49	45.1	80.1	88.4	11.6
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Lengua indígena</i>				
Sí	31.4	53.1	58.2	41.8
No	38.3	67.7	73.8	26.2
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Grado de Escolaridad</i>				
Ninguna	28.8	55.1	59.8	40.2
Primaria	39.8	69.9	77.2	22.8
Secundaria	35.4	63.2	68.9	31.1
Preparatoria	35.9	65.3	69.9	30.1
Superior	45.1	72.3	70.7	29.3
Total	37.8	66.6	72.5	27.5
<i>Estado Civil</i>				
Soltera	19.8	31.7	33.8	66.2
Unida	40.4	70.5	76.5	23.5
Separ/Divorc/Viuda	34.6	69.2	78.3	21.7
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Vive con Hijos</i>				
Sí	40.3	71.4	77.9	22.1
No	43.3	75.0	84.7	15.3
Total	40.4	71.5	78.1	21.9
<i>Actividad*</i>				
Trabaja	39.4	69.6	76.1	23.9
No trabaja	36.5	64.1	69.6	30.4
Total	37.8	66.6	72.6	27.4

Fuente: Elaboración a través de datos de la ENSAR2003

Gráfica 16. Coberturas del Papanicolaou, Oportunidades Urbano 2002.



Fuente: Encuesta Oportunidades Urbana 2002

Esta encuesta también nos da una información que no se había recabado antes en otra encuesta y es la edad de la primera prueba del Papanicolaou. Según la encuesta para beneficiarias del Programa Oportunidades, la edad media cuando a las mujeres les realizaron la primera prueba fue a los 25 años y la moda o la edad en la que mayor número de mujeres se hizo la prueba fue a los 20 años. Si esta información la asociamos con la edad en la que tienen su primera relación sexual que de acuerdo con los datos de Oportunidades en 2002, fue entre los 17 y los 18 años (similar al promedio nacional), se podría sugerir que el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino, debe incorporar a las mujeres antes de los 25 años de edad como establece la norma (NOM-014-SSA2-1994), considerando el temprano inicio de las relaciones sexuales y de la práctica de la primera prueba del Papanicolaou. De esta manera, se debería usar como criterio la edad al inicio de la vida sexual activa.

Edad

Según la ENSAR 2003, hay una asociación entre la práctica del Papanicolaou y la edad, observándose un patrón ascendente de la utilización de la prueba entre los 20 y 39 años; las mujeres de entre 30 a 39 años de edad reportaron el mayor porcentaje de utilización de la prueba anual del Papanicolaou. Mientras que en las mujeres a quienes les practicaron un Papanicolaou cada tres años se observó el mayor porcentaje en las mujeres entre 45 a 49 años de edad y a las que se lo practicaron alguna vez en la vida lo obtuvieron entre los 40 y 44 años. Esto nos sugiere

que las mujeres con un Papanicolaou cada año son, en promedio, menores de 39 años de edad y que las mayores se someten a la prueba cada tres años o más (cuadro 2).

Lengua indígena

Las mujeres que hablan alguna lengua indígena se han asociado a mujeres que pertenecen a una población indígena, y encontramos que según el tiempo transcurrido entre la última prueba del Papanicolaou está disminuyendo la brecha entre su uso en mujeres indígenas respecto a las que no lo son. Así, las indígenas presentan un menor porcentaje en la utilización anual del Papanicolaou (31.4%) respecto a aquellas que no hablan alguna lengua indígena (38.3%), con una diferencia de 7% entre esta dos poblaciones, mientras que en las mujeres quienes les realizó un Papanicolaou en los últimos tres años encontramos que las indígenas corresponden 53.1% y las no indígenas en un 67.7%. Esto muestra una diferencia de 14.6%, y de la misma forma se da esta diferencia entre aquellas a las que les han realizado un Papanicolaou alguna vez en la vida, (indígenas 58.2%, no indígenas 73.8%) con una diferencia de 15.6% (cuadro 2).

Escolaridad

Respecto a la escolaridad se encontró que hay una asociación entre la práctica de la prueba y el nivel escolar que se puede explicar por la mayor posibilidad de adquirir información acerca de la salud y la concienciación sobre la importancia de la prevención (cuadro 2) ya que las mujeres con una educación superior se practican con más frecuencia la prueba, en el último año (45.1%), así como las que terminaron la primaria con 39.8% (cuadro 2). Lo mismo sucede en las mujeres que se lo practicaron en los últimos tres años y alguna vez en la vida.

Estado civil

En cuanto al estado civil, 80.0% de las mujeres de entre 15 a 49 años de edad que ya habían empezado sus relaciones sexuales estaban unidas al momento de la encuesta, con un porcentaje de utilización del Papanicolaou en el último año de 40.4, mientras que en las mujeres solteras sólo 19.8% se había hecho una prueba en los últimos 12 meses. Esto muestra la tendencia a una mayor práctica de la prueba en mujeres unidas con una pareja permanente, respecto a las solteras (19.8%) y a las separadas, divorciadas y viudas (34.6%) (cuadro 2). Esto coincide con dos creencias erróneas donde la sociedad considera que las mujeres solteras no necesitan practicarse

el Papanicolaou, así como que tampoco las separadas, viudas o divorciadas, por considerarse que no tienen vida sexual activa.

Convivencia con los hijos

Una de las hipótesis de la tesis era que las mujeres que convivían con hijos mayores de 12 años tenían más apoyo para realizarse la prueba del Papanicolaou, en este caso no diferenciamos el análisis por edad de los hijos; sin embargo, se observó que las mujeres que no convivían con sus hijos tuvieron un mayor porcentaje de utilización del Papanicolaou (43.3) en el último año a la encuesta respecto a las que sí vivían con sus hijos (40.3%) (cuadro 2).

Trabajo

Igualmente, se observó que la actividad económica de las mujeres no difiere mucho con la práctica del Papanicolaou, aunque subrayando que 55% de éstas no trabajaban. Sin embargo, se encontró que el recibir otro tipo de ingresos diferentes a un salario, puede marcar la diferencia en la práctica de la prueba. En este sentido, se destaca que las que tenían otros tipos de ingresos, como son las que recibían ayuda del gobierno (Programa Oportunidades, Procampo, entre otros.) tuvieron un porcentaje de utilización del Papanicolaou de 39.4. De la misma manera, se encontró un mayor uso del Papanicolaou en mujeres que perciben un salario mayor a 10,000 pesos.

3.3.2. Práctica del Papanicolaou, según características de salud reproductiva

Las características de salud reproductiva consideradas fueron: la derechohabiencia a una entidad de salud, el número de embarazos y abortos, el uso de anticonceptivos o de métodos definitivos.

Derechohabiencia

Se realizó un análisis sobre el acceso a los servicios de salud y encontramos que 54.3% de las mujeres no eran derechohabientes de alguna entidad prestataria del servicio de salud; por el contrario, debían acudir al sector privado o como población abierta a los servicios brindados por la Secretaría de Salud. De acuerdo con los resultados de la ENSAR de 2003, se observa que las que expresaron no tener ningún servicio de salud, fueron las que presentaron menor porcentaje

de utilización del Papanicolaou en el último año con 33.7, mientras que aquellas con mayor porcentaje (50.6%) se realizaban la prueba en las clínicas del sector público y en el privado con 48.9%. Asimismo, las que se realizaron un Papanicolaou en los últimos tres años y alguna vez en la vida presentaron los mayores porcentajes de uso, 83.1 y 86.2, respectivamente, y su atención la recibió en los servicios de salud privados (cuadro 3).

Embarazo e hijos

Las mujeres que estuvieron embarazadas alguna vez tienen una mayor probabilidad de practicarse un Papanicolaou (39.8%) en comparación con quienes nunca se han embarazado (18.6%). Esto puede ser debido a que por causa del embarazo tienen mayor contacto con los servicios de salud, y durante o después de los controles de su embarazo pueden ser referidas a la toma del Papanicolaou. También se observa que las mujeres con más de tres hijos se practicaban el examen con mayor frecuencia (42%), a diferencia de las que no habían tenido hijos (18.1%), o de las que tienen entre 1 y 3 hijos (39.7%). De tal forma que, un mayor número de hijos incide en un aumento en la probabilidad de practicarse la prueba del Papanicolaou (cuadro 3).

Anticoncepción y uso de métodos definitivos

Se ha encontrado una relación entre el uso de anticonceptivos y la utilización del Papanicolaou, quizás porque las mujeres que acuden a los servicios de planificación familiar son más fácilmente canalizadas a los servicios preventivos del cáncer cervicouterino o de salud reproductiva. Así, el porcentaje de mujeres que reportaron usar algún tipo de anticonceptivo presentaron un uso del Papanicolaou mayor (39.6%) respecto a las que nunca fueron usuarias de anticonceptivos (24.5%). Igualmente, se encontró una asociación entre las mujeres usuarias de los métodos definitivos de planificación y la práctica del Papanicolaou, con 45.2%, en oposición a 36.9% de ellas que no se realizaban el examen de manera regular (cuadro 3).

Esto coincide con los estudios de Lazcano *et al* (1999) en Morelos donde se observó que las que utilizan más la prueba del Papanicolaou, fueron aquellas que utilizaban con frecuencia los servicios de salud, específicamente los de planificación familiar, y de control prenatal, este último servicio por haber tenido un mayor número de partos.

Cuadro 3. Características de salud reproductiva de las mujeres, según utilización del Papanicolaou, ENSAR 2003. México

<i>Variables</i>	PAP en el último año	PAP en los últimos tres años	PAP alguna vez en la vida	PAP nunca
<i>Derechohabiencia</i>				
Ninguna	33.7	61.6	70.0	30.0
IMSS	41.8	71.3	77.0	23.0
ISSSTE	45.3	77.1	84.2	15.8
Otro público	50.6	77.7	81.9	18.1
Privado	48.9	83.1	86.2	13.8
Otra	33.0	68.7	78.1	21.9
Total	37.8	66.6	78.5	21.5
<i>Embarazo</i>				
Sí	39.8	70.4	76.8	23.2
No	18.6	29.9	31.2	68.8
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Hijos</i>				
Ninguno	18.1	29.6	31.0	69.0
Menos de 3	39.7	70.3	76.3	23.7
Más de 3	42.0	74.6	82.3	17.7
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Anticoncepción</i>				
Nunca usuaria	24.5	40.8	76.4	23.6
Alguna Vez	39.6	70.2	44.7	55.3
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Aborto</i>				
Sí	44.4	76.9	85.6	14.4
No	36.4	64.4	69.8	30.2
Total	37.8	66.6	72.6	27.4
<i>Método definitivo</i>				
Sí	45.2	81.6	89.0	11.0
No	36.9	63.5	68.9	31.1
Total	39.8	69.9	76.0	24.0

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la ENSAR2003

Aborto

De la misma manera, las mujeres que han tenido un aborto presentan una práctica más regular del examen en el último año con 44.4%, si se las comparara con aquéllas que no han tenido ninguno, 36.4%. Esto puede estar relacionado con la necesidad de acercarse a los servicios de salud para la atención oportuna del aborto con lo que se aumenta la probabilidad de ser referida a

la prueba del Papanicolaou, ya sea como parte de la atención o tratamiento o como una forma de revisión médica (cuadro 3).

Finalmente, las que nunca se han realizado un Papanicolaou tienen como características principales: residir en el área rural (30%), ser menor de 35 años de edad, hablar una lengua indígena (41.8%), no poseer grado de escolaridad (40.2%), ser soltera (66.2%) y no trabajar (30.4%) (Cuadro 2). Así mismo, no tener seguridad social (30%), no haber estado embarazada alguna vez (68.8%) y no tener hijos (69%) (cuadro 3).

3.4. Indicadores de autonomía y su relación con el cáncer cervicouterino

La igualdad de género y la autonomía de las mujeres en salud hacen que ellas y los hombres tengan la misma capacidad de ejercer su derecho a la salud y desarrollar su potencial para estar sanos, aprovechar los adelantos médicos y tecnológicos para beneficiar su salud, tomar decisiones sobre sus necesidades y atención de salud, y participar en la toma de decisiones que afectan su salud y la de sus hijos. Más específicamente, el acceso igual de las mujeres y la capacidad de utilizar su autonomía sobre los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para garantizar la protección de su salud (OPS, 2005).

Por el contrario, la inequidad de género en el ámbito de la salud se refleja en las desigualdades, innecesarias y prevenibles, que existen entre mujeres y hombres y la atención de salud. Un factor fundamental para el logro de la igualdad de género es el empoderamiento de éstas, entendido como la capacidad de las mujeres de decidir en lo que respecta a su propia vida, es decir, libre selección ante diferentes opciones, tomar decisiones y llevarlas a la práctica (OPS; 2005).

La forma de medición es una de las mayores dificultades al investigar la autonomía de las mujeres. Desde los años noventa se han venido desarrollando escalas que permiten cuantificar las relaciones de poder en las parejas; los instrumentos se basan en preguntas acerca de quién toma las decisiones, quién tiene la última palabra en decisiones específicas, control sobre los ingresos, y libertad de movimiento. Diversas investigaciones han mostrado que el uso de métodos anticonceptivos, el número ideal de hijos, la mortalidad materna e infantil y la negociación de uso de condón, están fuertemente ligados a las relaciones de género en la pareja. Sin embargo,

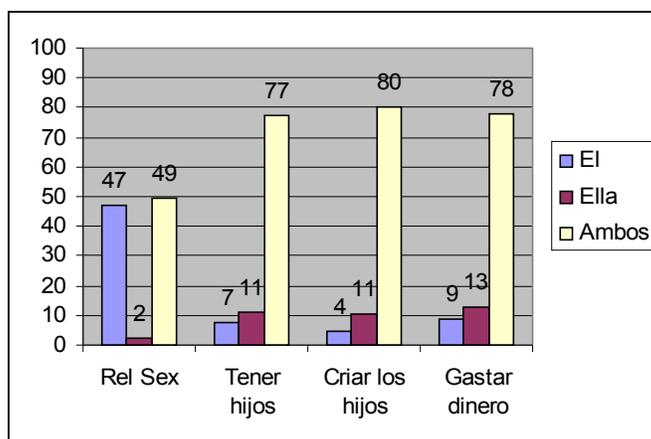
poco se ha escrito sobre cómo las relaciones de género en la pareja influyen en el hecho de acudir a los programas de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino.

En este sentido, en esta investigación construimos cuatro indicadores que se esfuerzan en medir las relaciones de género, a través de: el poder de decisión de las mujeres, las normas sobre el comportamiento sexual, la participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos, la participación de la pareja en las actividades del hogar y la violencia doméstica.

El Índice de Poder de Decisión: como indicador del poder de decisión de las mujeres nos referimos al papel que ella tiene en los procesos de toma de decisiones en la familia. La ENSAR 2003, incluye cuatro preguntas respecto a quién en la pareja (el esposo, ella o ambos) toman las decisiones sobre: 1) cuándo tener relaciones sexuales; 2) cuántos hijos tener; 3) cómo criar a los hijos, y 4) en qué gastar el dinero.

En este sentido, encontramos que el aspecto en el que la mujer tiene menor capacidad de decisión en la familia es el relacionado con las relaciones sexuales, observándose que en 47% de los casos es el hombre quién toma la decisión y ella tan sólo en 2%. Asimismo, 11.8% de las mujeres afirma que si siente deseos de tener relaciones sexuales, no serían capaces de decírselo a su pareja. Igualmente, sucede que cuando ella no quiere tener relaciones sexuales hay 22.8% de sus parejas que se enojan y 0.7% las obliga a tenerlas.

Gráfica 17. Aspectos que indican el poder de decisión de las mujeres en la familia



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

En el resto de los aspectos como decidir cuantos hijos tener, cómo criarlos y sobre el gasto del dinero, las mujeres indican que es una decisión mayoritariamente compartida (gráfica 17). De la misma manera, el índice de poder de decisión se distribuye con valores que oscilaron entre 4 y 12, con una consistencia interna, medida a través del Alpha de Cronbach, de 0.35. La mayoría de las mujeres obtuvieron una media de 8 en este índice, que representa un valor intermedio, siendo este valor resultado directo de que ellas señalaron tomar la mayoría de las decisiones de manera conjunta con su pareja.

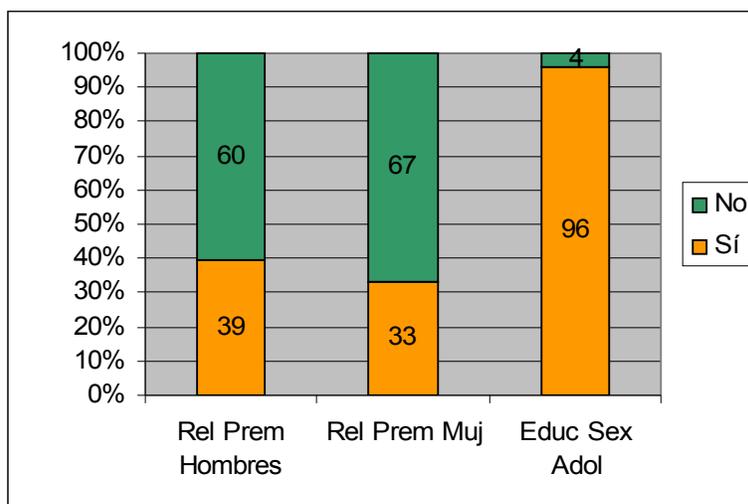
El índice de normas sobre el comportamiento sexual: con este indicador nos referimos a los estereotipos sociales o culturales sobre las normas de comportamiento sexual que definen la identidad de las mujeres. La ENSAR 2003 a mujeres, incluye tres preguntas respecto a sí está de acuerdo o no en: relaciones prematrimoniales por parte de los hombres, relaciones prematrimoniales por parte de las mujeres y educación sexual a los adolescentes.

Con estas tres preguntas consideraremos un índice aditivo de Normas sobre el comportamiento sexual. Para ello, asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que no está de acuerdo y 1 a los que si están de acuerdo, con el supuesto de que quienes dicen no, son las más tradicionales, y las que están de acuerdo con los tres ítems son las más equitativas.

De acuerdo con estos tres aspectos analizados, encontramos un patrón tradicional de las mujeres en cuanto a las relaciones prematrimoniales, tanto en hombres como en mujeres, siendo más marcado en el rechazo de las relaciones prematrimoniales en las mismas mujeres, con una aceptación de 33% respecto a las relaciones prematrimoniales en los hombres, con 39%. Se advierte que son ellas mismas quienes reproducen el patrón de desigualdad. Por el contrario, cuando se les pregunta si están de acuerdo con la educación sexual de los y las adolescentes, 96% de las encuestadas afirman que sí.

En general, el índice resumen sobre las normas del comportamiento sexual se distribuyó con valores entre 0 y 3, con una consistencia interna medida a través del Alpha de Cronbach, de 0.69. La mayoría de las mujeres obtuvieron un valor de 1, indicando una postura más tradicional al estar de acuerdo en tan sólo uno de estos aspectos analizados, es decir, como hemos visto, estuvieron de acuerdo la mayoría en la educación sexual de los y las adolescentes, pero no respecto a las relaciones prematrimoniales (gráfica 18).

Gráfica 18. Aspectos analizados sobre las normas del comportamiento sexual.



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

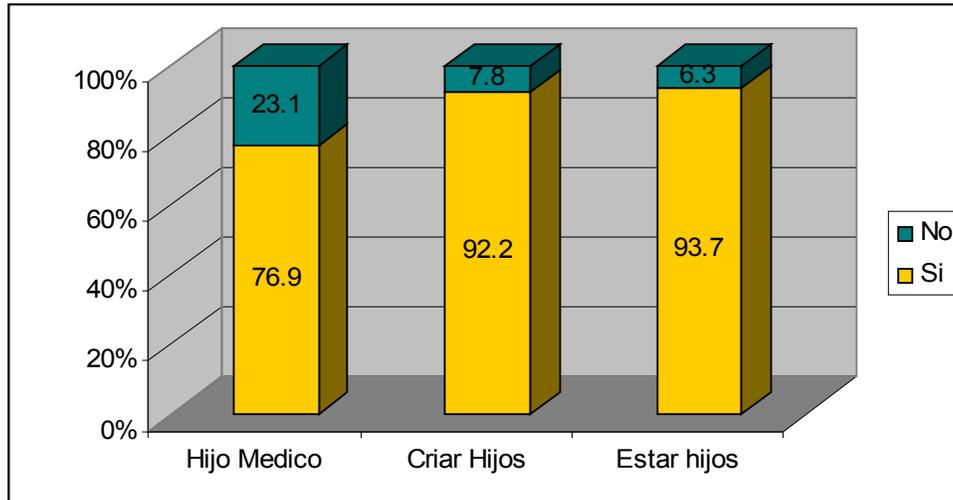
Adicionalmente, las mujeres que están de acuerdo con que los y las adolescentes reciban educación sexual, afirman que en promedio se debe recibir esta información alrededor de los 12 años de edad, cuando entran en la pubertad o cuando en el caso de las mujeres, empiezan a menstruar (66.7%). Asimismo, 73% de ellas afirman que son los padres las personas más adecuadas para educarlos en estos temas.

Participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos: con este indicador se observa la participación de la pareja masculina en el cuidado y crianza de los hijos, como un referente de la importancia en el rol tradicional de la mujer y la absorción de su preocupación por el cuidado de otros más que de ella misma. La ENSAR 2003 a mujeres incluye tres preguntas al respecto: si llevan juntos los hijos al médico, si su pareja ayuda a cuidar y educar los hijos y si a su pareja le gusta estar con sus hijos. Las posibles repuestas son: Sí y No. Asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que no ayuda y 1 cuando la respuesta es que sí ayuda, el índice varía de 0 a 3, cuando el índice es 3, son mujeres que reciben mayor participación de los hombres en el cuidado y crianza de los hijos y de 0 para las mujeres con menor colaboración por parte de sus parejas.

Según las mujeres, sus parejas tienen una alta participación en el cuidado y crianza de sus hijos. Así, 92.2% afirma que sus esposos les ayudan con el cuidado y educación de sus hijos, y que mientras están en casa en 93.7% de los casos a su pareja le gusta estar con los hijos.

Se observa una menor participación al momento de llevar los hijos al médico con 76.9% (gráfica 19).

Gráfica 19. Aspectos analizados sobre la participación de los hombres en el cuidado y crianza de los hijos.



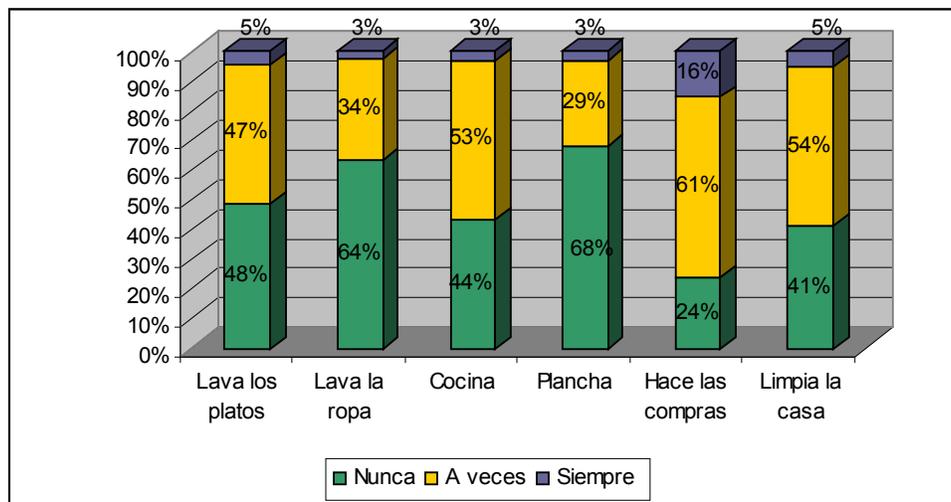
Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

Con una consistencia interna, medida a través del Alpha de Cronbach, de 0.53, podemos decir que el indicador de participación en el cuidado y crianza de los hijos por parte de las parejas de las mujeres es alta.

Participación de la pareja en las actividades del hogar: con este indicador se observa la participación de la pareja en los quehaceres del hogar. Observando si estas actividades son realizadas en su mayoría por la mujer sin el apoyo de la pareja, manteniendo el rol tradicional de la mujer dedicada a las labores del hogar. La ENSAR 2003 a mujeres incluye seis preguntas al respecto: si su pareja se hace responsable de las siguientes tareas domésticas: lavar los platos, lavar ropa, cocinar, planchar, hacer las compras, limpiar la casa. Las posibles repuestas son: siempre, algunas veces, nunca. Asignamos un valor de 0 cuando la respuesta es que nunca ayuda, 1 cuando lo hace algunas veces, y 2 cuando la respuesta es que sí ayuda, el índice varía de 0 a 6, cuando el índice es 6 son mujeres que reciben mayor apoyo de parte de sus parejas con los

quehaceres del hogar y de 0 para las mujeres con menor colaboración por parte de sus parejas (gráfica 20).

Gráfica 20. Aspectos analizados sobre la participación de la pareja en las actividades del hogar.



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

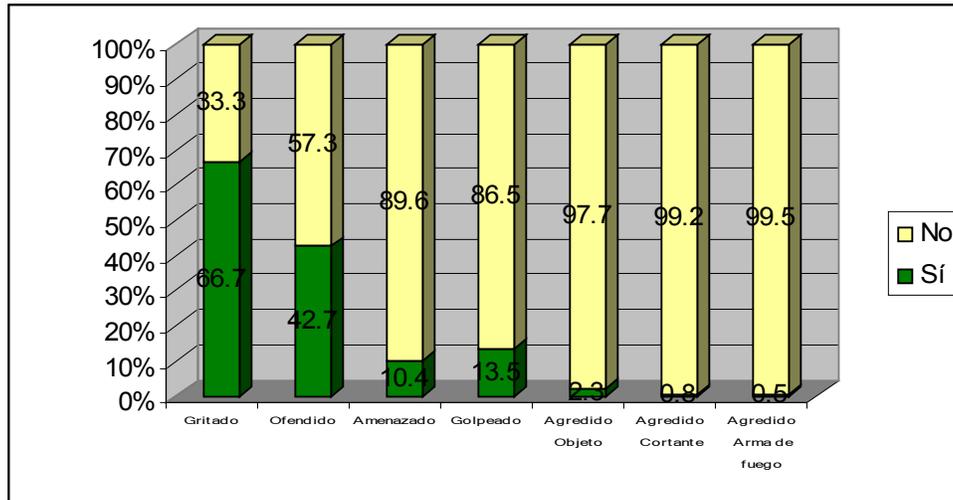
Las actividades en las que reciben menos colaboración por parte de sus parejas son en planchar 68% y lavar ropa con 64% de hombres que según las mujeres, ellos nunca lo hacen. Las actividades en las que en mayor medida a veces colaboran son en hacer las compras 61%, limpiar la casa 54% y cocinar 53%.

El índice sobre participación de la pareja en las actividades del hogar muestra que los hombres colaboran en el hogar con una y hasta tres de las actividades estudiadas en promedio, con una consistencia interna de un Alfa de Cronbach de 0.77. Es decir, como podemos ver por los resultados, las parejas generalmente colaboran con tres actividades en promedio, haciendo las compras, limpiando la casa o cocinando principalmente. El resto de actividades corresponden a la mujer en la mayoría de las veces (gráfica 20).

Violencia Doméstica: Con este indicador nos referimos a la violencia a la cual ha estado expuesta la mujer por parte de su pareja y que pueda afectar su capacidad para tomar decisiones, su autoestima o su autocuidado. La ENSAR 2003 incluye siete preguntas sobre sí su pareja: 1) la ha gritado, 2) la ha ofendido (le dice groserías), 3) la ha amenazado con hacerle daño físico, 4) la ha golpeado, 5) la ha agredido con algún objeto, 6) la ha agredido con algún objeto punzo-cortante, 7) la ha agredido con un arma de fuego. Las posibles respuestas son Sí y No. El

indicador se realizó de igual forma que los anteriores, y los valores del índice variaran de 0 a 7, refiriendo a la mayor o menor violencia a la que está expuesta la mujer.

Gráfica 21. Aspectos analizados sobre la violencia doméstica.



Fuente: Elaboración a partir de la ENSAR 2003, SSA.

Con una consistencia interna de un Alfa de Cronbach, de 0.66, el indicador se distribuyó principalmente entre los tres primeros índices, con un valor medio de 1, mostrando una violencia más psicológica, expresada por gritos, ofensas y amenazas más que por violencia física. Al interior de este indicador se encontró que alrededor de 30% de las mujeres expresaron no haber sufrido algún síntoma de violencia. Sin embargo, durante los pleitos se observó principalmente violencia psicológica: 66.7% de las mujeres advirtió haber recibido gritos, 42.7% recibieron ofensas por parte de su pareja y 10.4% fueron amenazadas. De acuerdo con expresiones físicas de violencia, ésta fue menor, aunque 13.5% recibieron golpes, 2.3% manifestaron haber sido agredidas con un objeto, 0.8% fueron violentadas con un objeto corto punzante y 0.5% con una arma de fuego (gráfica 21).

3.5. Factores sociodemográficos, acceso a la salud y autonomía como determinantes del cáncer cervicouterino

Para analizar los factores que se relacionan con el padecimiento del cáncer cervicouterino entre las mujeres mexicanas, se elaboró un modelo de regresión múltiple compuesto por variables

sociodemográficas, de acceso a los servicios de salud y de autonomía como variables independientes, según los datos aportados por la encuesta ENSAR de 2003.

Para incluir las variables en el modelo se hicieron, además de una selección teórica, pruebas de asociación mediante análisis de Chi cuadrado y de correlación. Así, las variables que estuvieron correlacionadas fueron incluidas en el modelo. En este modelo, todas las variables tuvieron una significancia menor de 0.01, con una prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, significativa. No obstante, tuvo una baja capacidad de explicación con una R cuadrada de 0.11.

Los resultados del modelo indican que las mujeres que viven en el área rural tienen un riesgo 29% mayor de padecer cáncer cervicouterino respecto a las mujeres que vivían en el área urbana.

De igual forma, la escolaridad de las mujeres ejerce un efecto positivo y significativo en aquellas que padecen cáncer cervicouterino, siendo las de menor riesgo las que tienen un nivel educativo igual a primaria. Así, las mujeres que tienen un nivel educativo diferente a primaria presentan un riesgo mayor de sufrir cáncer cervicouterino.

Al analizar el acceso a los servicios de salud de las mujeres a través de su derechohabencia encontramos que las mujeres con menor riesgo de padecer el cáncer cervicouterino son las que tienen los recursos necesarios para acudir a los servicios privados. Así, el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es mucho mayor en las que asisten a otras instituciones de salud respecto a las que acuden al servicio privado, principalmente las que acuden a otro tipo de instancias (farmacia, partera) con un riesgo 261 veces mayor, y las que asisten a otra institución pública como la Secretaría de salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) con un riesgo 220 veces mayor respecto a las quienes asisten al sector privado.

El indicador de violencia doméstica fue relacionado positiva y significativamente con el riesgo de padecer cáncer cervicouterino, siendo la probabilidad 30% mayor por cada expresión de violencia a la que esté expuesta la mujer, en una escala de 0 a 7, siendo 0 ninguna expresión de violencia y 7 la máxima expresión (gritos, ofensas, amenazas, golpes, golpes con objeto, con arma corto punzante y con arma de fuego). Asimismo, se encontró que por cada punto en una escala del 4 al 12 en el índice de poder de decisión, el riesgo de padecer cáncer cervicouterino aumenta en 14%.

Cuadro 4. Determinantes sociodemográficos, acceso a los servicios de salud y autonomía que determinan el cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas, ENSAR de 2003.

Variables	B	OR (IC 95%)		
		OR	Inferior	Superior
<i>Estrato</i>				
Urbano	...	1.00	....	....
Rural	0.25	1.29	1.27	1.31
<i>Grupos de edad</i>				
15 – 25	....	1.00	....	....
26 – 29	0.29	1.33	1.30	1.36
30 – 34	0.64	1.90	1.86	1.94
35 – 39	0.36	1.43	1.40	1.46
40 – 44	1.20	3.34	3.27	3.41
45 – 49	1.48	4.39	4.29	4.49
<i>Grado de escolaridad</i>				
Ninguna	0.77	2.17	2.08	2.26
Primaria	....	1.00	....	....
Secundaria	1.05	2.85	2.73	2.98
Preparatoria	1.56	4.75	4.54	4.96
Superior	1.50	4.48	4.27	4.69
<i>Derechohabiencia</i>				
Ninguna	4.57	96.65	65.00	143.70
IMSS	4.04	56.97	38.31	84.70
ISSSTE	3.72	41.35	27.80	61.51
Otro público	5.39	220.06	147.89	327.45
Privado	....	1.00	....	....
Otro tipo de inst.	5.56	261.11	175.38	388.75
Violencia	0.26	1.30	1.29	1.30
Poder de decisión	0.13	1.14	1.13	1.14
N	6651			
R Cuadrada	0.11			

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la ENSAR2003

Todos los datos con un Valor $P \leq 0.01$

Nota: IC = Intervalo de confianza

En resumen, el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es menor en mujeres jóvenes, urbanas, con educación primaria, con atención en los servicios privados; es decir, que no son derechohabientes de ningún servicio de salud y tienen capacidad de pago, sin exposición a violencia doméstica y con un alto poder de decisión.

CAPÍTULO IV

La construcción de la autonomía femenina

En este capítulo se expondrán algunas de las dimensiones de género que determinan la construcción de la autonomía y les impiden a algunas mujeres incursionar activamente en la medicina preventiva.

Pese a los notables avances científicos en torno a la detección y prevención del cáncer cervicouterino, y al reciente vínculo establecido entre éste y un virus de transmisión sexual, como lo es el VPH, encontramos que los prejuicios, temores y tabúes en torno al cuerpo de las mujeres y su sexualidad continúan siendo una causa importante para que un amplio sector de la población femenina no asista a una revisión médica periódica que permita detectar la existencia de alguna infección o displasia. Esta negativa frente a los programas de detección temprana suele ser vista por quienes prestan los servicios de salud como consecuencia de la desidia o la falta de información e “ignorancia” que atribuyen a la población de bajos recursos. Estos aspectos resultan insuficientes a la hora de comprender los complejos factores sociales que inciden en el hecho de que algunas mujeres no asistan oportunamente a la atención ginecológica.

Como argumento central, sostenemos que el mencionado rechazo no es simplemente desidia; más bien, obedece a la forma como el entorno cultural contribuye a la visión que tienen las mujeres de sí mismas y a la construcción de su autonomía. Es decir, el orden social de género, mediado por el entorno familiar y comunitario, determina los deberes y el radio de acción de la mujer, como la libertad de movimiento y la posibilidad de tomar decisiones.

De tal manera, en este capítulo pretendemos profundizar en el análisis de las características sociales y culturales de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas, con el fin de identificar los aspectos que estructuran y determinan la construcción de la autonomía femenina en sus contextos específicos, poniendo énfasis en el orden de género que expresan las narrativas.

Para abordar el trasfondo social de las entrevistadas se resaltarán la forma como cada contexto familiar impuso una serie de ideas y valores en torno al “deber ser” de la mujer. Es decir, con base en las narraciones de las entrevistadas sobre su historia de vida, se mostrará cómo se definieron en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, unión) los actos y comportamientos permitidos y las prohibiciones, el tipo de actividades que debían llevar a cabo,

las decisiones que podían tomar, las formas de sujeción a la autoridad familiar y los mecanismos de represión o castigo a los que se vieron expuestas.

Para incursionar en la temática sugerida tomaremos como eje fundamental las historias de vida que las entrevistadas compartieron con nosotros y sus recuerdos acerca de las experiencias que fueron significativas a lo largo de su vida. Una vez analizadas las entrevistas, se hicieron evidentes tres factores que resultaron determinantes en su historia de vida y que permitieron estructurar su noción de autonomía. En primer lugar, las entrevistas señalaron la niñez y la adolescencia como las etapas en las que se sentaron las bases sociales, simbólicas y conductuales que sirvieron de referentes en su contexto social específico y en su trayectoria de vida. Un segundo momento para la construcción de la autonomía fue el inicio de una relación de pareja la cual aparentemente posibilitó una vida fuera de aquel núcleo familiar en el que se habían sentado las bases de la autonomía. No obstante, con el tiempo terminó por convertirse en un espacio donde también se establecían controles por parte del cónyuge y de su familia.

El tercer aspecto que incidió en la construcción de la autonomía fue la violencia intrafamiliar que vivieron muchas de las entrevistadas. El aspecto que aquí desarrollaremos en torno a la violencia está relacionado con la dimensión simbólica de la misma, es decir, cómo las formas específicas de agresión se tradujeron en nociones y referentes importantes en la construcción de la autonomía femenina.

El análisis de estos tres aspectos nos permitirá comprender por qué en un momento dado ellas optaron por descuidar su cuerpo y la salud, factor que las pudo haber llevado a no hacer uso de la medicina preventiva. El grupo de entrevistadas no fue homogéneo, algunas de ellas provenían de áreas rurales mientras que otras vivían en espacios urbanos; el nivel de escolaridad es diferente entre ellas, aunque con un nivel bajo no mayor a primaria en promedio, y la experiencia de vida variaba de acuerdo con la edad que tenían al momento de la entrevista. Esas diferencias nos llevan a tomar en cuenta algunas variables demográficas para comprender sus visiones sobre el cáncer cervicouterino. Así, consideramos el carácter rural o urbano de sus espacios de socialización, su escolaridad y su generación.

Analizaremos dos grandes momentos en la vida de las entrevistadas: antes y después de abandonar la familia de origen. Este paso es significativo para trazar las continuidades que se dieron en el ámbito de la autonomía, ya que, como veremos, hay una fuerte tendencia a reproducir los modelos familiares. Con los anteriores referentes, analizaremos los tres campos

temáticos en los que se hacen evidentes las experiencias que funcionaron como ejes estructurantes de la autonomía de las entrevistadas: la infancia, las relaciones de pareja y la violencia intrafamiliar.

4.1. Construcción de la autonomía en la familia de origen

La construcción de la autonomía en los individuos se lleva a cabo a través de su trayectoria de vida, de las experiencias aprendidas y de las relaciones sociales que se construyen con su entorno en diferentes niveles: el afectivo, familiar y laboral, entre otros. Uno de los primeros espacios que servirá de marco y será decisivo en las orientaciones subjetivas y en la capacidad de discernimiento de los deseos y los intereses y en la elección de las mejores acciones para concretar dichas elecciones es la familia de origen. Definida como el ámbito social y cultural privado, como el espacio primario de pertenencia, conformada por conjuntos de relaciones, autoridades y territorios (Lagarde, 2005:371).

En este sentido, la familia de origen fue significativa en los juegos, en las restricciones que tuvieron las entrevistadas en su infancia y adolescencia para socializar, construir amistades, salir a fiestas o tener novio y fueron factores que contribuyeron a definir la noción que cada una tendría acerca de su propia autonomía, pues se determinaban como espacios donde ellas podían tomar decisiones (Sai y Nassim, 1989). De esta manera, qué hacer en el tiempo libre, asistir a la escuela, incursionar en el ámbito laboral o quedarse en casa haciendo trabajo doméstico, elegir o no a la pareja, tener relaciones sexuales, tener hijos y usar anticonceptivos, entre otros, son aspectos a través de los cuales se puede identificar la autonomía femenina.

Por lo tanto, vamos a explorar la forma como las entrevistadas crecieron, para dilucidar si lo hicieron en un marco restrictivo en el que su capacidad de decisión fue limitada en distintos niveles, o si fueron educadas paulatinamente en la posibilidad de tomar algunas decisiones. Así, las entrevistas nos arrojan información para entender por qué la vida sexual de la mujer y los parámetros en cuanto a su salud y reproducción estuvieron mediados por las decisiones tomadas por otros, ya fuese por el esposo o por los padres, o por restricciones del entorno social y cultural.

4.1.1. Niñas encerradas y aisladas

La mayoría de las entrevistadas señalaron que su infancia y adolescencia estuvo marcada por el control de la autoridad familiar: padre, hermanos o tíos; y sus posibilidades de socialización y recreación fueron muy limitadas. Afirmaron que durante su niñez no les era permitido salir a jugar con amigas de su misma edad y en la adolescencia se les impedía asistir a bailes y eventos sociales, incluso algunas mencionaban que ni siquiera habían tenido amigas, ya que su familia les prohibía salir de la casa o incluso jugar con los vecinos. Una de ellas comentaba:

No, casi no salía, así por ejemplo, ni sé bailar, ni sé bailar,..Mi mamá,.. O sea nada, no nos dejaba salir (Teresa, 28 años, urbana, primaria)

Ocurría lo mismo con la posibilidad de tener un noviazgo, al respecto Amalia señalaba que:

Nos trataron con mucho rigor, siempre, siempre, nada de novios, nada de salir con amigas, amigos, siempre fue muy especial mi papá, mi mamá y este... no estoy acostumbrada a tener amigas... (Amalia, 39 años, rural, secundaria)

Este hecho se encuentra asociado a las creencias sobre el rol de las mujeres y su adscripción exclusiva al espacio doméstico. En efecto, culturalmente en el espacio familiar los padres ejercen un control sobre sus hijos y principalmente con sus hijas respondiendo a la construcción de género socialmente establecida. Por ello, algunos padres limitan a sus hijas en la posibilidad de tener espacios propios en los cuales puedan tomar sus propias decisiones. Esta determinación se funda en la consideración de que las necesidades de sus hijas menores son completamente satisfechas en el seno del hogar y, para ello, acuden a señalarles los peligros que acechan a aquellas mujeres que trascienden el espacio doméstico, es decir, se construye un discurso donde todo lo externo al hogar es nocivo, inmoral y peligroso. Bajo la premisa de que las mujeres en el espacio público están fuera del control en una noción de protección.

Así, desde la infancia se les inculca a las niñas la idea de vulnerabilidad e incapacidad para hacer frente a los riesgos externos. Muchas de las entrevistadas crecieron en la zona rural, y en su mayoría nunca pudieron socializar con otros niños o niñas de su edad:

“Vivimos en un cerro y ahí nos la pasábamos, ahí vivimos entonces, casi no salíamos de la casa, era un cerro donde vivíamos” (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

En los relatos, algunas afirmaron que al habitar en zonas alejadas no contaron con la posibilidad de interactuar con otras personas o por falta de tiempo nunca pudieron socializar en su infancia o adolescencia. Es decir, tenían que ayudar a sus madres en las labores del hogar, encargarse del cuidado y crianza de los hermanos menores o en el cuidado de animales. Según una de las entrevistadas:

“Todos teníamos una obligación en casa, hasta grandes en casa” (Violeta, 44 años, urbana, primaria y técnicos).

Todas concuerdan en que tenían que “hacer tortillas [...] arreglar la casa, barrer, trapear, tender camas, o sea, era lo que tenía yo que ayudar” (Florencia, 44 años, urbana, primaria y técnicos).

Aunque algunas de ellas manejaban su cotidianidad entre la escuela y el trabajo doméstico, este último se convirtió en un inexorable destino. Podían ir a la escuela para aprender lo básico (leer, escribir, sumar y restar), pero se les inculcaba que su futuro se hallaba en el desempeño de las labores en el hogar, para lo cual debían prepararse desde la infancia y practicarlas en el hogar de origen. Elvira ofreció el siguiente comentario:

La cosa es que allá en el pueblo como sea terminé la primaria y después le dijo [mi papá] a mi mamá “enseñala a hacer el quehacer, que muele el nixtamal, que muele lo otro” y esa fue la vida mía de estar en casa. Salir, si salíamos al jardincito, iba al chorro con mis hermanos atrás y las hermanas atrás y los papás atrás. Sentarnos en una banquita a comer cacahuatitos o a comer cañitas. Esa fue mi vida... (Elvira, 73 años, urbana, primaria)

No había posibilidad de transformar estas concepciones. Ellas estaban destinadas al espacio doméstico. No obstante, algunas de las entrevistadas afirmaron que les daban permiso para salir siempre y cuando lo pidieran, pero antes debían cumplir con las tareas impuestas por sus padres. Además, no podían salir solas, siempre debían ir acompañadas por sus hermanos o hermanas, mayores o menores, a quienes se les encargaba su vigilancia. Este es un fenómeno interesante, ya que refleja los patrones de educación imperantes en algunas familias donde los hijos e hijas no sólo son controlados, sino que además se les infunde la importancia de controlar a los demás miembros del hogar, principalmente a las mujeres. Así, se constituye un control

fuerte, ya que cada uno de los miembros ejerce vigilancia. Lejos de una visión de creación y formación de la autonomía, se reforzó la idea de las mujeres sometidas a la autoridad patriarcal, así como a la función social del ser para otros y no para sí mismas.

Por otra parte, aquéllas mujeres que tanto en la infancia como en la adolescencia se les permitió salir con personas ajenas a la familia, siempre estuvieron condicionadas en dos aspectos. El primero, cumplir con sus tareas domésticas; es decir, el goce del tiempo libre no era un derecho sino el premio por efectuar los deberes impuestos. Y en segundo lugar, en ocasiones el permiso era concedido por la intervención de un tercero en quien la familia confiaba la responsabilidad de su hija.

En ese tiempo a mi mamá iban a pedirle permiso las muchachas “que vamos... que tenían una fiesta en su casa”, iban a pedirme las muchachas, que fuera a bailar, fueron a pedirle permiso a mi mamá y mi mamá me llevo al baile (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta)

Violeta de 44 años manifestó que los permisos se tenían que pedir siempre pero tenían fuertes limitaciones:

Siempre tenía que pedir permiso hasta que me casé, porque uno se acostumbraba a pedir permiso y si no nos daban pues no y ya que, por ejemplo, antes de los 18 años, nada más a excursiones o a fiestas con amigas, pero tenía que decir de donde era la amiga y donde iba a estar, y así a excursiones, pero nunca a amanecer, eran de ida y vuelta. (Violeta, 44 años, urbana, primaria y técnicos)

Según Violeta, siempre tenía que pedir permisos “hasta que se casó”, es decir, es claro que antes de su matrimonio ella no había tomado decisiones acerca de qué hacer en su tiempo libre; por consiguiente, antes de salir del seno familiar, ella no tuvo la capacidad para tomar sus propias decisiones respecto al uso del tiempo. Esto nos hace reflexionar sobre que existe una relación directa entre el patrón educativo y de vigilancia impuesto en la familia, y la reproducción de ese mismo patrón en las relaciones de pareja que construyen algunas mujeres. Normativas que perpetúan la imposibilidad de algunas mujeres para ejercer su autonomía en las diferentes esferas de la vida.

En muchas de las familias de las entrevistadas otra forma de ejercer el control hacia sus hijas era mediante el castigo. Incluso la prohibición de las salidas o los permisos era una forma de reprimir la insubordinación a las condiciones impuestas.

Había un horario y había que respetarlo pero si no lo respetábamos, claro si había regaño (...) Pues no nos dejaban salir otra vez, por algún motivo, bueno que nos dieran permiso de salir con una amiguita y no llegábamos, pues simplemente no nos dejaban salir otra vez. (Janet, 30 años, urbana, secundaria).

Sí, nos daban permiso para salir a jugar y cuando nos castigaban a veces nos daban unas nalgadas. (Florentina, 39 años, rural, secundaria)

No..., pues ya después cuando queríamos volver a salir, ya no nos daban permiso. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria)

De acuerdo con estas formas de control impuestas, llama la atención que algunas manifestaron que “no les gustaba mucho salir” o “no les llamaba mucho la atención”. Había un punto en el que las restricciones eran tan fuertes y frecuentes, que las niñas ni siquiera se planteaban la posibilidad de que las cosas fueran de otra manera. Esta actitud se puede asociar con la resistencia que generan los individuos frente a ciertas barreras impuestas, esto es, formas de resistencia inconscientes a partir de las cuales se tiende a disminuir la expectativa sobre la acción al punto de perder por completo el interés. Esto termina por no afectarlas, así que en el caso de estas mujeres, optaron porque no les afectaba si podían salir o no, sin arriesgarse al daño o desilusión de no poderlo hacer. Es decir, es un momento en el que la normatividad cotidiana alcanza dimensiones tales que a través del proceso pedagógico se instalan en lo inconsciente, no como una forma del “deber ser” sino como una realidad. Así, estamos hablando de la imposición de formas de control que se justifican en sí mismas. Este es un fenómeno bastante interesante, ya que nos habla de la manera como se introyecta una relación de poder. En términos de Michael Foucault (2002), son mecanismos de control social eficaces, que no necesariamente implican el control directo de un agente, sino hacer de cada sujeto el guardián de sí mismo. Por ello, lo que aquí aparece de forma evidente es la introyección de cierta percepción de domesticidad donde las mujeres asumen de forma “natural” la normatividad familiar y su reclusión al espacio doméstico, dado que así deben ser las cosas y no es posible transformar esa realidad convertida en un destino.

Sí me dejaban y esto pero... la verdad no fui así que me llamara la atención [...] (Sara, 46 años, urbana, primaria incompleta)

No pues sí salíamos a jugar todos así en bola, cuando todos estábamos niños... pero ya de los 14 a 15 años, ya no, ni andar en la calle en la noche, ni ir a bailes ni nada... (María, 44 años, rural, primaria).

La mayoría de las mujeres no cuestionaron la necesidad de tener libertad para salir de la casa, ir a bailes, o tener amigas, pero, no escondieron la tristeza que les causaba el no haber experimentado tener un poco de libertad.

No, no, yo nunca tuve eso... cómo le dijera, esa posibilidad, así de... sentirme libre. (Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta) (Subrayado propio).

No,... yo pase una niñez muy triste. (Rosalinda, 44 años, rural, primaria incompleta)

A pesar del fuerte control familiar, las entrevistadas señalaron que en su niñez buscaron formas alternativas para atenuar tantas prohibiciones, formas que no entraban en contradicción con la autoridad patriarcal. Se pueden considerar como mecanismos de “resistencia simbólica”, ya que eran pequeños dispositivos cotidianos para eludir la imperiosa autoridad. Este aspecto es significativo si se tiene en cuenta que tales acciones contribuían a la construcción de su autonomía o bien reforzaban su sujeción a los mandatos genéricos. Algunas de ellas nos relataban eventos como:

A veces sí teníamos permiso, cuando no estaban, o sea nos escapábamos, permiso pues en sí no... ¡Nos escapábamos! (Lucina, 44 años, rural, primaria incompleta)

Mi papá es campesino, hasta la fecha es campesino y mi mamá tiene una pequeña tienda de abarrotes, entonces casi nunca estuvo muy pendiente de nosotros, [...] pero ni mi papá tampoco porque siempre se iba al campo, siempre estaba allá y siempre estábamos así nada más, no nos dejaba salir, porque no [...] si nos escapábamos, sí nos pegaban porque nos escapábamos con nuestros compañeros, sí nos pegaban, pero no, todo normal, como cualquier otros niños. (Amalia, 39 años, rural, secundaria)

Estas relaciones muestran cómo durante la infancia y en ocasiones más tarde aun, las mujeres son preparadas social y culturalmente para el hogar y la maternidad como eje de su condición genérica. Un conjunto muy complejo de relaciones, de prácticas de vida, de instituciones, de control y de castigos se articulan para construir el contenido genérico sobre ese cuerpo sexuado. La familia, la comunidad, la educación y la religiosidad se encargan de conformar y reproducir los roles de género.

4.1.2. Formas de socializar al margen del control familiar

4.1.2.1 La escuela: una ruta posible hacia la libertad

Una de las primeras opciones que tuvieron las mujeres para salir de casa y socializar fue la escuela. La mayoría de las entrevistadas asistieron a ésta, aunque su permanencia fue bastante corta; sólo cuatro de ellas no tuvieron esta posibilidad. Quienes no asistieron a la escuela, en la actualidad cuentan con más de 40 años de edad y vivieron su infancia en zonas rurales, aunque posteriormente migraron a la ciudad. Las razones por las que no asistieron a la escuela radican en que debían responsabilizarse de buena parte de las tareas domésticas, colaborar en el cuidado de los hermanos menores y ayudarles a sus padres en actividades como la agricultura y la cría de animales.

No, no fui [a la escuela], mi mamá tenía que trabajar y yo cuidaba a mis hermanos los más chiquitos. (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad)

No, no me mandaron a la escuela, porque pues...en ese tiempo pues ahí había escuela, pero mi papá tenía animales, tenía reses, entonces me mandaban a cuidar los animales en el campo. (María, 56 años, rural, sin escolaridad)

Este fenómeno muestra cómo en algunas zonas rurales, los hijos y las hijas desde la infancia comienzan a formar parte del aparato de producción como estrategia de subsistencia del grupo familiar, una práctica recurrente que parte de la noción de considerar que la educación y la socialización escolar no son importantes en la vida de ellas como la educación y la socialización en las tareas domésticas y de cuidado de otros.

De las entrevistadas que crecieron en el campo, la mayoría sólo cursaron hasta 4to de primaria, en promedio. Un hecho notable es que cuando se les preguntaba hasta qué grado habían estudiado, la respuesta casi siempre fue acompañada de expresiones repetitivas como “nada más hasta...” o “no más hasta...”. Estas respuestas denotan cierto grado de frustración ya que, en su mayoría, manifestaron que abandonar la escuela fue en contra de sus deseos. Entonces, ¿por qué dejaron de estudiar? Las circunstancias de la deserción escolar se relacionan con la pobreza vivida en la niñez y con las relaciones sociales de género, es decir, con las concepciones de la comunidad sobre la importancia de ir a la escuela para superarse de manera individual en el caso de las mujeres.

Las diferencias en los indicadores demográficos entre las mujeres con baja y alta escolaridad sugieren que el hecho de que se limite la posibilidad de asistir a la escuela genera una ruptura en la construcción de su autonomía, pues al no incorporarse a otros espacios, ni contar con una educación adecuada, las mujeres crecen con los valores dados en la familia y terminan por reproducir el orden de género establecido.

Algunas de las razones más importantes por las que estas mujeres abandonaron la escuela fueron: la pobreza familiar, el exceso de trabajo doméstico que tenían las jóvenes, la falta de apoyo familiar, la identidad de género, la precaria infraestructura educativa en el área rural, la inserción en el mundo laboral o el establecer una unión.

Pobreza familiar

La mayoría de las entrevistadas expresaron que dejaron de estudiar por problemas económicos en la familia. En algunos casos, como había muchos hijos que educar se les daba pocos años de estudio y, cuando estaban en edad de trabajar, se les retiraba para que ayudaran con las labores del hogar. En otros casos, las hijas fueron obligadas a salir a trabajar para contribuir con los gastos de la familia, pero siempre vigiladas por la autoridad paterna.

Me puse a trabajar, me vine para acá para México de sirvienta [...] Yo quería seguir estudiando, pero ya no pudieron darme, ya no tenían las posibilidades de que yo siguiera estudiando. (Florentina, 39 años, rural, secundaria)

Por otra parte, la situación también estaba asociada a la posición en el orden del nacimiento, ya que las hijas mayores eran las que menos educación recibían dadas las múltiples labores que debían desempeñar, principalmente al tener que encargarse de la crianza de los hermanos menores. En algunas ocasiones los hijos menores tenían oportunidad de estudiar un poco más ayudados por los hijos mayores. Así se muestra en los siguientes relatos:

Por que éramos muchos y mi papá dijo que no podía darnos a todos, casi la mayoría de las grandes tenemos nada más la pura primaria. (Carmen, 44 años, rural, primaria)

Si estudié, pero ya que estuvimos así grandes, ya nos pusimos a trabajar para ayudarle a mi mamá y así yo y otra hermana. (Angelina, 47 años, urbana, sin escolaridad)

Por que no teníamos muchas posibilidades de que yo estuviera estudiando, mis padres fueron muy pobres y por eso ya no me dejaron estudiar, por que ya no podían seguirme sosteniendo. Yo sí quería estudiar, pero pues no. (Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta)

Exceso de trabajo doméstico.

Varias de las entrevistadas coincidieron en que habían abandonado la escuela voluntariamente debido a que tenían la obligación de ayudarle a la madre en los quehaceres domésticos. De manera que resultaba bastante pesado tener que cumplir, al mismo tiempo, con las clases, las tareas escolares y los múltiples oficios del hogar. Frente a sus múltiples tareas, muchas de ellas decidieron abandonar la escuela. Por consiguiente, es de destacar que sentían impuesto (interiorizado, incorporado) un orden de prioridades, donde el trabajo doméstico era considerado como lo más importante para ellas.

Yo iba a la escuela y tenía que llegar a lavar los trastes y a barrer y entonces yo le decía a mi mamá, ya no me apuntes a la escuela, le dije: "yo ya no quiero ir a la escuela, yo quiero ayudarle a hacer el quehacer". Es que yo no me sentía bien ir a la escuela y llegar a hacer el quehacer. (Rosalinda, 44 años, rural, primaria incompleta)

Falta de apoyo familiar

Otro aspecto que motivó la deserción escolar fue la falta de apoyo por parte de la familia. Por esta razón, cuando los padres no se interesaban en el rendimiento académico, ellas perdían el interés en estudiar. Este hecho solía presentarse en aquellos casos en los que la madre había fallecido o cuando los padres trabajaban todo el día y los hijos se quedaban a cargo de los abuelos.

Porque aunque estudiara, nadie iba a preguntar a la escuela, nada y como que no le interesaba ni que yo estudiara y somos siete de familia, y yo me salí. [¿Y que dijo su papá?] Pues nada, mi papá no dijo nada, ni siquiera fue a preguntar, ni nada, nada (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta)

Porque fíjese que después de que se murió mi mamá, ya no... pues no había quién viera por mis hermanos. Yo me fui a un pueblo, Cuetzalan, fui a cortar café todo eso. [...] No me exigía mi papá que estudiara, por ese motivo dejé de estudiar y lo otro que no me gustaba estudiar. (María, 64 años, urbana, primaria incompleta)

Desde chica ellos [los padres] se vinieron para acá a México, a mi me dejaron como a los seis años y ellos se vinieron para acá y yo me quedaba con mi abuelita y pues ya no me mandaban a la escuela por lo mismo, de que mis papás se iban a trabajar para acá y mi abuelita a veces nos mandaba y a veces no nos mandaba. Luego nos regañaba mucho para ir a cortar comida para los animales [...] y por esto no estudié. (Carmen, 44 años, rural, primaria)

Identidad de género

La deserción escolar también estuvo influida por los roles de género impuestos socialmente. De acuerdo con esto, algunos padres consideraban que los hombres tenían prioridad en la educación, porque darle educación a una mujer era una “mala inversión”, pues se tendía a considerar que finalmente la escuela no le serviría mucho a las mujeres para cumplir con “su destino”, ya que al casarse se dedicarían exclusivamente al hogar, las mantendría su marido y la educación perdería todo su sentido.

Por que mi mamá decía que nada más las mujeres, este... que nada más los hombres deberían estudiar, que la mujeres en casa, que por que se casaban y las mantenía el marido, esa es su ideología de ella, de antes. (Florencia, 44 años, urbana, primaria y técnicos)

Bajo esta lógica de mantener a las mujeres recluidas en los espacios domésticos hubo padres que se esforzaron por tener a sus hijas aisladas de los hombres, con el ánimo de "cuidarlas". Por lo tanto, algunas no regresaron a la escuela porque los padres consideraban nociva y hasta peligrosa la presencia cercana de varones. Por un lado, se expresaba el temor a la influencia que les generaría una socialización que subvirtiera el rol femenino tradicional; y por el otro, la cercanía con jóvenes de su edad se convertía en un riesgo para acceder tempranamente al ejercicio de la sexualidad y al embarazo.

Estos temores se fundan en la noción de que la mujer soltera debe ser virgen, por eso la apreciación sobre su socialización es negativa. Si una mujer soltera queda en embarazo, se dice que fracasó y eso define su existencia en torno a la maternidad en soledad y a la soltería, porque en muchos casos no concluyen en la constitución de la familia (Lagarde, 2005: 416).

Entonces este.., ya ve en el campo no más crece uno, ahí de los 10 años y ya no lo dejan a uno en la escuela, porque ya anda uno ahí... que con los chamacos. Entonces mi papá me sacó, la verdad. (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Pues precisamente, porque antes los papás de uno no querían que una ni se asomara ni a la puerta, porque la veían los hombres. Mi papá no nos dejó jugar con mis hermanos, las mujeres por un lado y los hombres por otro. Una cosa extremadamente tremenda verdad, pero así era él. (Elvira, 73 años, urbana, primaria)

Esta consideración familiar se fundamenta en la concepción genérica que se tiene de las mujeres como vulnerables, poco inteligentes, dependientes, sumisas, débiles, dedicadas a la

asistencia y el consuelo, y necesitadas de protección y de alabanza. No como sujetos sino objetos del deseo sexual de los hombres y fuerza de trabajo al servicio de los hombres de la familia (Cazés, 1998).

Precaria infraestructura educativa

Otra de las razones por las que algunas mujeres abandonaron la escuela tuvo que ver con el limitado acceso a la educación. Para muchas de ellas, las escuelas en las zonas marginales donde crecieron solían carecer de los elementos básicos (recursos materiales y humanos); la escasez de docentes y la falta de infraestructura adecuada en muchas zonas sólo permitían ofrecer los primeros años de educación primaria. Otras argumentaban que debían desplazarse largas distancias para llegar a la escuela; y hubo otras que no encontraron cupo para poder continuar con sus estudios.

Por que en primer lugar allá en el pueblo no habían maestros que enseñaran más grados, más que el segundo año. ...cómo le digo mi mamacita que apenas sí ganaba para comer (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta)

Porque nada más ahí daban clases, ya no había más grados que hubiera, nada más hasta ahí, si quería uno ir tenía que repetir tercero de nuevo porque ya no daban nada más, la comunidad es chica y nada más nos daban hasta tercero (Alicia, 48 años, rural, primaria incompleta)

Estos aspectos limitaron significativamente el alcance del nivel educativo al que llegaron las mujeres y, por lo tanto, limitaron el acceso a información orientada a la construcción del proceso de autonomía.

Según el abordaje que hemos hecho en torno a la deserción escolar, podemos considerar que la escuela, más allá de ser un espacio para adquirir conocimientos, es una posibilidad de socialización al margen del control familiar. Es decir, la educación es un medio por el cual el individuo comienza a construir sus relaciones con el entorno y a través del cual obtiene más elementos para la toma de decisiones en su vida. La imposibilidad de asistir a la escuela y sus repercusiones en la vida social, no necesariamente implica que la falta de conocimientos haya sido una de las causas por las cuales se limitó necesariamente la construcción de su autonomía, pero si le ofrece opciones para guiar el camino hacia un mejor proyecto de vida.

En este sentido, la socialización en la escuela es igualmente importante para la salud, dado que en ella se logra acceder a información sobre prevención de enfermedades o a los

servicios de salud, que pueden ser importantes a la hora de construir una cultura de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades.

Después de un balance general de las entrevistas realizadas, considero que la gran mayoría de las mujeres recibió menos educación de la que ellas hubiesen deseado. Aspectos de diversa índole se conjugaron a la hora de optar por abandonar la escuela y la cotidianidad que ella implicaba para dedicarse a labores domésticas. Factores como la precariedad de la infraestructura educativa, así como la pobreza y los múltiples trabajos domésticos y del campo fueron aspectos que les impidieron tener un mayor nivel escolar que a la larga hubiera contribuido a adquirir una conciencia sobre la importancia del mayor cuidado de su salud y de su cuerpo. A estos aspectos contribuyeron las construcciones sociales de género que recluyen a las mujeres en los espacios domésticos.

4.1.2.2. Incursión en el mundo laboral

La mayoría de las mujeres dejaron de estudiar por comenzar a trabajar, y por las dificultades económicas de la familia; la ausencia de la cobertura de las necesidades básicas de las mujeres en el seno del hogar generó un paso obligado en éstas entre la escuela y el trabajo; una vez que las mujeres lograban tener una edad mínima para trabajar y sentían que tenían los conocimientos básicos que les da la escuela para la vida abandonaban la escuela y se insertaban en el mundo laboral.

Dejé la escuela y me metí a trabajar en una casa, de 13 años, allí trabajé hasta que me casé, en esa casa (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta)

Para algunas, comenzar a trabajar significó explorar por primera vez su vida fuera del espacio doméstico. El hecho de salir de la casa con el único fin de conseguir recursos adicionales, justificaba totalmente dejar la escuela, y así el trabajo se convertía en una forma de escape al control del hogar, ya que abría la posibilidad de establecer nuevas relaciones sociales.

Sí salía, pero yo fui así como siempre de la casa, no me gustaba mucho andar en la calle, hasta que ya, cuando ya empecé a trabajar, pues ya salía yo, ya me salía yo, iba al cine, al centro. (Susana, 45 años, urbana, primaria)

Bueno en ese tiempo ya trabajábamos [...] Como que ya estaba un poquito mejorada económicamente la familia y ya mi mamá nos dio un poquito más de libertad y ya asistía yo a los bailes y esto... (Laura, 32 años, urbana, preparatoria)

Por consiguiente, encontramos una relación entre control físico y control económico. Es decir, las mujeres son más controladas en tanto se mantengan como dependientes económicos; no obstante, en muchos casos la posibilidad de allegar recursos al seno del hogar no fue garantía de libertad, sino una responsabilidad más con la familia.

4.1.2.3. El noviazgo y el control familiar

El noviazgo es una etapa que reviste singular interés, ya que implica establecer una relación afectiva con un individuo externo al ámbito familiar. Lo interesante es que los patrones que regulan la forma como se establece esa relación suelen estar determinados por el trasfondo social en el que están inmersas las mujeres. Por ello, si bien el noviazgo puede haber sido el inicio de una nueva etapa en la vida de las entrevistadas fue la continuación de un camino recorrido desde la infancia. Es decir, los patrones que regulaban las relaciones de poder en las que se hallaban insertas en su hogar, funcionaron como reguladores de la nueva relación de pareja que establecieron.

En términos generales, la mayoría de las entrevistadas tuvieron su primer novio entre los 16 y 18 años de edad. Algunas comenzaron más jóvenes, siendo la edad más temprana a los 13 años, otras lo hicieron después de los 18. Por otra parte, los relatos sobre los primeros noviazgos están atravesados por prohibiciones y castigos. Esto señala una evidente paradoja que se teje en el seno doméstico: si bien se considera como ideal que las mujeres se casen y tengan hijos, el cortejo, que se supone es el momento inicial de dicho ideal, es el momento de mayor conflictividad. A muchas de ellas desde temprana edad les tenían prohibido el contacto con hombres; fenómeno que fue generando una fuerte tensión al interior del hogar, ya que la preocupación por mantenerlas circunscritas al espacio doméstico, genera un rechazo ante cualquier cambio que ponga en riesgo el control.

En algunos casos, si la familia advertía que ellas conversaban con un joven o que éste las cortejaba, los padres o hermanos se enojaban, eran regañadas e incluso en algunos casos llegaban

a ser golpeadas. Curiosamente, la mayoría de los relatos afirman que la madre era más represora y castigadora que el padre. Este elemento es significativo, ya que nos revela cómo sus madres, que fueron fuertemente reprimidas en su adolescencia, repitieron el mismo modelo que vivieron con su familia.

Éramos vecinos, mi mamá también se enojaba mucho por que tenía novio, [¿se enteró ella?] Si, (llanto) cuando me casé, no me acompañó y se enojó mucho. Cuando me casé fue muy amargo, no me acompañó (Lucina, 44 años, rural, primaria incompleta)

No, no por que una vez uno de mis hermanos me vio platicando con un muchacho pero no era nada de mí, ni siquiera me había dicho si quería ser su novia o algo y me pegaron [¿Quién le pegó?] Mi mamá por que pensaba que era mi novio...no sé, tenía cuando tenía yo 17 o 18 tenía...no ellos nunca se enteraron...de hecho cuando yo estaba embarazada ellos se dieron cuenta cuando iba a cumplir seis meses. (Teresa, 29 años, rural, secundaria),

No, me pegaba mi mamá, tenía que verla a escondidas, el día que se enteraba que había salido a verla o eso, pues llegaba y me golpeaba, me pegaba (...) Siempre fueron golpes, no nos permitía mamá tener así novios o amistades. (Marisela, 39 años, urbana, secundaria),

Desde esta lógica, las restricciones que tuvieron las mujeres para la elección de sus parejas también influyeron de una u otra forma en la construcción de relaciones de manera autónoma. Algunas mujeres tuvieron permiso para tener novio, a veces de manera restringida y otras con el apoyo de la familia, en estos casos con un interés de la familia por controlar la nueva relación y esperar una unión socialmente aceptada a través del matrimonio (D'Aubeterre, 2003: 255). Por ello, había una normatividad a la que se debían someter los novios:

Pues a veces de acuerdo de acuerdo no, pero este... me tenían que dar permiso y para salir le digo debía salir con ellos, o sea nunca me dejaron salir sola con él, mi hermano el que es primero que yo, era el que siempre salía...íbamos al cine íbamos los tres, íbamos a cualquier parte igual, o que había domingos que queríamos convivir, pues todos y yo con dos de mis hermanos, el mayor y otro de los que están más abajo casados igual y salíamos todos juntos, nunca me dejaron salir sola con él. (Sofía, 35 años, rural, primaria)

Sí me daban, pero muy restringido...así de que fuera a verme a mi casa, casi no me dejaban salir, sí a las fiestas en la secundaria de la mañana no me dejaban ir, mi papá...que por que quién sabe que...pero novio bien, bien a los 15. (Sara, 32 años, urbana, profesional)

Pues a mí hasta los 18...mi hermana sí tuvo su novio pues más...temprano, por que yo desde la secundaria, y fue su único novio y con ese se casó y yo hasta los...17 ya tuve mi primer novio y ya este... [¿Se enteraron en casa?] Se enteraron, por que pues yo les dije y ya este... fue a la casa y ya nos dieron permiso de visitarme. (Violeta, 44 años, urbano, primaria y técnicos)

Las relaciones de noviazgo según las entrevistadas, no fueron muy largas, pero algunas duraban entre un año o dos y, otras más prolongadas no pasaron de cuatro años. En su mayoría afirmaron haber tenido pocos novios, muchas se unieron o casaron con el primer novio, “el único, el primero y el último”. A la hora de comparar la forma como dicho proceso se dio tanto en los espacios rurales, como en los urbanos, encontramos que en ambos casos hay una tendencia al riguroso control por parte de los padres sobre la nueva relación que comenzaba a construir la hija. Sin embargo, es posible detectar un mayor ambiente de vigilancia y férreas normas en los espacios rurales. Esto se puede explicar con base en la noción misma de familia. En las áreas urbanas predomina un modelo de familia nuclear donde los lazos parentales se circunscriben al espacio familiar y privado, mientras que en la zona rural la familia está más integrada a la comunidad, formando una serie de redes sociales muy sólidas. Así, en tanto la familia es más extensa, hay mayores mecanismos de control respecto al comportamiento de las mujeres.

4.2. Construcción y ejercicio de la autonomía en la unión

Las mujeres empiezan a construir su autonomía con las experiencias vividas en su niñez y adolescencia dentro de la familia de origen, pero qué sucede cuando ellas establecen una unión de pareja?, además de que ellas siguen reforzando con nuevas experiencias la construcción de su autonomía, se enfrentan a hacer ejercicio de esa autonomía al tomar algunas decisiones sobre la forma y el espacio en el que van a desarrollar esa nueva etapa de sus vidas. ¿Pero, realmente ellas pudieron controlar este paso?

4.2.1 ¿Para qué casarse?

Después de las dificultades y las restricciones para tener un novio, la mayoría de las entrevistadas comenzaron su vida conyugal en unión libre, es decir “se juntaron” o “se fueron a vivir con su novio”. Este hecho estaba mediado por una serie de procesos culturales de género que determinaban la forma de la relación. Si bien, la norma estipula que la familia del novio debe “pedir a la novia”, en la realidad este ideal no se cumplió a cabalidad en la mayoría de los casos. Por ejemplo, hubo hijas cuya familia no aceptó su compromiso, en tales circunstancias optaron

por fugarse con el prometido y, paradójicamente, una vez consumada la relación, las familias no se oponían al matrimonio, ya que era fundamental el tema del honor del grupo familiar (D'Aubeterre, 2003: 249-264).

Pues sí, nos fuimos, le digo a usted, así sin permiso, ya cuando vinimos pues nos regañó, porque no me casé con él y ya pues cuando vine se enojaron, y pues ya que podían hacer. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Pero, ¿cuáles fueron los motivos que llevaron a que estas mujeres salieran de su hogar e iniciaran una relación de pareja? Los motivos se encuentran en el orden social de género que oprime a las jovencitas en el hogar de origen y las presiona a encontrar con prontitud una protección masculina. A continuación expondremos algunos de los motivos que llevaron a las mujeres a dejar su hogar para formar una relación conyugal y las limitadas posibilidades de decidir con autonomía.

Por rapto

No todas las relaciones iniciaron con una decisión propia, ya que existen zonas del país donde continúa siendo parte de la tradición cultural el "rapto"; esto es, que el hombre se lleva a la mujer en contra de su voluntad (Goloubinoff, 2003: 240). No obstante, lo interesante es que a pesar de reconocer estar enamoradas de su "raptor", era preferible seguir con él antes que regresar a casa y sufrir las consecuencias de su fuga.

Pues él me dijo que me prometía casarnos, me pidieron pero no me dieron, [¿no la dieron?] No, le dijeron que se buscara a otra y no a mi, a lo último me llevó a la fuerza. El me prometía muchas cosas, a lo último solito agarró y me llevo [¿usted quería?] Pues no, pues tenía miedo decía yo, a lo mejor mi papá y mi mamá me van a golpear, pero no a lo último, ahora ya después nos casamos. (Irlanda, 39 años, rural, primaria incompleta).

Otra nos relata que después de haber sido raptada, pese a que ella manifestó al hombre no desear estar con él, finalmente terminó aceptando su relación de pareja y aceptarlo con tranquilidad.

Para que iba a querer más mitotes, por eso no hice nada...que iba yo hacer contra un hombre, yo he sido chiquita y el es grande" [¿Se casaron finalmente?] Vivimos juntos, no más un tiempo...o sea que luego nos casamos por el civil, ya vivimos un tiempo juntos y

después nos casamos por la iglesia... Y así hemos vivido siempre pobres pero tranquilos.
(María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta)

Este aspecto es significativo, dado el valor atribuido al honor de la familia expresado en la virginidad de las mujeres. En efecto, parte de las circunstancias por las que muchas mujeres aceptaron a sus raptos están asociadas al significado de la honra, pues si bien en varios casos deseaban salir del yugo paternal, lo cierto es que era más aceptado socialmente asumir la relación de pareja que regresar a su casa con su honor burlado ante la comunidad, atentando contra la norma que regula las relaciones de propiedad de la cual ellas hacen parte.

Por embarazo

Otro factor que desencadenó que varias entrevistadas abandonaran el seno familiar fue el hecho del inminente embarazo. Esta circunstancia establecía para ellas “la obligatoriedad” de una relación de pareja, lo cual aceleraba la salida de la hija del seno familiar.

Él me fue a pedir con mi mamá, pero yo ya estaba embarazada, [¿Su mamá sabía?] No, no sabía, él me fue a pedir, pero ella ya se daba más o menos cuenta yo creo, pero nunca me preguntaba nada, hasta que fuera el muchacho a pedirme y me dijo con razón, si ya hicieron sus gracias por deshonorar a mi hija y ya por ciertamente nos íbamos a casar... y recién nos casamos por el civil nos fuimos a la casa de mi mamá, nos íbamos a casar por la iglesia pero no, como yo ya estaba embarazada... no sé por lo mismo del embarazo. (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta)

Este aspecto se encuentra relacionado con el significado de tener un hijo fuera del matrimonio, de la sanción social de ser madre soltera, con las dificultades que tiene la transformación de la mujer en jefa de familia, y las obligaciones que adquiere para toda la vida. Además, por la visión de que ella queda marcada no sólo por haber sido usada eróticamente, hecho que la pone en condiciones desfavorables para encontrar marido; y por la carga del hijo. De alguna manera, esta concepción era clara para ellas sumada al miedo del repudio y el abandono. De esa manera funciona sobre ellas la desvalorización coercitiva de la sexualidad de las mujeres (Lagarde, 2005: 410).

Por escapar al maltrato familiar

Otro motivo que tuvieron las mujeres para salir de su casa para formar un hogar fue el deseo de terminar con el control y maltrato de su familia. El hecho de vivir con una limitada capacidad de movilidad fue en detrimento de la capacidad de decisión para manejar su propio tiempo o escoger sus amistades, además de la violencia física y psicológica que les infligían sus padres. Esto llegó a un punto tal de tensión, que algunas de ellas optaron por contraer matrimonio como un mecanismo de escape al control familiar, hecho que por otra parte también les obligó a dejar la escuela o el trabajo.

Por que...pues ya quería casarme, bueno según yo, pero ahora que he tomado mis terapias, todo eso, creo que nada más fue por salirme de la casa, porque este...Mi mamá no nos dejaba ir así salir con amigos y eso. Jamás nos permitió meter amigos a la casa, ni amigas o que le dijera yo que iba hacer un trabajo a la casa de alguien, no me lo permitía y yo quería ir a fiestas, estar con mis amigas y no me lo permitía, entonces yo pensé que casándome pues ya iba yo a poder hacer lo que quisiera y todo eso, pero creo que fue peor. (Marisela, 39 años, urbana, secundaria)

Me pegaba mucho mi mamá y me regañaba mucho, no quería que platique con nadie y por eso mejor este me decidí casarme y me fui de mi casa, no le avisé, pero como después mi mamá se enojó, lo demandó y a él lo jalaron a la presidencia, a ver si éramos casados [¿Entonces los hicieron casarse?] Si, no más por lo civil. Es que como yo no me quería ir así no más con él, pero como me trataban mal mejor me fui y luego andaba un señor que tenía 2 hijos y me quería robar ... antes allá en el pueblo robaban las muchachas y en eso de que me roben, mejor me fui con él. (María, 56 años, rural, sin escolaridad)

Como señala María, no sólo las restricciones de movilidad formaban parte del maltrato de su familia, sino la serie de conductas verbales como insultos, gritos, amenazas y censuras y rechazos por parte de su madre, terminaron por orillarla a abandonar su hogar con el deseo de modificar tales situaciones en su vida; sin embargo, en el caso de ella como en el de muchas otras, incursionaron en otro espacio donde se reproducían de manera más radical las expresiones de maltrato, esta vez por parte de su compañero íntimo.

Para evadir el acoso sexual

Hubo casos en los que ellas optaban por salir del hogar movidas por una necesidad de protección y, en otras, porque se vieron expuestas a acosos y abusos sexuales por parte de familiares como padres, hermanos, tíos u otros miembros del hogar:

(...) pues como me dejaba solita mi mamá, ella se venía casi todas las semanas a México prácticamente y ya yo me quede aquí, empezamos a platicar, me iba a ver y así... y después pues fue que, tenía yo un cuñado que quería abusar de mí, el único cuñado que tenía, era el de mi hermana, el quería abusar de mí, entonces antes de que eso sucediera, mejor me entregué a mi novio. (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta)

Es con el que ahorita estoy casada, lo que pasa es que no era mi novio, pero mi papá me encontró con él platicando y nos regañó bien feo y mi marido en ese entonces, mi novio ese día le tuvo miedo por que lo gritó bien feo mi papá y tuvo que ir a mi casa y a la semana ya me estaban pidiendo [¿Por qué los regaña su papá?] Porque yo había ido al molino y traía mi cubetita de masa y mi papá venía y me dijo que era eso que estábamos platicando en la calle que para eso tenía casa yo y entonces le dijo: “te espero a las nueve” y el muchacho dijo que sí y con el me casé y hasta la fecha sigo con él [¿y por qué se casaron?] No, porque, pues.....no puedo decir lo que me pasó, pero fue por un cuñado mío que estuvo en mi casa y luego me salí de mi casa a que me pasara algo en mi casa, mejor prefería que me fuera con el muchacho. (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria)

Este factor nos muestra una compleja contradicción social: pese a vivir en un estado de represión, siendo controlado cada uno de sus movimientos y amistades, estas mujeres se vieron expuestas a peligros mayores en su propio hogar. Víctimas de parientes que viviendo en la misma casa, trataban de abusar de las menores sin que los padres pudieran controlar la situación. Vivían en riesgo de violencia sexual, que a diferencia de este caso, muchas debieron ocultarlo, guardar silencio configurándose como culpables. Quizás para ella, como menor, el impacto emocional no tenía que ver con el parentesco, sino con la violación de la confianza dentro del ámbito donde se supondría más segura: su propio hogar y en quienes confiaba, su familia (González Serratos, 2004: 274). En este caso, consciente de la situación por la cual estaba atravesando y de la imposibilidad de ser escuchada, no le quedó otra salida más que buscar una protección masculina fuera de su hogar.

Esta es precisamente una manifestación del orden de género, donde las mujeres no son sujetos que desean, sino que están sometidas a los deseos de los hombres. El control es para protegerlas de “otros” hombres diferentes de quienes tienen derecho al cuerpo de ellas. Ellas no tienen derechos.

Para no estar solas

Otros aspectos que motivaron el matrimonio o la unión libre fueron: la preocupación por sentirse “quedadas”, la creencia de verse realizadas a través de la maternidad o bien la incapacidad de

enfrentar la soledad, ya que la reproducción de los patrones sociales de género desvalorizan a las mujeres sin esposo. Respecto a esto, algunas señalaron:

Pues no sé, la tontés de uno yo creo, pues uno es ignorante, en ese tiempo uno era bien ignorante. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Yo lo conocía por que mi hermana trabajaba, ellos trabajaban juntos en la misma empresa y pues iban para allá pero ... entonces un novio que tuve antes de él, este...yo lo quería mucho, y cuando nosotros nos conocimos estábamos decepcionados, y el me dijo que nos casáramos. (Violeta, 44 años, urbana, primaria y técnicos)

No... lo que pasa, nos juntamos... no, no salí embarazada luego luego no... Fuimos amigos y ahora sí que no más, nos juntamos... unión libre. [¿Quién lo decidió?] Yo, por que en primera estaba yo aquí sola, estaba yo aquí sola, tanto él como yo.... pues ahora sí los dos quisimos. [¿Les dijo a sus papás?] No, no... (Ana, 37 años, urbana, primaria).

Sin duda, estas consideraciones atendían a los roles sociales asignados y a la función social de las mujeres en la reproducción y en el espacio familiar. De acuerdo con Lagarde, la maternidad está establecida en un ámbito más amplio de instituciones: el matrimonio y la familia. El ideal de que la maternidad no puede ser vivida temporalmente o en la soledad, sino en el matrimonio, es así uno de los ejes fundamentales de la familia, lo que se estructura con la filiación, la conyugalidad y la paternidad. La mujer sólo debe tener relaciones sexuales en el matrimonio, y sólo puede ser madre en el matrimonio (Lagarde, 2005: 443).

Por amor

Si partimos de la concepción sobre el ideal romántico del matrimonio basado en el amor, encontramos que dicho aspecto no se menciona frecuentemente en el relato de vida de las entrevistadas, pues hubo motivos más fuertes para decidir formar un hogar. En esto puede influir la pobreza de sus familias de origen, que hacen más restrictivas las relaciones de género y más inalcanzables los ideales románticos de la modernidad. No obstante, hubo un pequeño número de mujeres que justificaron su matrimonio en el amor que sentían por su novio.

Por que nos queríamos, la verdad...los dos y este...por que él me seguía mucho, y estuvimos cinco años de novios [¿Sus padres estuvieron de acuerdo?] Sí, si y duré con él cinco años [¿Cómo fue su relación?] Yo siempre me llevé bien con él, sí algunas veces... por que luego le gustaba tomar. (Susana, 45 años, urbana, primaria)

Sí porque lo quería, yo digo que bien, este sí, o sea que no me fui, nada más así, lo quería mucho y yo me fui con él, pero no estuvimos viviendo como una pareja pues... mis padres me fueron a traer. (Justa, 55 años, rural, primaria incompleta)

En general, fueron pocas las que afirmaron casarse por amor y mucho menos las que desearon unirse por elegir libremente a una pareja. Por el contrario, tuvo más peso el salir del seno familiar para tener "libertad". Bien sea por raptó, embarazo o simplemente por "no tener otra opción", el matrimonio o la unión se convertía en la única salida. Hubo una pequeña cantidad de mujeres que vivían en la ciudad, que nos hablaron del amor y su libre elección a la hora de dar inicio a una relación de pareja.

En una tercera parte, las mujeres refieren más de una pareja marital, la mayoría de ellas hablan de dos, una primera unión generalmente muy breve, ocasional o fallida y luego una pareja más o menos definitiva. Sin embargo, una vez casadas, o en unión libre y alejadas del control familiar, muchas trataron de iniciar el proceso hacia su autonomía. Pero, realmente ¿encontraron su autonomía?

4.2.2. El matrimonio... en casa de la suegra

En las entrevistadas para nuestro estudio el proceso de construcción de la autonomía se continuó a partir de la conformación de su propio hogar. No sólo por la relación circunscrita a su cónyuge, sino porque la convivencia en muchos casos implicó entrar a formar parte de una nueva familia. Por lo tanto, muchas se alejaron de sus propias familias para someterse a nuevas normas y controles por parte de los parientes del esposo. Llama la atención que muchas de ellas mencionaron la nueva relación que establecían con la suegra como de un control igual o más fuerte que el experimentado en su hogar de origen: dependencia casi absoluta. Por ejemplo, afirmaban que su suegra les impedía salir a la calle y en ocasiones debieron hacerlo pidiéndoles permiso. Una de las entrevistadas afirmó que su suegra aceptaba que ella saliera única y exclusivamente para visitar a su madre. La figura de la suegra representó conflictos, presiones e incluso hasta violencia psicológica.

Me junté, con este con un muchacho, pero pues me tocó mala suerte por que pues él tomaba mucho, me celaba mucho, no me dejaba trabajar, y pues noyo vivía con mi suegra, estaba

arrimada, mi suegra me trataba muy mal, cuando estaba embarazada me decía queapestaba, yo hacia como mi mamá, aguantar, por que mi papá un tiempo dejó a mi mamá y mi mamá siguió con nosotros, nunca se junto, ni buscó otro hombre [...] Y también yo agarré eso y me aguanté, ya tenia yo tres hijos. (Guadalupe, 37 años, urbana, primaria incompleta)

La presencia de la suegra fue tan determinante en los patrones de comportamiento que se reproducían que incluso incidió en la crianza y educación de los propios hijos. Afectando no sólo la relación de pareja, sino el curso normal de cuidado y protección de los menores.

Sí, viví ocho años con mi suegra y no dejaba que los niños se vacunaran, por que dice que una vez su nieta tenia gripe y se la vacunaron y se murió y decía que por la vacuna se murió y no me dejaba vacunarlos, si los vacunaba yo, era a escondidas. (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta)

En pocos casos las entrevistadas señalaron que su matrimonio se mantuvo al margen de la familia del esposo, pues tuvieron la posibilidad de contar con su propio espacio. Esto fue posible por el grado de autonomía de la relación de pareja y a la disponibilidad de recursos para organizar el nuevo hogar y la nueva familia.

A un departamento rentado, al principio si rentábamos, ahora lo que pasa es que recién nos casamos... como a los tres años nos dieron el departamento por parte del INFONAVIT y ya me fui a vivir ahí y ya hasta ahora. (Susana, 45 años, urbana, primaria)

No, yo me metí en un campamento, tenemos casa de cartón, o sea que abajo es tierra, no más le puse unas láminas y techo de cartón, o sea que así estamos viviendo (.) Ya tenemos ahí ocho años. (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Este... bueno, él ya tenía su casita en el pueblo, él ya tenía como un cuartito chiquito ahí para dormir donde seguimos viviendo, ya nos casamos, ya tuvimos nuestro primer bebé. (Alicia, 48 años, rural, primaria incompleta)

Una vez casadas, o en unión libre, sometidas a la autoridad de un nuevo hogar, los quehaceres domésticos seguían siendo el único destino posible para ellas. El hecho de dejar el hogar y los hijos para salir a buscar un trabajo que les permitiera mejorar su calidad de vida, en ocasiones les fue prohibido. La única opción de obtener ingresos era trabajar en alguna actividad que pudieran desarrollar dentro del hogar, como hacer costuras o en un puesto de venta de comidas cercano al hogar, ya fuera propio o de algún familiar. En el intento de llevar a cabo estas actividades, en dos casos fueron abandonadas por sus parejas:

...a lo mejor, hice mal en trabajar, por que él me dejó sola, pero cuando uno tiene hijos, uno por los hijos busca la manera, entonces este... yo pienso que eso fue. (Ángela, 53 años, rural, primaria)

... y que compré un periódico y que empiezo a hojearlo y que me ve él. El no más estaba ahí viéndome. Que me ve él que estaba yo buscando trabajo en el periódico, que agarra su mochila, sube esto, empieza a empacar y me dijo: "eso nada más quería yo saber, que ya vas a buscar trabajo y yo te dije: "que el día que tu salieras a trabajar yo ya no iba a estar contigo y me voy", y se fue. (Elodia, 46 años, urbana, primaria incompleta)

Llama la atención que tras el impedimento de que las mujeres salieran a trabajar, se hallaba una preocupación porque se rompiera el lazo que garantizaba una de las dependencias más fuertes, la económica. Es decir, atenta contra la visión tradicional de que la mujer no debe trascender el espacio doméstico. En efecto, el significado del abandono se asociaba a la angustia de los esposos porque un ingreso proveniente de la mujer a largo plazo representaba el debilitamiento de su control en el hogar y la creencia en que su figura de poder comenzara a desmoronarse. Ello también se advertía como una amenaza a la estabilidad de la pareja, ya que el acceso de la mujer al mundo laboral alteraba el orden tradicional y las funciones del varón como proveedor y jefe del hogar. O en su defecto, el temor a una infidelidad por parte de su esposa, terminaba por reprimir aún más la movilidad de la mujer. Al preguntar a una de ellas acerca de cómo debería ser una buena mujer, respondió:

Hay que doblar las manos para que el matrimonio no se vaya a pique, porque si yo me pongo en el plan de rebeldía, de no aceptar alguna cosa que él me diga y que me ponga en contra, yo pienso que es un motivo para que el matrimonio se desbarate. (Amalia, 39 años, rural, secundaria)

Según lo expuesto hasta el momento, las historias narradas sobre lo que fue, o ha sido, el rol social como madre y esposa, deja latente que los cuidados, la alimentación, la higiene, la salud y la educación de hijas e hijos se consideran como asuntos propios y exclusivos de las mujeres y ajenos a los hombres. Así, a éstas se les asigna socialmente la obligación de velar por el bienestar de todos los miembros de la familia. Después del esposo, los hijos, la familia del esposo, está ella misma, en el último lugar de las prioridades. Por lo tanto, la capacidad de tomar alguna decisión por sí misma sin consultarle a nadie suele ocurrir cuando los hijos se han ido de casa o cuando ellas enviudan. Es justo en ese momento de la vida cuando podríamos decir que la

mujer actúa de manera autónoma; antes, todas las decisiones de su vida cotidiana están determinadas por los otros, su familia, sus hijos y su esposo.

Durante la crianza no se les permitía tener espacios propios, ni socializar, por el contrario, se les mantenía aisladas del entorno social; ir a la escuela fue un privilegio para algunas mujeres, mientras que a otras se les limitó acceder a un espacio que como la educación podía incidir de manera determinante en su autonomía. En la adolescencia se les mantenía alejadas de los hombres y sus primeros noviazgos fueron furtivos y cada encuentro prohibido era seguido por un castigo que podía ir desde el encierro hasta la violencia física. Por ello, el matrimonio se convirtió en una posibilidad para escapar del seno familiar. No siempre se casaron con la persona deseada y una vez casadas no sólo tendían a reproducir los modelos de control con su pareja, sino que a ellos se les agregaba la vigilancia de la suegra. Estos aspectos fueron característicos en las historias de vida de las entrevistadas; encontramos un pasado común a las mujeres que padecen cáncer cervicouterino, que consiste en que presentaron obstáculos en su proceso de construcción de la autonomía. Sin duda, estos aspectos fueron determinantes en sus vidas, en un esquema social restrictivo que en ningún momento les permitió asumir el control de sí mismas y el cuidado de sus propios cuerpos.

El hecho de que vivieran al lado de la familia de sus cónyuges ocurrió en algunos casos por circunstancias económicas que las limitaban para acceder a un espacio propio de autonomía e independencia. En consecuencia, el control que se le imponía a la mujer tanto por parte del hombre, como de su familia refleja que, más allá de lograr mayor capacidad de decisión en diferentes ámbitos de la vida, el matrimonio y la residencia con la familia del esposo se convertía en la continuación de un marco de dependencias mucho más fuerte que el experimentado en la familia de origen.

4.3. La violencia intrafamiliar

La mayoría de las entrevistadas fueron, por lo menos en algún momento de sus vidas, víctimas de violencia por parte de los padres o de su pareja. Los agravios podían ir desde el maltrato verbal hasta los golpes, un tipo de violencia emocional y psicológica que en algunos casos terminó por ser “naturalizada” a lo largo de su vida. En las entrevistas, se observaron constantes

menciones al tema de la violencia intrafamiliar. Llama la atención la tendencia a justificarla o a minimizar su magnitud. En este sentido, la aceptación social de la violencia funciona como mecanismo de negación a tal punto que si se enuncian como violentos, quienes la ejercen no se reconocen en esa calificación (Lagarde, 2005: 258).

Por esta razón, al preguntar a una de las entrevistadas cómo consideraba que había sido su relación de pareja, señaló que le parecía "normal"; sin embargo, cuando le preguntamos si había recibido maltrato y golpes de su pareja, dijo:

A veces nos hemos peleado y nos pegamos, pero se me avienta y yo lo aviento también.
(Rosalinda, 34 años, urbana, secundaria).

En la percepción que se tiene sobre la violencia ejercida por un hombre hacia una mujer existe la creencia de que el hombre no pretende producir un daño; lo que pretende es aleccionar a la mujer, quien debe entender las consecuencias de transgredir los patrones de comportamiento que se espera de la relación. Que son los patrones que impone el orden social de género: la dependencia y sujeción de la mujer. De tal manera hay una justificación "socialmente aceptada" bajo la creencia de que cuando el hombre advierte que su esposa no cumple "debidamente" con su función de madre y ama de casa, éste debe recurrir a la violencia. El terror se convierte en un instrumento de presión muy útil para los fines de reafirmar los roles de género; para el hombre como un valor de su masculinidad y para ella, como un mecanismo de sujeción y obediencia (Acosta, 2006).

Muchos estudios sociológicos cuestionan las relaciones caracterizadas por el maltrato y las causas por las que un sujeto dominado decide aceptar esta relación y no rebelarse. Este hecho se ha explicado, en parte, porque en las relaciones de poder basadas en el género existe una serie de supuestos, creencias y patrones de dominación masculina que legitiman el control hacia las mujeres y en las cuales ellas son construidas como subordinadas, sumisas y débiles, en contraposición con los hombres, independientes, dominantes y fuertes (Moore, 1996).

Como señala De Oliveira (1998:59), el trato violento que un varón puede dirigir a su compañera o esposa es resultado de un sistema de dominación masculina promovido por las normas culturales y sociales que otorgan a los varones la potestad de ejercer mando y poder sobre las mujeres. Así pues, tiene que ver con toda una estructura de poder: el patriarcado y el

sexismo. Estos fenómenos permean casi todos los aspectos de la cultura vigente en nuestra sociedad, por ejemplo, participan en la elaboración de las leyes que nos rigen, fijan salarios, deciden qué es el conocimiento y cómo debe enseñarse, determinan lo que es propio e impropio en el desempeño de las mujeres; regulan su conducta y determinan, con frecuencia, su vida (Navarro, 1997: 84).

A la luz de estos referentes, las entrevistadas señalaron en sus relatos la forma como fueron victimizadas en sus relaciones de pareja y la manera como interpretan y “justifican” la violencia intrafamiliar. Manifestaron seis motivos asociados al orden de género por los cuales consideraban eran violentadas por sus compañeros:

Por embriaguez

Este motivo es un orden simbólico de la dominación de género, ya que todo ser humano tiene la necesidad de darle una interpretación a los sucesos que tienen lugar en su entorno. Dicha explicación le permite justificar el mundo en el que vive y dirigir sus acciones cotidianas. Bajo esta lógica, la violencia debe tener una razón de ser. Por ello, detectamos en las entrevistadas una tendencia a minimizar o a justificar las manifestaciones de violencia que tanto padres, hermanos o esposos ejercieron sobre ellas. Llama la atención que en varios casos, ante la evidencia física de un maltrato, la primera respuesta a la pregunta era de una negación categórica. No obstante, en el transcurso del relato se evidenciaban frases como: “nada más me pegó en dos ocasiones”, bajo el argumento de la *embriaguez*. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

En el caso de María quien vivió toda su vida en una zona rural, comento que:

Lo conocí porque era de allá del rancho o sea que desde chicos nos conocíamos. Pero mi esposo me daba una vida muy cruel, porque me pegaba, me corrió con un machete, cuchillo, con lo que encontraba a su paso, en veces era un poquito tomador y llegaba en veces tomado y me trataba como él quería y entonces yo también me defendía, porque si él me pegaba yo también le pegaba (María, 64 años, urbana, primaria incompleta).

Las mujeres maltratadas por lo general han experimentado un patrón repetitivo de acciones u omisiones que buscan controlarlas, devaluarlas y aterrorizarlas. Entre éstas, las más notables son la intimidación, las amenazas, los insultos, la devaluación, el control constante de sus actividades, el chantaje y las prohibiciones (Saltijeral, Ramos y Caballero, 1998).

En el caso de María, las agresiones de su marido eran “justificadas” por el estado de embriaguez. Quizás era inconsciente de experimentar violencia psicológica y ésta se transformaba en forma de agresión bajo los efectos del alcohol. Como ella, otras entrevistadas expresaron que por lo general escapaban al maltrato huyendo de su casa en medio de la noche para ocultarse donde algún familiar o vecino. Sin embargo, "debían" regresar al siguiente día y continuar con sus actividades como si nada hubiese pasado, pues "como su esposo estaba borracho", era "normal" que actuara de esa manera. Por el contrario, si no regresaban, el compañero salía en su búsqueda para obligarla a regresar.

Como práctica socialmente aceptada

También se advirtió que algunas mujeres, pese a manifestar abiertamente haber sido maltratadas, señalaban que dichas manifestaciones eran “normales” ya que era una práctica socialmente aceptada y tolerada. Por ejemplo, Pilar comentó que:

Mi marido si me golpeaba, “pero no en la cara, ni a patadas, siempre me daba puros trancazos en la cabeza...”.

Cuando se le preguntó si había sangrado o le habían quedado señales físicas manifestó:

No, pero “se me olvidó mi nombre, así que vi chispitas y todo, del mismo golpe y como que quedé sumido por acá [mostrando la cabeza]” (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta)

La violencia que sufren las mujeres adultas por parte del compañero puede conceptualizarse como un patrón de control coercitivo donde el hombre realiza una serie de conductas de tipo físico o psicológico que tienen la finalidad de herir, intimidar, aislar, controlar o humillar a su pareja, y que suelen tener secuelas en su salud física y mental, así como en su desarrollo en general (Cervantes, Muñoz, Lira y Saltijeral, 2004: 243).

Este tipo de violencia incluye acciones que se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras como en el caso de Pilar. No obstante, al igual que ella, otras expusieron que si bien eran golpeadas, el hecho de que no se les pegara en ciertas partes del cuerpo como la cara, era una forma de manifestar que el hombre mantenía cierto cuidado de no ser identificado como golpeador por otras personas, pues existen ciertos códigos que ocultan las expresiones de

violencia. Esto muestra que las agresiones son jerarquizadas, delimitadas y silenciadas frente a los otros.

Por ser una “mala mujer”

Desde el género, las mujeres son inferiores, dominadas, dependientes, no dueñas de su cuerpo por ser mujer, pero esto se agudiza si la mujer expresa deseo o experiencia sexual. A sí mismo, son significativos los elevados límites de tolerancia a los que una mujer puede llegar. Por ello, otro de los argumentos por los cuales eran golpeadas, según las entrevistadas, era la desconfianza de sus compañeros íntimos hacia ellas, la cual contemplaba celos, supuesta mentira, desobediencia y la duda acerca de la virginidad. En el caso de Pilar, su esposo la agredía constantemente porque no presentó sangrado durante su primera relación sexual. Este evento le costó a ella soportar una serie de conductas verbales como insultos, gritos, críticas, desvalorización y amenazas. Inconsciente de este fenómeno, terminó por convertir a la violencia emocional y física en parte cotidiana de su relación y aceptarla incluso como "normal" por el orden social de género. Según ella, aceptaba la violencia y las infidelidades de su marido hasta que un accidente, cinco años atrás, lo deprimió y dejó su agresividad hacia ella.

Mi esposo me maltrataba mucho porque yo no tuve sangrado en mi primera relación, y a cada rato me golpeaba, me trataba muy mal. (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta)

Como podemos observar, los diferentes actos de violencia adquieren dimensiones que se manifiestan tanto en maniobras coercitivas más o menos sutiles, como en otras muy claras. Entre las sutiles, pero no menos impactantes, encontramos la devaluación y lo que se denomina expectativas abusivas; estas violencias implican estrategias tanto de desvalorización emocional, física e intelectual –que pueden llevar al deterioro de la propia estima e identidad de la compañera-, como de explotación emocional de la mujer.

En las expectativas abusivas se hacen evidentes las maniobras de control que pretenden obtener la atención exclusiva de la mujer: el aislamiento de amistades, la prohibición de tener otras actividades ajenas al rol materno o de esposa, la culpabilización por la falta de atención a los hijos o a las tareas domésticas; todo esto conforma un tipo de violencia coercitiva, explotadora emocionalmente (Cervantes, Muñoz, Lira y Saltijeral, 2004: 243).

Así, en la violencia emocional infligida hacia las mujeres se encuentra esta noción de la mujer “mala” que transgrede el ideal de virginidad y pureza femenina y que justifica el control y la represión masculina. Por ello, otra de las entrevistadas de origen rural que también fue víctima de violencia a causa de su temprano embarazo, relató lo siguiente: de niña, siendo víctima de maltratos por parte de su familia adoptiva, decidió escapar después de hallarse en estado de embarazo. Al migrar a la ciudad y en condiciones económicas muy limitadas, conoció a un hombre con el que decidió convivir; pero con el tiempo él la comenzó a violentar aduciendo que era una “mala mujer” porque era una madre soltera.

En la concepción de su compañero, era una mujer no – virgen y la valoraba como mujer “fácil” que ponía en peligro la certeza de la paternidad que no podía probar. Era una mujer que ponía en tela de juicio la propiedad de su cónyuge sobre ella, su poder masculino y su virilidad. Era una mujer que había quedado marcada, no sólo por haber sido “usada” eróticamente, sino por la carga del hijo como un pecado.

Otro caso que también llamó la atención fue el de una de las entrevistadas quien sufrió violencia física durante varios años por los mismos motivos. Su esposo la celaba constantemente porque ella había tenido dos hijos antes de conocerle y porque a diferencia de los casos anteriores ella aún mantenía contacto con el padre de sus hijos. Cuando le preguntamos porqué soportaba el maltrato y porqué no decidió abandonar a su esposo respondió que: “no era su costumbre, de que sólo por una regañada ya fuera causa para irse, pese a que a veces le pegaba feo”. No obstante, consideraba que él era un buen hombre, ya que no golpeaba ni maltrataba a sus hijos, por lo que ella prefería soportar los golpes (Bertha, 57 años, urbano, sin escolaridad).

Parece ser que en el orden social de género las madres solteras asimilan el estigma de la “mancha” en forma de culpa que atraviesa su historia de vida, su cuerpo y su sexualidad. Este aspecto se convierte en un argumento para legitimar la violencia y el maltrato físico y psicológico por parte de sus compañeros íntimos. Para algunas, es el costo por sus “errores” y supuestamente una práctica tolerable que puede evitar el dolor del abandono y la soledad.

Violencia por costumbre en la nueva familia

En el apartado anterior vimos como hay una tendencia, más o menos generalizada, a que las mujeres salgan de su hogar y comiencen una relación de cercanía y convivencia con la familia del nuevo cónyuge. De acuerdo con ello, analizamos otro de los relatos de una de las

entrevistadas quien afirmó ser frecuentemente golpeada por su pareja porque era una práctica acostumbrada en la familia de su compañero. En ocasiones también señalaron que los padres o cuñados aconsejaban a éste la utilización de la violencia como mecanismo de reconocimiento de su autoridad. Al respecto, Manuela nos comentó lo siguiente:

Lo que pasa es que su familia de él... bueno yo lo veo así, ellos, ellas son personas, bueno su mamá, sus hermanas, son personas de que como que les gusta ver que sus hijos maltratan a sus mujeres, yo veía esto cuando... bueno mi suegra era de las personas que le decían a mi marido, sabes que? tu mujer no come, dile a tu mujer que coma, ahí hay comida, esta muy flaca por que no come, y mi esposo luego luego iba conmigo, o hay veces que hubo chismes de parte de ellas y este, por eso mi esposo me maltrataba (Manuela, 40 años, urbano, secundaria)

Las concepciones familiares sobre el maltrato como medio de control y garantía de la autoridad prevalecen en la actualidad, tomando dimensiones muy amplias que por un lado, reproducen la noción de que la violencia es legítima en cualquier situación y, por el otro, forman parte intrínseca de una relación de pareja. Existen muchos estudios que señalan la reproducción de los modelos familiares y la continuidad del ejercicio de la violencia por costumbre. Así, muchos hombres señalan que maltratan a sus compañeras íntimas porque así se comportaban sus padres, una forma de “naturalización” de la violencia que culturalmente ha significado una desventaja para el desarrollo emocional de las mujeres. Respecto a ello, el caso de Elodia es bastante ilustrativo:

Sí, era muy malito mi suegro, o sea muy así necio, le pegó a mi suegra porque era celoso, se bañó y se dejó su pelo así sin peinar y se fue con él suelto a traer pan y ya cuando llegó se enojó con ella, por que se había llevado su pelo así. Que algo andaba buscando y se enojaron, se pelearon y... pues yo... él la pateó así, y pues yo sentía feo, pues yo le dije que la dejara y todo y que me dice tu también te vas y me corrió con mis hijos, yo tenía a ella que es la mayor (señalando a su hija) y a otro niño y mi esposo no estaba, mi esposo se había ido a trabajar al otro lado para comprar un pedacito de terreno (Elodia, 46 años, urbano, primaria incompleta).

Observamos cómo en la relación que la mujer establece con su esposo hay una fuerte mediación de la familia de éste. De tal forma pareciera que la violencia se expresa como un mecanismo no sólo de control, sino de sometimiento. Una necesidad permanente, por parte del agresor, de demostrar autoridad, debe "hacerse sentir", justamente, cuando sus bases son débiles

y la relación de poder carece de legitimidad (Moore, 1996). En el caso de Elodia, el hombre hacía uso de la fuerza por su inseguridad.

Por reproducción de un patrón de violencia en la familia

Otros casos representativos de violencia fueron aquellos donde las entrevistadas manifestaron que habían sido formadas en hogares donde sus padres recurrían a la violencia como expresión de autoridad. Estas mujeres crecieron en un contexto marcado por el maltrato y en su adultez repitieron el modelo experimentado en sus hogares. Por lo tanto, desde el seno doméstico hasta la relación de pareja, estaba la violencia como una línea ininterrumpida que, sin lugar a dudas, marcó significativamente su vida. Una de ellas, Elvira, señaló que desde niña fue maltratada por sus padres, que sus castigos fueron tan severos que tomaron medidas extremas con una de sus hermanas para que ésta no tuviera novio ni se casara, al punto de trastornarla emocionalmente. Cuando los padres murieron, el hermano mayor se hizo cargo de sus hermanas ejerciendo el mismo control aprendido del modelo paterno, impidiendo que ellas se comprometieran afectivamente. Al respecto dijo:

Y es que yo me di cuenta de cómo trató a mis hermanas, porque no las dejó casar y se me quedó grabado eso y llegue a pensar de muy chamaquita, yo me voy a vengar por mis hermanas porque no las dejó casar. Y yo fui la última que me casé, por que mi papá murió y luego mi mamá murió y yo me tuve que hacer cargo de la última y de la penúltima y hasta que no las casara porque **mi hermano tiene la misma escuela de mi papá, a mí me llegó a pegar mi hermano** y es 2 o 3 años más grande que yo, nada más, porque decía que yo las dejaba libres. (Elvira, 73 años, urbano, primaria)

Elvira también señaló que una vez iniciada su relación de pareja el esposo salía a divertirse solo; ella se quedaba en casa y generalmente cuando él regresaba la golpeaba, que en muchas ocasiones estuvo ebrio, pero que en otras se comportó de la misma manera sin haber ingerido alcohol.

Este aspecto nos sugiere que cuando existe una infancia marcada por la violencia hay mayor disposición a repetir el patrón en la unión conyugal, aceptando incluso todo tipo de maltratos. En algunos casos, la violencia es reconocida y justificada como una forma pedagógica, es decir, como una sanción o castigo ante una desobediencia o “mal” comportamiento que pueden ser nocivos para los mismos hijos, dando como respuesta en ellos el respeto al orden, la autoridad, e incluso la dominación de género.

Pues muy estricta, porque mi mamá trabajaba y nos traía pues bien vestidos, bien comidos, pero en el sentido que nos acariciara... o sea yo sé que nos quería mucho, pero ahora comprendo que ella sufría depresión, porque los días (llanto) que descansaba era para lavar la ropa de todos y hacernos de comer y todo y si nos oía que andábamos jugando y eso entraba y nos pegaba, a veces compraba hasta pedazos de manguera y cables para pegarnos, por que no quería que hiciéramos ruido, quería ella, que estar apurándose al quehacer, a lavar, a bañarnos, arreglarnos. En el sentido que nos acariciara, que nos abrazara, al menos yo no lo recuerdo y pues siempre eran golpes y como nos dejaba solos, por eso era así mi mamá, porque este... **si hubiéramos hecho lo que quisiéramos, hubiéramos terminado yo creo muy mal y entonces por miedo y todo eso pues tratábamos de portarnos bien** (Marisela, 39 años, urbana, secundaria)

La violencia proveniente de diferentes miembros de la familia se constituye en una forma de respeto, orden y autoridad, una práctica que generalmente es más directa hacia las mujeres porque no solamente pasan por los golpes, sino por el maltrato emocional con menosprecio, ridiculización e intimidación y el uso de la coacción para intentar mantener, reafirmar o recuperar el dominio sobre ellas (Yllán, Ortiz y Hernández, 1994).

Los actos de resistencia ante la violencia

Pero no todas las mujeres objeto de nuestro estudio aceptaron la violencia como parte de su cotidianidad. También encontramos casos en los que decidieron frenar la práctica en sus relaciones de pareja. Por ejemplo, Yolanda quien llegó a vivir al DF a los 12 años de edad, señala que al advertir los maltratos de su esposo lo amenazó con denunciarlo si volvía a golpearla. Al respecto señaló:

No, no más como dos veces al principio, si me quería pegar, sí me dio como dos cachetadas, pero ya después una de mis hermanas, su esposo también le pegó y lo demandó y de ahí yo también lo amenacé... y le dije si tú me vuelves a pegar o me pones una mano, yo te demando como mi cuñado, porque yo no voy a permitir que tu me pegues y ya desde esa vez ya no, ya hasta gracias a Dios hasta que nos separamos... nos vemos, platicamos y todo pero cada quien por su lado, ya no. (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta)

Otra mención al respecto fue la de Teresa, de 29 años de edad, con escolaridad secundaria quién afirmó que se había casado con un hombre al que consideraba "buena gente"; pero con el tiempo él comenzó a cambiar, se volvió agresivo: "Me daba unos trancazos, me jalaba los cabellos".

[...] entonces llegó el tiempo que yo le dije: espérate que yo no, no creas tú que porque ya me llenaste de hijos me vas a estar pegando [...] y por eso nos separamos. (Teresa, 29 años, rural, secundaria)

Estos dos casos son ilustrativos como actos de resistencia en los cuales las mujeres no aceptaron la “normalidad” del maltrato en la relación de pareja. Por el contrario, rechazaron un orden basado en la coerción, las prohibiciones y la violencia. Resistieron una práctica que para otras fue estructurante de las relaciones cotidianas, ya que marcó los límites subjetivos por parte de quien ejerce el poder, señalando los límites y espacios de la autonomía de quien es dominado. Una forma de aceptar el orden social de género.

Algunos elementos de reflexión

Al iniciar esta investigación teníamos el supuesto acerca de que las diferencias generacionales incidirían en las nociones que cada mujer tendría sobre su propia autonomía, asumiendo que las más jóvenes tendrían una autonomía superior a la de las mayores. No obstante, las diferencias fueron mínimas entre ambos grupos. Este hecho nos lleva a suponer que, a pesar de los cambios educativos que ha habido en las últimas décadas, las afectadas por el cáncer cervicouterino siguen siendo las de menor educación en cada generación, porque son las que tienen menos opciones de resistir o modificar el orden de género.

Las mujeres que vivieron su infancia y adolescencia en zonas rurales tuvieron menos acceso a la escolaridad. Factores como la precariedad de la infraestructura educativa, así como la pobreza y los múltiples trabajos domésticos y del campo, fueron aspectos que les impidieron tener un mayor nivel escolar. Fueron pocas las que afirmaron casarse por amor y mucho menos las que desearon unirse por elegir libremente a una pareja, por el contrario, tuvo más peso el salir del seno familiar para tener “libertad”. Cuando comparamos la forma como dichos procesos tuvieron lugar entre las mujeres cuya crianza se dio en los espacios rurales, frente a las que crecieron en las ciudades, llama la atención que las del área rural no tuvieron posibilidad de elegir su pareja. Bien sea por raptó, embarazo o simplemente por "no tener otra opción", el matrimonio se convertía en la única salida. A diferencia de ellas, hubo una pequeña cantidad de ciudadinas que nos hablaron del amor y de su libre elección a la hora de dar inicio a una relación

de pareja. Sin embargo, una vez casadas, en unión libre y alejadas del control familiar, muchas trataron de iniciar el proceso hacia su autonomía.

Sin embargo, la unión conyugal, tampoco fue la solución, ya que en este nuevo ámbito, ellas suelen ser controladas por su pareja o por la familia de su esposo, entre ellas, la suegra, transfiriéndole el control de su cuerpo y de las decisiones de su vida a su nueva familia, así, el propio cuerpo femenino se convierte en el espacio para el ejercicio de poder por parte de su parejas o familiares. Estos relatos sugieren que, en la construcción social del cuerpo femenino, la mujer otorga a otros el control sobre su propio cuerpo y su propia intimidad. Siempre antepusieron los intereses de los demás como prioridad en detrimento de sí mismas, razón por la que no alcanzaron a dimensionar las consecuencias de la falta de cuidado y no fueron conscientes de la importancia de la medicina preventiva.

Además, la violencia ha sido uno de los aspectos determinantes en la construcción de la autonomía femenina, ya que la mayoría de mujeres han sido atacadas en su integridad física y psicológica en más de una ocasión; Sin embargo, cuando comparamos la forma asumida por la violencia intrafamiliar entre las que crecieron en los espacios rurales frente a las que vivieron en las ciudades se advierte que a pesar de las diferencias que ofrecen los dos espacios, hay muchas similitudes.

Los estudios sociodemográficos identifican la educación, la edad y la residencia urbana o rural como aspectos diferenciadores importantes en las condiciones de salud de las mujeres. Sin embargo, en este estudio no se aprecian grandes diferencias, debido a que las atraviesa un elemento común: la pobreza.

Así, estas mujeres que se han sometido a la normatividad de lo que debe ser una “buena mujer” consideran que respecto a esta enfermedad a ellas “no les puede pasar”, por lo que no recurren a la medicina preventiva. Pero cuando les detectan cáncer cervicouterino reconocen que “nunca se preocuparon por ellas mismas”.

CAPÍTULO V

La autonomía en acción: sexualidad, reproducción, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y prevención del cáncer cervicouterino

En el capítulo anterior analizamos los referentes sociales y culturales que determinaron la construcción de la autonomía de las entrevistadas. Para reconstruir los procesos que tuvieron lugar desde la infancia hasta que establecieron su primera relación de pareja, recurrimos al pasado biográfico de cada mujer en busca de las experiencias que forjaron su propia noción de autonomía. Sin embargo, la construcción de la autonomía no concluye en la infancia, la adolescencia y el matrimonio; esto implica que no estamos hablando de una esencia que moldea las acciones de los individuos. Más bien, nos interesa demostrar que la autonomía, como elemento constitutivo de la subjetividad, se construye día a día con base en *experiencias significativas* que van reformulando los límites que las mujeres tienen para decidir sobre su entorno social inmediato, a saber, el manejo de la economía doméstica o la crianza de los hijos, especialmente en las decisiones sobre su cuerpo, en aspectos tales como su sexualidad, reproducción, anticoncepción, reacción frente a infecciones de transmisión sexual, así como manejo de síntomas referentes al diagnóstico del cáncer cervicouterino.

Según lo anterior, podemos afirmar que la autonomía es una construcción subjetiva en la cual se tejen nociones culturales y experiencias de vida que van moldeando una gama limitada de patrones de conducta que definen en qué aspectos decidir por sí misma y en qué otros someterse a las disposiciones de terceros (Bourdieu, 1991). Debido a la relevancia de las experiencias cotidianas en la construcción de la autonomía, en este capítulo vamos a explorar cuatro campos temáticos que, con base en las entrevistas realizadas, emergieron como espacios determinantes en la construcción simbólica que las mujeres hicieron de sí y de su rol social. Dichos aspectos tienen que ver, directamente, con el cuerpo de la mujer y su vida sexual, lo cual es consecuente con el tema central de esta investigación en tanto estamos estudiando la dimensión social de una infección de transmisión sexual.

El primer tema a desarrollar es el ejercicio de la sexualidad. La relevancia de este aspecto radica en que allí se hace evidente la presión que el contexto social ejerce sobre las mujeres, particularmente en lo referente al uso de su propio cuerpo. La opción de tener o no relaciones sexuales se manifiesta como una constante pugna entre lo que ellas desean y lo que el entorno les

impone como “deber ser”; por lo tanto, analizaremos la manera como ellas incursionaron en la vida sexual activa, precisando las condiciones sociales y culturales en las cuales se enmarcan para tomar sus decisiones y contribuir a su proceso de autonomía. Como parte del análisis de la sexualidad, nos llamó la atención el papel que juega la infidelidad conyugal en las decisiones sobre la vida sexual. La importancia de este aspecto está en que la infidelidad, en este caso principalmente masculina, es un factor determinante en el contagio del virus del papiloma humano. Sin embargo, dicha infidelidad de los varones se suele dar en un marco de valores y nociones que implican la concepción que el hombre tiene de sí, de su pareja y de la percepción sobre la feminidad en general. Por lo tanto, es interesante aproximarnos a los valores o creencias culturales usados por estas mujeres para incorporar en su cotidianidad y en el ejercicio de su sexualidad las eventuales infidelidades conyugales.

El segundo tema es la reproducción. El embarazo es, incuestionablemente, una transformación en el cuerpo de las mujeres que no sólo se limita a lo anatómico, sino que tiene una connotación social y cultural. Sin embargo, notamos que la opción de quedar o no en embarazo no sólo está mediada por los intereses y deseos particulares de cada mujer, sino por los valores impuestos por el entorno. Así, la impronta de que la maternidad es el principio y el fin que debe regir la feminidad. Hace que el embarazo se convierte en una negociación entre los intereses personales y los ideales que moldean las relaciones de pareja (Torres, 2006). Para iniciarnos en este aspecto, expondremos las razones que las mujeres en cuestión nos presentaron cuando se les preguntó acerca de los factores que las llevaron a su reproducción.

El tercer tema explora las prácticas anticonceptivas. Más allá del uso o no de estos métodos, es necesario precisar el tipo de anticonceptivo que usaban las mujeres, para definir cuáles fueron las razones que las llevaron a aceptarlos o rechazarlos. El supuesto del que partimos, es que dichas técnicas no sólo son usadas a partir del fin para el que están diseñadas, sino que las parejas hacen uso de ellas con base en referentes más amplios que tienen que ver con la idea de masculinidad, feminidad y las mismas implicaciones simbólicas que tiene el uso de algún anticonceptivo. Así, el hecho de que los usen, además de que tiene que ver con lo informadas que puedan estar, también tiene que ver con el sentido que cobran los métodos para evitar el embarazo o prevenir enfermedades en el contexto cultural de las entrevistadas.

Finalmente, el cuarto tema que se abordará en este apartado tiene que ver con la forma como las mujeres reaccionaron frente a las infecciones de transmisión sexual que tuvieron en

algún momento de su vida. Este aspecto cobra importancia porque de acuerdo con la forma como ellas reaccionaron frente a dichas infecciones podemos obtener información sobre la manera como ellas posiblemente se contagiaron del VPH, el tipo de servicios de salud a los que recurrieron en busca de tratamiento y el tipo de relación de pareja y apoyos que sostenían cuando se manifestaron dichas afecciones.

Como componente adicional, el abordaje de los cuatro aspectos mencionados se realizó a partir de un contraste de tipo sociodemográfico que nos permita establecer la relación de cada uno de ellos con el sitio de origen -urbano o rural- y la edad -si es mayor o menor de 40 años-, ya que estos factores inciden en el ejercicio de la sexualidad, en los patrones que rigen las decisiones reproductivas, en el uso de anticonceptivos y en la manera de enfrentar la infidelidad y las posibles infecciones.

5.1. La sexualidad

Desde la perspectiva moderna occidental, la sexualidad está intrínsecamente asociada al placer (Foucault, 1999). Sin embargo, las investigaciones que desde la sociología y la antropología han cuestionado la forma como se ha construido la sexualidad en la sociedad moderna, han demostrado que las nociones que regulan la idea de normalidad y anormalidad en el marco de las prácticas sexuales, han sido construidas en función de las relaciones sociales en que están inmersas las personas. Así, pese a que la vida sexual es considerada como intrínseca a la intimidad de los espacios privados y moldeada por nociones subjetivas, existen parámetros sociales que definen la forma y el contenido de la actividad sexual con base en los referentes culturales. En torno a este tema se ha generado una amplia producción bibliográfica; sin embargo, para efectos del presente abordaje, vamos a precisar sólo tres aspectos en los que es evidente el papel del entorno social en la definición de la sexualidad.

En primer lugar, la sociedad ha normado qué debe generar placer, en qué contexto se debe sentir y, por otra parte, en qué ocasiones éste debe ser controlado y cómo generar sentido de culpa por el placer “indebido” que se experimentó. En consecuencia, los sentimientos y las sensaciones que se suelen pensar como constitutivas del imperio de lo individual, de lo personal, de lo privado, están determinadas por la misma sociedad que, desde la infancia, le impone a las personas los parámetros que moldean los patrones subjetivos a la hora de definir lo que se debe

sentir, con qué persona, en qué instante y en qué contexto (Foucault, 1999). En consecuencia, la autonomía, como uno de los criterios que define el ejercicio de la sexualidad, es fácilmente cuestionable, ya que los placeres, la forma de sentir y las decisiones frente al uso del cuerpo están determinados por el contexto social en el que se enmarcan. Sin embargo, no debemos caer en la trampa de considerar a las entrevistadas como carentes de cualquier iniciativa o capacidad propia de decisión frente a su propia sexualidad; más bien, es necesario puntualizar las mediaciones entre sus criterios personales y las imposiciones culturales, en especial las de género.

En segundo lugar, la misma sociedad impone marcos de referencia, parámetros sociales que señalan cuando y con quien tener relaciones sexuales. Esto suele estar regulado por las reglas de parentesco (Dumont, 1975). Estas normas consisten en mecanismos para clasificar con qué persona es posible establecer una relación de pareja y con cuál está prohibida. Por una parte, existen límites definidos por la consanguinidad y en otros casos por la filiación; esto implica la imposibilidad de establecer una relación de pareja con familiares cercanos, mientras que es posible y hasta deseable, por parte de la sociedad, con los miembros de otros grupos.

En el caso de la cultura occidental, estas prácticas no necesariamente están definidas por lo étnico, sino más bien, por la pertenencia a una clase social. Por ejemplo, en zonas rurales, aisladas y poco pobladas, hay una recomposición de dicha normatividad, ya que suelen tener prácticas sexuales entre parientes cercanos (Levi-Strauss, 1967). Por ello, en los relatos de algunas entrevistadas encontramos que tenían relaciones con parientes cercanos como sus primos. Este aspecto señala algunos rasgos particulares que establecen una diferencia entre las entrevistadas de las áreas rurales quienes iniciaron su vida sexual activa a edad más temprana que aquellas cuya infancia transcurrió en las áreas urbanas; así, en las áreas rurales las entrevistadas iniciaron su sexualidad entre los 14 y los 16 años de edad; mientras que las provenientes de zonas urbanas, tuvieron su primera relación sexual entre los 17 y los 23 años de edad.

Y en tercer lugar, la misma sociedad reglamenta la forma que debe tener la relación sexual en sí misma. Es decir, define las edades en las que se puede o se debe empezar la vida sexual activa, las posturas, las acciones y la forma como cada uno debe actuar. Se delimita lo que es normal y anormal en cada contexto. Dichas elecciones están basadas en la identidad genérica de las personas, debido a que, con base en lo que se considera como propio de la masculinidad y

de la feminidad, se estipulan la actitud y los patrones de conducta durante las relaciones sexuales. Desde el orden social de género, el ejercicio de la sexualidad lo podemos comprender como la aplicación de los parámetros que la sociedad impone sobre las nociones de placer y sobre la definición de la actividad sexual intrínseca a los hombres y la pasividad sexual como propia de las mujeres.

Las entrevistas realizadas para esta investigación señalan la forma como dichas experiencias fueron eventos que marcaron la relación de pareja. De esta forma, la autonomía que las mujeres ejercen sobre su cuerpo, espacio por excelencia de la intimidad, ha sido construida, además, a partir de las experiencias sexuales que han tenido. Con esta configuración basada en parámetros sociales y experiencias vividas, las decisiones que estas mujeres han tomado sobre su vida sexual son una expresión de la autonomía que han construido en el transcurso de su vida. Veamos qué patrones han definido la forma de las relaciones sexuales de las entrevistadas, es decir, la forma como se conjugaron los deseos personales y las imposiciones sociales en la práctica de su sexualidad.

5.1.1. El silencio sobre la sexualidad

Los patrones que rigen la sexualidad no necesariamente son llevados a un discurso que se transmite como parte de la tradición oral de generación en generación. Más bien, lo que encontramos es que la sexualidad es un tema vedado en la comunicación intrafamiliar que adquiere una connotación de “tabú”. La gran mayoría de las entrevistadas nos manifestó que este tema no era tratado en sus hogares.

No, no se hablaba en casa de eso. Como mi papá siempre fue en ese aspecto como muy cerrado, o sea como para él ese aspecto lo teníamos que experimentar por nosotros mismos, más no le podíamos preguntar a él (Leticia, 41 años, urbana, profesional).

Los temas sexuales no eran tratados por los padres. Estas mujeres crecieron en un ambiente marcado por el permanente silencio hacía todo lo relativo a la sexualidad. En consecuencia, todas ellas narraban que su vida sexual activa inició con una profunda ignorancia al respecto, incluyendo lo concerniente a la reproducción. Es más, una de ellas manifestó que al

momento de casarse, “no sabía ni por donde le iban a hacer, ni qué debía hacer, ni nada” (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

¿Usted recibió educación sexual? No. ¿Su mamá le decía algo? No. ¿Cómo se lo imaginaba usted? No me lo imaginaba (Guadalupe, 32 años, urbana, secundaria)

La respuesta que frente a esta misma pregunta nos ofreció una de las entrevistadas, deja ver también la forma como la madre era quien transmitía los valores, creencias y prohibiciones en torno a la sexualidad y el cuerpo de las mujeres. En este sentido, se expresa un sentimiento de vergüenza respecto a su propio cuerpo en el marco de un proceso como es el ciclo menstrual. Estos silencios alrededor del cuerpo femenino llevaron en muchos casos a un desconocimiento e incluso una negación de su propio cuerpo.

No, mi mamá era muy especial con nosotros. Sólo cuando me llegó el periodo, como que se espantaba. Yo creo, y yo lo tenía que ver casi a escondidas que no me viera ella, porque eso me daba como miedo, por eso no me dijo nada de eso” (Lina, 42 años, urbana, primaria)

La familia es un espacio determinante en la construcción de las desigualdades que imperan en el mundo (Stacey, 1986). A su vez, cada uno de los miembros que la componen tiene deberes y derechos designados de acuerdo con el sexo y con la edad. La familia es un sistema de relaciones de poder que se encarga de imponer y controlar las acciones de cada uno de sus miembros. Es, justamente, en ese marco normativo dado por los patrones de relaciones familiares donde se gestan las nociones de cuerpo y autonomía. Por ello, el inicio de una relación de pareja de las entrevistadas se generó en contextos marcados por silencios, y en una ausencia de información y comunicación tanto entre la mujer y su madre, como entre la misma pareja.

Sin embargo, nos encontramos con una tendencia en las madres menores de 40 años de edad a abordar más ampliamente estos temas con sus hijas debido a las experiencias que ellas tuvieron como consecuencia de la falta de información (Margarita, 36 años, urbana, primaria). Las generaciones más adultas estaban más expuestas a que las robaran, violaran y casaran a edades tempranas. Además, el hecho de que las nuevas generaciones estén mucho más expuestas, por los medios de comunicación, a conocer sobre temas asociados al ejercicio de la sexualidad, han provocado transformaciones en las concepciones sobre la sexualidad. Así, en los últimos

años, la sexualidad se ha ubicado en el centro de la opinión pública, para replantear aquellas experiencias vividas en las diferentes generaciones.

5.1.2. Motivación en sus prácticas sexuales: por complacer a la pareja

Existen dos razones por las que es necesario analizar los patrones sociales que rigieron las prácticas sexuales que las entrevistadas tuvieron antes de que se les diagnosticara la infección por el VPH. Primero, la enfermedad comienza con un virus que se transmite por contacto sexual. Segundo, la sexualidad se encuentra regulada por principios socialmente construidos, en especial por las normas de género. En aras de alcanzar el objetivo trazado, optamos por preguntar a las entrevistadas cuáles fueron los motivos que las llevaron a tener su primera relación sexual. Esta pregunta permitió tener acceso a una serie de nociones mucho más amplias sobre la forma como el ejercicio de la autonomía femenina había incidido en su sexualidad.

Sólo dos mujeres manifestaron haber tenido su primera relación sexual “por amor”, pocas lo tuvieron por iniciativa propia o por placer. Una de ellas afirmó que en vista de que su cuñado quería abusar de ella, decidió “entregarse al novio” (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta). Esto es expresión de una constante: ellas crecen en un ambiente donde el deseo sexual aparece como intrínseco al hombre y la mujer es vista como un ser pasivo a disposición del deseo masculino.

A partir de este referente, las mujeres vivieron su infancia y adolescencia sometidas a un fuerte control de la familia bajo la premisa de protección del deseo, “amenaza” masculina que encarnaban amigos, pretendientes o novios. En consecuencia, la sexualidad está basada en una desigualdad de poder, donde las decisiones de las mujeres son tomadas en función de la hegemonía masculina que “dispone” del cuerpo femenino de acuerdo con sus propias necesidades, pero cuando se trata de la pareja conyugal disponen del cuerpo de su esposa, para su propia necesidad o deseo, con el consentimiento amoroso por parte de ellas, quienes lo consideran como parte del débito conyugal.

“A la hora que mi marido quería, a esas horas me ocupaba”

Las relaciones sexuales y las negociaciones verbales –o los silencios- entorno a ellas, expresan intercambios que no siempre son iguales para hombres y mujeres. La importancia de lograr y mantener una unión marital para una mujer puede llevarla a relegar sus preferencias y deseos a un segundo plano, atribuyendo mayor importancia a complacer sexualmente al varón. El comportamiento sexual es un medio que les permite a las mujeres adquirir y mantener relaciones familiares adecuadas. En un entorno marcado por la exclusión, estas relaciones son el principal recurso para incorporarse socialmente como mujer. (Dixon-Müeller, 1993 citado en Szasz, 1999).

Algunas mujeres nos manifestaron que ellas no estaban buscando algún tipo de placer cuando iniciaron su relación de pareja, ya fuese bajo matrimonio o unión libre. Ellas asumían las relaciones sexuales como una especie de consecuencia secundaria que tuvieron que afrontar sin muchas herramientas cuando la situación las obligó. Ellas buscaban salir de sus hogares y huir de la opresión doméstica, o mejorar su nivel de vida; algunas nos mencionaron que buscaban afecto y cariño. Sin embargo, cuando asumieron la sexualidad, tuvieron que hacerlo porque su deber como esposa incluía la satisfacción de la sexualidad del esposo y no la propia.

No quería, pero pues (risas), tuve que querer, vaya, porque ya me fui con el hombre... No me sentía bien yo, porque tenía miedo, pero pues finalmente acepté porque ya no me quedaba de otra. (María, 62 años, rural, primaria incompleta)

Pues la verdad no era cosa que uno quisiera, pues así que yo lo deseaba así, no. (Margarita, 36 años, urbana, primaria)

La vulnerabilidad de las mujeres a la autoridad y capacidad económica masculina dificulta sus posibilidades de decidir cuándo, cómo y con quien tener relaciones sexuales, así como el uso de algunos métodos anticonceptivos. Las relaciones de género socialmente construidas presionan a la mujer a complacer sexualmente al varón, independientemente de sus propios deseos y de los riesgos de embarazarse o enfermar. Debe confrontar constantemente estos riesgos con los de la infidelidad de la pareja, abandono o violencia (Dixon-Müeller, 1999).

En este sentido, Manuela manifestó lo que consideraba debía ser la función de las mujeres en lo sexual, ya que estaba reproduciendo los roles sociales y el ejemplo de obedecer aquello que le enseñaron sus padres.

Pues yo creo que sí, yo me sentí así, pues así me sentía, porque no sé...será que mi esposo cuando en aquel entonces, era de las personas que agarraba y me decía que este... no, pues vente y uno lo hacía, yo creo que porque yo lo siento así, como que uno estaba muy cerrado, como mi papá y mi mamá siempre nos tuvieron en la casa, nunca salíamos o así entonces, yo me imagino que se veía uno muy cerrado, entonces yo creo que cuando tuve a mi esposo fue muy diferente, luego me decía ven para acá y así, como que me sentía obligada a ir. (Manuela, 40 años, urbana, Secundaria)

La existencia femenina se sitúa en la satisfacción de las necesidades de otros y el cuerpo de las mujeres es definido como un cuerpo para otros. La valoración subjetiva y social de la feminidad se encuentra en el logro de la función reproductora: poseer un cuerpo atractivo para otros, lograr movilidad social a través de la unión marital y el ejercicio de la maternidad (Szasz, 1998). El pensamiento cristiano ha contribuido a la construcción de estereotipos en el comportamiento reproductivo de las mujeres, en tanto condena el erotismo femenino y estimula exclusivamente a la sexualidad reproductiva, contribuyendo a conformar un entorno de represión sexual (Szasz, 1998). Por ello, en los relatos de las entrevistadas se observa la mínima o casi nula autonomía del cuerpo de algunas mujeres, y éste es concebido como objeto para los otros.

“La mujer está para saciar al otro”, ese era su pensamiento (el de su madre) y nada más... Pues, pensaba yo que era mi obligación, por ser su mujer (Ángela, 53 años, rural, primaria).

Más allá de constituirse en un acto voluntario, compartido y placentero, para ellas, era una obligación.

Ya no sentía nada al estar con él... ya casi luego era por obligación que estaba con él (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

A la hora que mi marido quería, a esas horas me ocupaba
¿Aunque usted no quisiera? Aunque yo no quisiera
¿O sea que estuviera usted dispuesta o no estuviera dispuesta?
Ándale, aceptaba, así fue, así tuve yo a mis nueve hijos... tuve nueve pero me viven ocho.
(Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta)

Así, el ejercicio de la sexualidad dependía directamente de los deseos de la pareja. Una mujer señaló que jamás había experimentado un orgasmo, ya que las relaciones sexuales no representaban placer alguno para ella (Amalia, 39 años, rural, secundaria). Esto implica que el

hombre era quien disponía del cuerpo femenino según su propia voluntad, al punto de que algunas mujeres manifestaron haber sido violadas en algún momento por sus maridos. (Maria, 64 años, urbana, primaria incompleta)

...y yo no tenía ganas de estar con él, le digo que no sé ni como pasó lo de mi hijo, pues violada. (Elvira, 73 años, urbana, primaria)

5.1.3. Sexo por miedo a la infidelidad

Uno de los aspectos más sobresalientes que se perciben en las entrevistas está asociado con la manera como la sexualidad estuvo intrínsecamente relacionada con el temor a la infidelidad de la pareja. En consecuencia, las mujeres manifestaron acceder a tener relaciones sexuales temiendo que su esposo buscara otra mujer al ver que ellas no cumplían con lo que consideraban que eran las obligaciones correspondientes a su rol de esposas (Amalia, 39 años, rural, secundaria). También hubo casos en los cuales los maridos deseaban dejar embarazadas a sus esposas con la creencia de que eso les garantizaba la fidelidad de ellas cuando éstos se ausentaran para trabajar.

Este fue el caso del compañero de Elodia, quien antes de partir hacia Estados Unidos, quiso dejar a su esposa embarazada y así asegurar que ella no conseguiría otro hombre durante su ausencia (Elodia, 46 años, urbana, primaria incompleta). En casos como este, el temor a la infidelidad siempre estuvo presente en la relación de pareja, razón por la que los celos solían ser la constante en algunas relaciones.

Para Dixon-Müeller, las relaciones de poder entre los géneros pueden determinar relaciones sexuales no deseadas e impedir el uso de anticonceptivos y medidas de protección a la salud, además de propiciar la explotación y el abuso sexual. Las mujeres aparecen vulnerables a las condiciones emocionales de sus relaciones y a la violencia masculina, vulnerables económicamente y también por desinformación e ideologización sobre lo que es una conducta sexual segura (Dixon-Müeller, 1993), el relato de vida de Pilar llama la atención al comentar que cuando su relación entraba en crisis, el esposo, quien constantemente la celaba, le pedía que tuvieran un nuevo hijo, ya que él consideraba que el embarazo solucionaría los problemas de su relación:

Cuando mi niño ya tenía como unos... siete años aproximadamente [...] empezó a pelear, a darle celos y bueno otros problemas y quiso que me embarazara de mi otro hijo y pues me embaracé otra vez, mi niño tiene ahorita, para marzo cumple once años. [¿Y usted sí quería tener otro hijo?] No, yo ya no quería. (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta)

Pues como de por sí yo ya empezaba a tener problemas, entonces su idea, que yo me di cuenta que él tenía, es de que él pensaba irse o sea nos pensaba dejar, porque ya andaba ahí con alguien. Teníamos muchos, muchos problemas pero él se quería ir, pero... lo que quería era dejarme embarazada, si él quería que yo me quedara embarazada para que él se pudiera ir, entonces este... y como teníamos bastantes problemas, entonces pues yo... o sea se me vino, tuve problemas también, y ... él mismo me llevó al doctor, ya después ...y ya después, otra vez y de ahí ya él no se cuidaba, ni dejaba que yo me cuidara, por eso yo me di cuenta que él quería dejarme así, para poderse ir y o sea me volví a enfermar, ... y entonces ya... ya mejor después se fue y ya después yo ya mejor le dije sabes qué?... “no quiero ya nada contigo, si te vas a ir pues mejor vete”, pero yo ya no quería yo quedarme embarazada, ni volver a pasar por lo mismo y volver a pasar por lo mismo, ya había tenido dos abortos, entonces ya no... entonces él se fue. (Elodia, 46 años, urbana, primaria incompleta)

Este hecho sugiere, en términos de Lagarde, un vínculo con el orden social de género en el cual la imagen social de las mujeres se devalúa si asume cualquier forma de poder propio sobre su sexualidad. Si usan anticonceptivos, las mujeres pueden ser polígamas, pueden tener relaciones con distintos hombres sin peligro de embarazarse o ser descubiertas por esa vía. De esta manera, el embarazo deja de ser la contención a la autonomía erótica de las mujeres, y la maternidad el fin principal de su sexualidad (Lagarde, 2005:422).

Por otra parte, este caso muestra cómo la sexualidad y la maternidad son aspectos que forman parte del ejercicio del control masculino sobre las mujeres, ya que la maternidad puede ser percibida por los hombres como una forma de des-erotizar a la mujer en el contexto social, bajo la creencia de que la maternidad garantiza la fidelidad haciendo que ella deje de ser deseable para otros. En consecuencia, la autonomía que estas mujeres debieron ejercer sobre sus propios cuerpos y sobre su vida sexual, solía estar en manos de sus esposos. De manera que el sexo no necesariamente está vinculado al placer femenino, sino a la satisfacción, no sólo del placer físico del hombre, sino de sus inseguridades emocionales.

5.1.4. Soportar la infidelidad

La infidelidad es uno de los temas centrales del presente análisis, ya que aquí convergen aspectos significativos para comprender la relación entre sexualidad y autonomía. Por un lado, en el momento cuando inicia la unión de pareja, ambas partes se comprometen a otorgarle a su cónyuge la exclusividad sexual, lo cuál se sustenta en una estructura afectiva. Pero, por otro lado, cuando se presenta una ruptura de esta regla explícita, no sólo se suelen presentar crisis en la relación, sino que se abre la posibilidad al contagio por infecciones de transmisión sexual, máxime cuando el hombre no acepta el uso de preservativos. ¿Cómo manejaron esta situación las entrevistadas?

La infidelidad en la pareja puede ser de parte del hombre, así como por parte de la mujer. Al preguntar a las entrevistadas si alguna vez habían sido infieles a su pareja, sólo encontramos que una de ellas expresó haberle sido infiel en una ocasión a su esposo. Esto puede deberse a que, generalmente, las mujeres no admiten el ser infieles, dado que la infidelidad de la éstas tiene una carga simbólica mucho más fuerte, ya que se considera como una acción en contra de todos los ideales de género, como la pureza, la castidad, la abnegación y el sufrimiento que debe caracterizar a la mujer. Por lo tanto, resulta significativo que sólo una mujer nos contó sobre su infidelidad; se trataba de una mujer de 25 años que vive en la ciudad y con primaria completa (Santa, 25 años de edad, urbana, primaria). Este dato resulta ser sintomático de la resistencia que ejercen las nuevas generaciones para atreverse a desafiar los esquemas culturales que se suelen imponer sobre el ejercicio de la sexualidad de las mujeres, para darle un espacio relevante a las decisiones tomadas a partir de la autonomía y no sólo desde la normatividad cultural.

En otro sentido, la infidelidad de los hombres ha sido considerada por la sociedad patriarcal como una irrefutable confirmación de su virilidad, por lo que no sólo se acepta, sino que en algunos casos se considera como parte de los valores tradicionales de construcción de la masculinidad. Así, frente a un solo caso de infidelidad femenina, los casos de hombres infieles que relatan las entrevistadas, son bastante frecuentes. Es más, muchas de las entrevistadas no dudaron en afirmar que su pareja les había sido infiel en varias ocasiones y con diferentes parejas. Otras, que advirtieron la infidelidad y la soportaron, señalaron lo siguiente:

Pues seguido, varias veces. Pues ya ve como son los chóferes y no falta que se junten con otra habiendo tantas mujeres. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Sí, porque no hay hombre que sea sincero. Todos son infieles. (Ana María, 37 años, urbana, primaria)

Él era muy mujeriego doctora [...] A mi me comentaban que andaba con mujeres, todo el mundo le encontraba, hasta para decirle bueno [...] Por eso nunca le decía nada. (Teresa, 28 años, urbana, primaria)

Los condicionantes sociales de género limitan las posibilidades de solicitar a la pareja el uso de medidas preventivas para la transmisión de ITS. Además, las construcciones genéricas alientan la infidelidad de los hombres como una afirmación de la masculinidad, exponiendo a las mujeres a la transmisión de infecciones (Dixon-Müeller, 1999). Así, frente a la decepción amorosa y como reacción a la infidelidad, algunas reaccionaron amenazando con una separación, y hubo casos en los cuales abandonaron a sus esposos temporalmente. Así, la infidelidad de su pareja fue un detonante para la toma de decisiones. Es decir, para que pusieran límites o negociaran su relación.

Vaya usted a saber, porque en una ocasión sí. Yo creo que estuvo a punto, doctora [de irse con otra]. Yo le dije: “Pues te hubieras ido, yo me hubiera quedado con mis hijos que están chiquitos.” Pero nunca se fue. (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

Le vuelvo a repetir que cuando él logró ocupar ese puesto, sí hubo muchas cosas de infidelidad, demasiadas. Porque, como le digo, para él fue algo que había anhelado mucho tiempo y entonces se le dio, entonces sí hubo. Inclusive sí hubo alguna vez una separación. No se, tres o cuatro meses, también lo hubo, por lo mismo de lo que pasaba con él. (Leticia, 41 años, urbana, profesional)

Lo corrí, lo eché de la casa. Pasaron muchas cosas, tuvimos muchos problemas, porque a mi me dolió mucho. En parte, yo sentía que yo daba todo, para que él me hubiera fallado de esa manera. Pero no sé si gracias a Dios lo resolvimos, lo superamos. (Margarita, 36 años, urbana, primaria)

¿A qué se debió que algunas mujeres aceptaran y otras toleraran la infidelidad? La variable que nos llamó la atención fue la edad de las mujeres. Las menores de 40 años, al momento de la entrevista, optaron por la separación “Pues... infidelidad. Más que nada por eso me separé” (Laura, 32 años, urbano, preparatoria). Mientras que las mayores, tendían a soportarlo durante años hasta que el esposo envejecía, enfermaba o fallecía (María Isabel, 61

años, rural, primaria incompleta).

Un ejemplo de ello fue el de Isabel de 70 años que padeció durante más de 50 años infidelidades por parte del esposo; sin embargo, ella lo aceptó porque él nunca le dijo que otra mujer era mejor que ella y siempre la hizo sentir la más importante frente a las demás. Esto significaba que él le otorgó el lugar de las señora de la casa, la madre de sus hijos y eso era significativo para ella (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta).

El hecho de que la decisión de dar por terminada la relación fuera más recurrente entre mujeres con más de 10 años de convivencia, y con edades entre 30 y 40 años al momento de la entrevista se puede comprender como el resultado de una tendencia, entre las mujeres de las nuevas generaciones, menores de 40 años, de sectores urbanos y con mayor escolaridad, a la posibilidad de construir autonomía y empoderamiento con mayor facilidad frente a la relación de pareja, y considerar a las relaciones extramatrimoniales de sus parejas como particularmente adversas y nocivas para ellas mismas.

Pues, ahora sí que no se puede perdonar, eso lastima y pues yo siempre estuve pendiente de él, teníamos como 10, 11 años que vivimos en la misma casa, pero él su vida y yo la mía [...] Pues al principio me costó mucho. Ya sabía yo de sus infidelidades. Pero después de que tuvo su aventura yo ya no lo acepté (Ángela, 53 años, rural, primaria).

De acuerdo con estos testimonios, por el hecho de que la mayoría de ellas aceptaran que sus parejas fuesen quienes tomaran las decisiones sobre el ejercicio de su propia sexualidad, podemos argumentar que la concesión del control corporal forma parte del contrato implícito en las relaciones de pareja. Sin embargo, dicho contrato también tiene sus límites, siendo la infidelidad una de ellas. Esto nos sugiere que las entrevistadas jóvenes tienen mayor posibilidad de romper su relación de pareja al considerar un atentado o la violación de uno de los principios más importantes; mientras que las mujeres mayores otorgan a la relación un carácter inmodificable y marcado por su indisolubilidad. De tal forma, si bien hay una tendencia a que sus parejas tomen las decisiones por ellas, también las hay, como en esta investigación principalmente las más jóvenes, que colocan límites al ejercicio del control masculino.

Sin embargo, el derecho de poner límites es más fuerte entre las pocas que asocian las infidelidades de su esposo, al contagio de alguna enfermedad que ponga en riesgo su salud.

Como en unas tres ocasiones [...] Pues digo nada más hablaba con él, que cogiera juicio, que mirara que hay varias enfermedades. Yo le decía: tu eres un puerco y luego vienes aquí y si me llegas a infectar o algo. Y una vez le dije: sabes que lo siento mucho, pero si eso es lo que te gusta, mejor vete. (Teresa, 29 años, rural, secundaria).

De esta manera, hubo una mujer que se enteró que su contagio obedecía a la infidelidad del marido. Esto la llevó a una consecuente crisis afectiva, a la posterior separación y hacia un largo tratamiento contra el cáncer cervicouterino a raíz de las infidelidades de su esposo:

Nos juntábamos un grupo de amigas y todo eso. Entonces una de ellas pues, nos la hizo a todas: anduvo con los maridos de casi todas las que nos juntábamos y yo me enteré como dos años después, que una vez que yo me había ido a la casa de mi mamá, cuando se casó mi hermano, habíamos peleado mi esposo y yo [...] Entonces ella fue a la casa y con mi esposo tuvieron relaciones. Ella nos platicaba que la habían operado de la matriz porque tenía cáncer y nos platicaba que tenía como mezquinos alrededor de la vagina. Entonces cuando yo me entero de todo eso, caí en depresión, peleamos y lo corrí de la casa [...] Y yo le decía a mí esposo: nada más que me contagies de una enfermedad, nunca te lo voy a perdonar. Y siempre ese fue mi miedo. (Marisela, 39 años, urbana, secundaria)

En las entrevistadas encontramos que la gran mayoría de mujeres refieren infidelidad del esposo (de alguno de ellos o de ambos) y en otros casos hay indicios de infidelidad. En los pocos casos en que no se refiere infidelidad del esposo el tuvo una unión anterior o parejas sexuales anteriores o era extremadamente mayor que ella. Lamentablemente, muy pocas de las entrevistadas pudieron asociar la infidelidad de sus esposos, o las implicaciones de su sexualidad previa con su propia vulnerabilidad hacia la transmisión del virus del papiloma humano.

Podríamos pensar que en los pocos casos en los que se llega a tener conciencia del contagio y de su relación con la vida sexual del esposo, las mujeres deciden dar por terminada la relación. La mayoría de ellas aceptaron las infidelidades del esposo por años, ya que consideraban como prioritario el sostenimiento de la relación, de su hogar y de la estabilidad de sus hijos y no asociaron las prácticas sexuales extramatrimoniales de sus esposos con un peligro para la salud de ellas. Para la mayoría de las mujeres los hijos se convierten en la causa primordial que justifica cualquier esfuerzo y aguante frente a cualquier situación en la relación, por difícil que sea.

Sin embargo, cuando se combina por un lado, el contagio de una ITS o el VPH y por el otro la infidelidad conyugal, esta mezcla se convierte en una razón para darle fin a la relación. Tanto la decepción y sobre todo el miedo a un contagio se convierten en detonantes para el

ejercicio de un mínimo de autonomía de las mujeres: poner límites a la infidelidad sexual de sus esposos. Cabe preguntarse cuánto cambiarían las relaciones de género en las parejas conyugales si todos los hombres y todas las mujeres unidas o casadas conocieran los riesgos que se pueden derivar de las prácticas sexuales de sus parejas conyugales. Hasta ahora muy pocos conocen sobre el origen de la transmisión sexual del cáncer cervicouterino.

5.2. Reproducción, anticoncepción y normas de género sobre sexualidad conyugal

El cuerpo de la mujer culturalmente se concibe como un espacio privado cuya autoridad reside en la familia o en la pareja, instancia que define que es posible hacer y que está permitido. El ejercicio del poder sobre el cuerpo femenino se traduce en la imposición de normas en torno a como vestirse, cuando tener relaciones sexuales, cuando embarazarse y que métodos anticonceptivos utilizar. Un aspecto fundamental en el análisis del ejercicio de la autonomía femenina tiene que ver con la reproducción. Por antonomasia, tiene lugar en el espacio más íntimo de la mujer: su propio cuerpo. Ha habido diversas formas de comprender el cuerpo embarazado por parte de las ciencias de la salud, la sociología y la antropología. Estas propuestas nos señalan que la cotidianidad de las mujeres embarazadas cambia no sólo en su aspecto anatómico, sino que, además, comienzan a ejercer un rol social en la medida en la que un nuevo ser humano genera con ellas un lazo de dependencia. Asimismo, en la medida en la que las mujeres embarazadas reconstruyen sus vínculos parentales al incorporarse a la familia de su pareja y ascender de *status* al convertirse en "madre", hay una reformulación de su lugar en las relaciones de poder familiares. Este hecho tiene que ver directamente con la dupla autonomía-dependencia.

Esto se desprende de las entrevistas realizadas, ya que no sólo un nuevo ser llegó a depender de ellas, sino que hubo una evidente visibilización en el paso mujer como persona madre a pasar a una recomposición y empoderamiento de ellas, de exigir para otros, de acuerdo con el valor que la familia de su pareja, su esposo y ella asignan al hijo.

Por lo tanto, en este apartado nos interesa comprender la relación entre la forma como las entrevistadas construyeron su maternidad y la redefinición cotidiana del ejercicio de su autonomía. Abordar esta problemática nos permitirá aproximarnos a otros elementos que al incidir en la subjetividad convirtieron a la maternidad en estructurante de cierta autonomía. En

consecuencia, siendo su propio cuerpo el espacio donde tiene lugar la nueva experiencia, nos preguntamos si en algún momento las mujeres tomaron la decisión sobre la maternidad y cuáles fueron los referentes que incidieron en las decisiones que tomaron a lo largo de sus vidas para tener o no tener hijos.

Un primer aspecto notable es que la gran mayoría de las entrevistadas quedaron embarazadas poco tiempo después de haber iniciado su relación de pareja y su vida sexual activa; incluso, algunas manifestaron que su embarazo fue producto de su primera relación sexual. La mayoría de ellas tuvieron entre 3 y 8 hijos y manifestaron que ese había sido su deseo desde el comienzo. Incluso, no usaban métodos de planificación familiar, más bien, los hijos llegaban "improvisados, pero bonito", según comentó Margarita (36 años, urbana, primaria).

Podríamos pensar que este tipo de patrones con la reproducción son propios de los espacios rurales, sin embargo, aun en las mujeres que crecieron en espacios urbanos, los hijos también llegaron a sus vidas de manera "improvisada"... sin planeación alguna, ya que como habíamos visto, no sabían mucho sobre sexualidad y ni tampoco sobre anticoncepción. Podemos suponer que, aunque tuvieran información al respecto, no garantizaba que hubieran tomado decisiones debido a la limitada construcción de autonomía y al valor que ellas mismas le atribuyen a la maternidad, sobre todo al inicio de su vida sexual y conyugal.

Esta falta de planificación familiar es significativa para el tema que aquí nos compete, ya que la proyección de la cantidad de hijos a tener y las formas para evitar el embarazo son aspectos que se cruzan con la autonomía ejercida por la mujer; es decir, con el grado de decisión a la hora de definir los límites de su corporeidad. Por lo tanto, el hecho de que las mujeres no hubiesen utilizado método alguno de planificación es una muestra de la falta de autonomía sobre su propio cuerpo, ya que las decisiones sobre la reproducción y sobre su salud sexual quedaban en manos de la iniciativa y decisión de su esposo. Al respecto, algunas mujeres manifestaron lo siguiente:

La verdad lo hacíamos, pero no, no sabíamos si iba a haber o no [hijos]. Ahora no, ahora ya es diferente. (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta).

¿Mi primer bebé? Vino así nada más (Susana, 45 años, urbana, primaria).

Además de la limitada capacidad de decisión sobre las relaciones sexuales, otro aspecto que aparece es el sentimiento de vergüenza para acceder a la información sobre la planificación familiar o acercarse a los anticonceptivos en los centros de salud. El temor a ser cuestionadas es una causa central para que las parejas jóvenes no usen ningún tipo de protección en sus primeras relaciones sexuales. Una muestra de ello es la siguiente entrevista realizada a Lina:

Es que nosotros de quince años ir a preguntar al centro de salud como que nos daba pena y luego los médicos que me atendían el parto me decían vaya al centro de salud a que le den esto y lo otro, pero siempre me daba pena ir a preguntar. Como mi mamá no me acompañaba para nada, me daba pena" (Lina, 42 años, urbana, primaria).

La identidad de género influye en la salud de las mujeres, pues tiene que ver con la importancia de los comportamientos sexuales en la afirmación de las identidades masculina y femenina. Esto incluye lo que se considera erótico u ofensivo, como también qué y con quién es apropiado o inapropiado que los hombres y las mujeres hablen sobre su sexualidad. El poder de tales referentes se hace latente en los silencios: las mujeres deben callar o hablar muy poco del ejercicio de su sexualidad; este hecho va en detrimento de su salud principalmente cuando se ven envueltas en relaciones sexuales tempranas, la aceptación pasiva de las demandas sexuales y procreativas de los hombres, la ausencia de medidas preventivas contra las infecciones de transmisión sexual y la exposición a riesgos derivados del desconocimiento de la conducta sexual de la pareja (Dixon-Mueller, 1999; Sai y Nassim, 1989). Estas normas morales y de pudor hacia el comportamiento femenino en la mayoría de los casos producen consecuencias desafortunadas en cuanto a la prevención y tratamiento, que terminan por generar prácticas que aumentan la posibilidad de contraer cáncer cervicouterino.

5.2.1. En manos del cónyuge: “mi esposo me cuidaba”.

Como hemos visto, las mujeres comenzaron su vida sexual, en la gran mayoría de los casos, sin posibilidades de limitar las iniciativas sexuales de sus parejas, sin decidir por sí mismas, es decir, “cuidarse” para no embarazarse y sin los conocimientos básicos referentes a la planificación familiar. Después de haber tenido varios hijos ellas se percataron de que era necesario tomar medidas, pues económicamente a sus esposos no les era posible cubrir los gastos básicos de una

extensa familia. Por lo tanto, muchas de ellas se acercaron a los centros de salud donde les dieron información sobre los métodos de planificación familiar. Después de haber elegido alguno, hubo mujeres que los usaron por un tiempo, para abandonar su uso en cuestión de meses. Braulia mencionó lo siguiente:

A partir del primer bebé, ya empecé ahí, pastillas, pero las arrojaba y me hice embarazada del segundo. Del tercero me controlaba con óvulos... pues la verdad me dio flojera y me hice embarazada y la cuarta pues no me bajaba mi regla y me estuve controlando después de la niña y ahí resulté embarazada de la otra... y el último pues fue un... ya ahí no me controlaba, nada más *mi esposo me cuidaba*. Ya no usaba métodos (Braulia, 38 años, rural, primaria incompleta).

Pues sí, me cuidaba él (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Pues él me cuidaba (Sara, 46 años, urbana, primaria incompleta).

Lo que pasa es que luego yo ya lo dejaba de tomar por que ya ve que se fastidia uno (Susana, 45 años, urbana, primaria).

Estos fragmentos denotan el poco cuidado ante la anticoncepción por parte de las mujeres. Además, el hecho de permitir que su esposo "la cuidara" -aludiendo al coito interrumpido- y la falta de decisiones sobre las relaciones sexuales, manifiesta la forma en la cual se dejaba en manos de su pareja la decisión de tener hijos, es decir, advierte la participación de algunos hombres en regular la reproducción, aunque también destaca el carácter "improvisado" de la maternidad, ya fuera por falta de información sobre la utilidad de los métodos de anticoncepción, o posiblemente porque fueron mujeres que quisieron tener los hijos que tuvieron, porque estaban de acuerdo con las decisiones de su pareja, por lo cual sólo las aceptaban.

5.2.2. Efectos secundarios de los métodos anticonceptivos

Entre las mujeres que mencionaron haber utilizado los métodos de planificación familiar algunas de ellas afirmaron sentir en algún momento que su salud se estaba deteriorando por el uso de pastillas anticonceptivas o por el uso del dispositivo intrauterino. Por ejemplo, una de ellas mencionó que estaba aumentando de peso y su estado de ánimo era muy variable. Este hecho fue determinante para que ella decidiera que su pareja era quien debía tomar las medidas necesarias para la planificación de la descendencia frente al deterioro que presentaba su propio cuerpo.

Le dije que se pusiera condón, porque con el dispositivo yo engordé bastante y ya todo me ponía de malas, entonces le dije que ahora le tocaba a él cuidarse o que se hacía la vasectomía o que se protegiera él, porque yo ya no estaba dispuesta a estarme inyectando o tomar pastillas" (Marisela, 39 años, urbana, secundaria).

Este es uno de los pocos casos en los cuales se observa que la mujer toma decisiones sobre su cuerpo, e involucra a su esposo, solicitándole que sea él quien tome un papel más activo en la anticoncepción. Como podemos observar es una mujer joven, que vive en la ciudad y con un mayor nivel de escolaridad, sugiriendo una percepción diferente en mujeres con este tipo de características. Igualmente, observamos que Marisela tenía alguna información sobre métodos de planificación familiar, ya que en su relato nos señala al menos cinco métodos de anticoncepción.

Asimismo, observamos que algunas ejercen autonomía sobre su cuerpo cuando se percibe un riesgo en la salud, siendo el detonante que hace que ellas se empoderen y empiecen a exigir a su pareja una corresponsabilidad frente al tema de la planificación familiar. Sin embargo, las percepciones sobre los riesgos en la salud, derivados de la anticoncepción, pueden obedecer a la falta de conciencia de que las prácticas sexuales o extra matrimoniales de los varones pueden poner en riesgo a las mujeres de contraer una ITS.

Algunas mujeres relacionan el cáncer cervicouterino con el uso de anticonceptivos y esto puede obedecer a que, en algunos casos, el cáncer se detectó en el momento de una revisión de estos métodos. Ante la falta de información sobre la relación entre el VPH y el cáncer cervicouterino estas mujeres intentan definir la causa de su enfermedad y tienden a asociar el uso de los anticonceptivos con el desarrollo del cáncer cervicouterino.

Pues ya vivía yo con una de sus tías y me sentí mal, me sentí con mareos...y yo tenía dispositivo, pensé que estaba embarazada, pero no, el doctor me dijo que me iba a quitar el dispositivo porque tenía un tumor y que necesitaba hacerme el Papanicolaou, me hice el Papanicolaou aquí en Toluca y me dijo que yo tenía cáncer (Teresa, 28 años, urbana, primaria).

Yo después de que nació mi hija me puse el DIU, a lo mejor me dicen que eso podría haber sido mi problema del cáncer pues lo traje desde que mi hija nació como hasta hace dos años, o sea como 8 años.. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Así, Teresa, a pesar de ser joven y vivir en el área urbana, ante la falta de información sobre las causas u origen del cáncer cervicouterino, se lo atribuyó al uso del DIU.

5.2.3. Uso del condón como anticonceptivo

En este estudio el uso del condón tiene importancia debido a que el preservativo si bien no previene en su totalidad la transmisión del VPH, puede llegar a reducir la probabilidad de un contagio. Sin embargo, encontramos en los relatos de las entrevistadas, que el uso del condón no fue muy común dentro de sus prácticas sexuales. En la mayoría, sus parejas nunca utilizaron condón con ellas como método anticonceptivo, mucho menos como un método de prevención de enfermedades. Ante la petición por parte de ellas algunos hombres estuvieron renuentes al uso del condón. No obstante, hubo un caso en el que ella impuso el uso del preservativo como requisito obligatorio ya que, de lo contrario, se rehusaba a sostener relaciones sexuales.

¿Utilizó posteriormente (al primer hijo) algún método anticonceptivo?

No, hasta después del segundo embarazo, utilizamos mucho tiempo el condón, en contadas ocasiones me puse ampolletas, pero muy pocas ocasiones, puros condones siempre (Margarita, 36 años, urbana, primaria).

¿Él acepto? Sí, al principio no quería [ponerse el condón], pero le dije que entonces no había de otra (Marisela, 39 años, urbana, secundaria).

Podríamos suponer que entre las más jóvenes hay una tendencia al uso más recurrente del condón, sin embargo, esto no se logra, debido a la tendencia generalizada, en algunas parejas, a creer que este método no es necesario cuando se tienen relaciones sexuales con una pareja estable.

5.2.4. Valoración social de los hijos

Debido a que muchas de ellas manifestaron que desde el principio de su relación desearon tener cuatro hijos como mínimo, podríamos pensar que decidieron no usar anticonceptivos y aceptar la frecuencia de las relaciones sexuales que desearan sus esposos. Para cuestionar esta idea, decidimos incorporar otra pregunta: si ellas tenían en sus manos la posibilidad de quedar o no embarazadas ¿por qué "decidieron" hacerlo? ¿Era acaso una decisión a la que llegaron por sí mismas? Las respuestas ofrecidas denotan todo lo contrario; es decir, había fuertes referentes sociales que incidían en la decisión de las mujeres ante tales circunstancias.

Una de las principales razones expuestas tiene que ver con la idea más o menos difundida socialmente, que es malo para un niño no tener hermanos. El primer hijo llega "improvisado", pero el segundo llega a "hacerle compañía", ya que se tiende a pensar que un hijo único puede convertirse en "loco", "tonto" o hasta "maricón". Así, después del primer hijo, los demás van llegando para acompañar al primero, como nos muestran los siguientes relatos:

De hecho yo nada más quería tener una hija... Pero después nos fuimos a la casa de una de sus hermanas y vivíamos solos y entonces mi hija no tenía con quién jugar y como era la casa grande... mi hija se metió en una recámara que estaba sola... siempre estaba ella jugando sola y hablando sola, con sus muñecas, como si estuvieran vivas y les llevaba de comer y todo... entonces mi hermana dijo que eso estaba mal, porque la niña necesitaba compañía y como no habían niños de su edad, ni nada, pues siempre estaba solita ella (Marisela, 39 años, urbana, secundaria).

Porque ya estaba grande mi niña, y ya me decían que ya por lo menos tuviera otro y sí, tuve otros dos (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta).

Entonces no más con uno... ora dice mi hermano... "no te vayas a quedar no más con ese muchacho, que se te hace maricón" (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

Un aspecto interesante, en el caso de las mujeres que tienen más de 4 o 5 hijos, es que el segundo hijo llega para "acompañar" al mayor. Pasan un par de años y "les nace otro sin planeación alguna" y de igual manera llega el cuarto y así sucesivamente hasta que la crisis económica de la familia es latente o cuando la salud de la mujer le impide volver a embarazarse. Por lo tanto, considerar que los hijos van llegando al hogar debido a la voluntad "divina" y no por la omisión en el uso de anticonceptivos es una metáfora de cómo la sociedad le impone a la mujer la idea de que un solo hijo no es suficiente, ya que la familia debe ser completa. Así, la decisión de tener más hijos también estuvo determinada por lo que la familia consideraba que era "normal" en un hogar. En consecuencia, si el rol social de la mujer está delimitado y legitimado por el cuidado que ofrezca a sus hijos es, finalmente, la sociedad quien determina y toma la decisión del número de hijos que se debe tener. Por lo tanto, tener varios hijos se convierte en una especie de misión irrenunciable como parte constitutiva de la noción de la maternidad, tal como nos lo narró una mujer:

Pos no. Pero pues ya ve que cuando uno ya se junta con uno, ya ve que lo primero que viene son los hijos, aunque uno no quisiera tenerlos... y menos cuando uno está aferrado a Dios, con más razón (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad).

Tuve ocho hijos con él. ¿Usted quería tener tantos hijos? Pues es a través de la vida. Haga de cuenta que no podía decir que no (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

En este sentido, hay casos en los cuales la cantidad de hijos, la capacidad económica de la familia y el grave riesgo para su salud, hacen que ellas piensen y discutan con sus parejas la necesidad de un método anticonceptivo definitivo.

Una (hija) vino al año de la primera y la otra al año y siete meses, luego vino otra al año y diez meses y ya [...] Después conocí a una señora del pueblo, me dijo: “te estás llenando de hijos”.

¿Su esposo no sabía que tomaba las pastillas? Sí, porque él me dijo... dice cada vez que me embarazaba... pues haber como le haces, es tu problema.

¿Pero no la llevaba al médico para que la atendiera? Tampoco, y ya después que pasó esto me embaracé otra vez del otro niño, tuve otro hijo ya iba a ser tres años del otro cuando nació el otro, porque ...porque mi hijo cumplió dos años en octubre y el otro nació antes... nació el dos de septiembre y ahí me tardé mucho y luego cuando nació mi niño, luego del parto a los cuatro meses, se me suspendió mi menstruación y se me venía a los nueve y a veces a los cuatro, y me decía: “pues a ver cómo le haces...tú vete?”, y una señora me había dicho de ligarme...” ve a ligarte me dice”... ¿Ligarme? Sí... Ya le dije bueno y ya me vine con el doctor... ya me vine para Atizapan (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta).

Yo me confié, me confié y ya cuando me di cuenta estaba yo embarazada otra vez y fue ahí cuando nació la cuarta niña y ahí fue cuando dije que me iba a operar" (Rosario, 36 años, urbana, primaria).

Las narraciones de las mujeres presentan como aspecto sobresaliente una paradoja: por una parte, pareciera que el esposo deposita en ellas la responsabilidad en torno a la planificación familiar, como si ellas tomaran la decisión de quedar en embarazo, sin embargo, desde otro punto de vista, la sociedad -a través de la familia- le impone a la mujer una serie de referentes que llevan a la mujer a pensar que la maternidad múltiple y no regulada es el destino unívoco e intrínseco de la feminidad. Así, la autonomía en el ejercicio de la maternidad está revestida por una falacia, ya que más allá de los intereses y expectativas de las mujeres en cuestión nos encontramos con lo que la sociedad considera el deber ser de cada una de ellas en función de la cantidad de hijos que puedan tener o que Dios les de.

De acuerdo con las entrevistadas, el tema de la planificación familiar les preocupaba en situaciones que podríamos considerar extremas, como la infidelidad recurrente, el verse rodeadas de hijos aunado a una crisis económica o el deterioro de su salud. Las mujeres que llegaron a este punto notaban, por un lado, que los métodos anticonceptivos les resultaban nocivos y; por otra,

tenían muchos hijos, por lo que algunas al final de su vida reproductiva o después de tener los hijos que podían mantener optaron por la operación definitiva.

Sí hasta que me operé, a los 21 años, cuando tuve al último, ¿quién lo decidió, usted o su esposo? No, yo decidí él sí quería tener mas hijos, pero yo no quería, ¿estuvo de acuerdo con esa operación su esposo? Pues sí, yo creo que sí, al principio se enojaba, pero ya después...ya...pues porque el quería mas hijos hombres, quería mas varones, pero pues yo no me iba a llenar más de hijos, más responsabilidad, más obligaciones para mí, entonces pues yo decidí que ya (Ángela, 53 años, rural, primaria).

5.3. Infecciones de transmisión sexual

En las entrevistas encontramos muchos casos de mujeres que experimentaron algún tipo de infección vaginal antes de haberseles diagnosticado el cáncer cervicouterino. La relevancia de este tipo de experiencia tiene una faceta clínica y una social. Por una parte, desde el punto de vista médico, las mujeres tuvieron una alta tendencia a adquirir infecciones de transmisión sexual; hecho que las convierte en un sector altamente propenso a adquirir el virus del papiloma humano. Pero, por otra parte, y para los fines que aquí nos interesa, el hecho de haber tenido alguna enfermedad de este tipo, reviste una experiencia que tendrá repercusión en la actitud asumida cuando aparecen los primeros síntomas del cáncer cervicouterino y su actitud frente a la búsqueda de la atención médica. Así, la forma como se presentaron estas afecciones y el curso que tuvieron, suelen tener una dimensión “pedagógica”, ya que determinan la manera como las entrevistadas actuaron cuando percibieron los primeros síntomas de este cáncer.

Generalmente, las mujeres están en desventaja social, cultural y económica frente a las infecciones de transmisión sexual y carecen de un acceso igualitario a tratamientos, apoyos económicos y educación. Por estar excluidas de las estructuras de poder y de toma de decisiones, se les niega frecuentemente la oportunidad de participar de manera igualitaria en la comunidad, y a menudo están sujetas a normas y a prácticas que ejercen control sobre sus cuerpos, sus relaciones sexuales y su reproducción. En muchas sociedades las mujeres son erróneamente percibidas como las primeras responsables de las infecciones de transmisión sexual a las que a veces se les conoce como “enfermedades de mujeres” (Parker y Aggleton, 2002: 23).

Por esto, el mayor obstáculo para la búsqueda de atención frente a algún síntoma de afección son las normas de género sobre la fidelidad sexual de las mujeres aunado a la

percepción de que son mujeres “promiscuas” o “malas” quienes portan y transmiten las infecciones a los hombres. Esta asociación entre actividad sexual femenina y enfermedad (que es equivalente a asociación entre castidad o fidelidad femenina y pureza) llena de temor a las mujeres que perciben un síntoma de infección, pues temen que se cuestione su propia conducta sexual.

No obstante, los referentes sociales en torno a las infecciones de transmisión sexual no sólo inciden en la construcción de la autonomía, sino en un aspecto más concreto de la auto gestión de su vida: en la forma de buscar un tratamiento adecuado. En consecuencia, vamos a ver la manera como ellas vivieron dicha experiencia desde tres aspectos distintos y complementarios: los primeros síntomas detectados, los tratamientos buscados y, finalmente, la actitud asumida por su pareja frente a una infección de transmisión sexual.

5.3.1. Pasividad frente a los síntomas

Los primeros síntomas generalmente fueron fuertes comezones o dolor al orinar. Según los siguientes fragmentos de entrevistas, es notable que algunas de ellas presentaran síntomas bastante incómodos y, en algunos casos, hasta desesperantes. Sin embargo, pese a la presencia de los síntomas en algunos casos no buscaron atención médica. Nótese los siguientes casos, donde prefirieron esperar a que los síntomas desaparecieran paulatinamente y no asistir al médico:

Este, pues sí, sí tuve pero no fueron así... muy importantes cuando las tenía
¿Acudía al médico? Sí, me daban medicinas, como dos veces nada más fui al doctor, por que no, este no era nada mayor, “mal de orina” (Ángela, 53 años, rural, primaria).

Porque me daba comezón, entonces fue menos, unos tres años, me daba harta comezón, me rascaba yo en frente y hasta que me sangraba yo, y luego una vez me pasó eso, me sangré mucho (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Sólo algunas mujeres recurrieron a la atención médica cuando los síntomas resultaban verdaderamente insoportables.

¿Ha tenido otro tipo de infecciones? ¿De vías urinarias? ¿Comezón?
Harta comezón doctora...pero de verdad comezón y después con tiempo ya fui a ver al doctor, me daba tratamientos y se me pasaba (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

Empecé yo a sangrar así como si tuviera flujo pero con... sangraba poquito. Ya fue como me decidí a ir al médico, ya fui y me dijeron que era infección y ya anduve así de un lado para otro, de un lado para otro, hasta que llegue aquí, pero ya tiene años (Sofía, 35 años, rural, primaria).

Porque mire, desde que yo tuve mi primer bebé, mi segundo bebé, me dijeron que yo tenía un quiste en la trompa de mi matriz, pero yo no hice caso de atenderme. No sé. Descuido, quizás... entonces pasó el tiempo y yo, yo veía que mi ropa interior, yo la dejaba como agüita pero como con tierra. Entonces yo fui al centro de salud a hacerme el Papanicolaou y siempre yo salía con una infección en las vías urinarias..., que estaba enferma de la matriz, entonces pasó el tiempo y hasta que un día fui a una clínica particular y tampoco me descubrieron nada (Braulia, 38 años, rural, primaria incompleta).

¿Siempre salía con pequeñas infecciones? Sí

¿De qué tipo? Pues la verdad no sé, nunca me decían. Sólo que era una pequeña infección y me daban medicamento y de lo demás, no pues que había salido bien (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Así, la pasividad con la que las entrevistadas soportaron las molestias y la recurrencia de los síntomas, permite suponer que adquirieron infecciones sexualmente transmitidas posiblemente por sus esposos, pero no pudieron tomar conciencia de ello, ni hablar con sus parejas para tratarse los dos e impedir re-infecciones con el uso del condón. También revelan que los servicios de salud no informan a las mujeres que las infecciones futuras se pueden prevenir, ni de su carácter sexualmente transmisible.

5.3.2. Tratamientos

Cuando las entrevistadas decidieron buscar tratamiento para atacar la infección vaginal, recurrieron, antes de acudir a un médico, a diversos procedimientos caseros ligados a diferentes prácticas culturales. De tal forma, la atención médica se convirtió en la última opción. Por lo tanto, cuando detectaron lo que ellas consideraban era el “mal de orina”, acudieron a la herbolaria, a remedios tradicionales e incluso a la automedicación. Sin embargo, el hecho de que este tipo de tratamientos alternativos fungieron como paliativos en algunas ocasiones, tiene el gran inconveniente de que no ayuda a que las mujeres se enteren sobre el tipo de infección que presentan, sobre su origen de transmisión sexual y cómo evitarlas ya que en el caso de tener el virus del papiloma humano, éste puede desarrollarse hacia una displasia o cáncer y no ser prevenido a tiempo.

Me lavé con vinagre, con agua con vinagre y limón y ahí se me hicieron vejigas, se me hicieron como unas 10 vejigas de los mismos (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

No...solamente antes, más antes me daba “mal de orina” no más, pero allá en el rancho hay una hierba que se toma y con eso me quitó (María, 56 años, rural, sin escolaridad).

Como por febrero, como por marzo o abril del año pasado fue cuando sentí una infección vaginal, pero por falta de dinero no fui al médico. Sólo me compré una pomada y me la apliqué como dos o tres veces y ya, ya no me sentí mal (Teresa, 29 años, rural, secundaria).

Una mujer que no puede tomar decisiones domésticas o sobre su vida reproductiva, posiblemente tampoco puede tomar la decisión de acudir a un centro de salud o tomar medidas para cuidar su cuerpo. Así, encontramos que el poder de cada mujer está definido por el control de recursos que resulten significativos, ya sea para otros sujetos o para sí misma. Si partimos de que el cuerpo de cada mujer es un “recurso significativo” para sí misma, la capacidad de decidir sobre el uso y cuidado del mismo -ejercer el control- nos señalará el grado de autonomía. Por ello, algunas mujeres mencionaron que cuando se presentó algún tipo de infección vaginal, recurrieron al médico. Allí les formularon un tratamiento con óvulos y en adelante, cuando los síntomas volvieron a presentarse, recurrieron a ellos de manera automedicada, ya que no veían la necesidad de ir nuevamente a consulta médica.

Sí, yo ya había tenido una que otra infección, pero se me quitaban rápido.

¿Acudía al médico a tratamiento? Si, siempre les decía y ya me daban óvulos o tratamiento y ya se me quitaba rápido (Marisela, 39 años, urbana, secundaria).

¿Antes de llegar aquí o venir por el motivo que llego aquí había tenido infecciones vaginales o infecciones urinarias frecuentes? Pues infecciones vaginales sí una vez tuve una. ¿Hace cuánto tiempo? Como unos siete años

¿Fue a atenderse al médico o usted se atendió? No, me puse unos óvulos (Janet, 30 años, urbana, secretariado).

Las consecuencias de la automedicación son evidentes en dos entrevistas que hicimos, en las cuales nos manifestaron haber tenido molestias, comezón e irritación; síntomas que trataron de hacer desaparecer con óvulos automedicados. Pero más complejo que la automedicación, aparece la impotencia de estas mujeres para evitar el contagio sexual de sus parejas.

5.3.3. La corresponsabilidad de sus parejas

La forma como los hombres reaccionaron cuando se enteraron que sus compañeras tenían algún tipo de infección vaginal resultó ser representativa de los patrones que regulan la vida de pareja, a saber: relaciones de poder marcadas por la inequidad, la agresión y el menosprecio hacia las mujeres y absoluta irresponsabilidad frente a su posible participación en la transmisión de la infección. Así, este tipo de sucesos funcionan a la manera de “dramas sociales”, ya que en ellos son escenificados los referentes sociales y culturales que guían los modelos de feminidad y masculinidad en la pareja.

Un primer grupo de casos llamó la atención, ya que los hombres manifestaron abiertamente celos compulsivos, debido a que las mujeres presentaban síntomas evidentes de una infección de transmisión sexual, mientras que en ellos no se solían presentar dichas manifestaciones, esto indicaba para ellos que la culpable era su esposa, quien seguramente había tenido relaciones sexuales con otro hombre.

Él me dijo: ¿pero por qué lo tienes? No sé, le dije. ¿Cómo es que yo estoy bien y tú estas así?, me preguntó mi marido y pues yo no le dije por qué. Dime que andas con alguien, me decía él todos los días. No, pues con quien voy a andar si yo ando siempre en la casa. Entonces dijo que me iba a comprar unas inyecciones; me compró como seis inyecciones de penicilina, me las puse, me compuse y ya con eso (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Además de los celos compulsivos, este tipo de reacción tan temida por las mujeres se debe a la falta de información sobre el carácter asintomático en los hombres de algunas ITS que ellos pueden transmitir a sus esposas, como es el caso del VPH.

El hecho de que el hombre acuse a la mujer de infidelidad cuando aparece la infección de transmisión sexual es un aspecto que nos muestra cómo se construye el universo simbólico en torno a las miradas de género. El papel que ocupan los hombres y las mujeres, pues a pesar de que ellos pueden reconocer la responsabilidad del caso, el temor y en algunos casos la desinformación frente a la sexualidad, se expresa en la absoluta negativa, el rechazo e incluso la violencia. El mecanismo de escape es el señalamiento y construcción de una supuesta infidelidad.

Ya me habían dado pastillas, me dieron pastillas y una vez no más fueron cuatro y ya se las hice tomar a él, **y se las tomo él y luego se molestó**. Y dijo “Ahí, me dolió hartito la cabeza, me sentí bien mal, todo por tomarme eso”. Otra vez me volvió a hacer eso el doctor, el que me dio el pase, el de allá de la clínica de Santa Mónica, y otra vez me volvió a dar mi paquete de pastillas y ya no más me traje los dos, y no se las quiso tomar para nada, **dijo que no se las iba a tomar**, si él no estaba mal, la que estaba mal era yo (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta).

Una vez detectada la infección, el tratamiento debería involucrar al hombre. Sin embargo, y en consonancia con el planteamiento arriba esbozado, hubo hombres que se negaron a someterse al tratamiento médico, De nueva cuenta, consideraban que ellos no tenían nada que ver con la afección de su pareja y, por lo tanto, sólo ella debía tratarse. Otros compañeros ni siquiera llegaron a saber que ellos necesitaban tratamiento. Muchos hasta se negaron a participar de él:

Pues sí, ese tratamiento fue como por quince días o un mes, no me acuerdo. Me lo tenía que hacer la propia doctora cada ocho días, me lo ponía también. Me lo mandaron a traer [al marido] para que se hiciera eso, pero él dijo que no. ¿Que él por qué se iba a hacer eso? y no se lo hizo doctora (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

¿En aquella ocasión recibió tratamiento usted y su esposo o nada más usted? Yo empecé a ir al doctor y ya me empezaron a decir que tenía yo una infección, después resultó que mi esposo también la tenía, entonces él conocía un doctor, no sé si era su amigo, no sé. Entonces él ya después, cuando vio que teníamos la misma infección, me llevó con ese doctor y él fue quien me empezó a tratar (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

Aun en los casos en los cuales el tratamiento lo llevaron en pareja, las entrevistadas no parecen haber tomado conciencia de la necesidad de prevenir posteriores transmisiones en las relaciones sexuales conyugales. Aun en los casos de aquellos médicos que tuvieron el cuidado de tratar a la pareja, éstos no les sugirieron métodos preventivos de ITS en las relaciones maritales. Las normas de género sobre el recato sexual de las casadas y sobre su deber de atender a las demandas sexuales de sus esposos, combinadas con la tolerancia social hacia las prácticas sexuales extramaritales de los hombres, parecen permear también al propio personal de salud.

“Las mujeres con sus cosas y ellos con sus cosas”

La reacción frente a los síntomas en infecciones previas, la reacción del esposo y como opta por buscar ayuda profesional, son aspectos que crean patrones de conducta que incidirán en las decisiones a tomarse una vez que se manifiestan los síntomas de la enfermedad, síntomas derivados de infecciones transmitidas por contacto sexual.

Exactamente, ni me preguntaba [el esposo], ni decía nada, le digo que es de los hombres de antes, de que por qué se iban a saber cosas de las mujeres. Las mujeres con sus cosas y ellos con sus cosas. [¿Nunca la acompañó al médico?] No, ¡que barbaridad! si no acompañaba a mis hijos, yo los llevaba de chiquitos al seguro, los llevaba a sus citas, él nunca (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

La enfermedad reviste hábitos, es decir, la sociedad crea modelos de conducta frente a cómo relacionarse con ellos. Sólo para poner un ejemplo: las infecciones de transmisión sexual generalmente están recubiertas por un tabú que, principalmente en las sociedades rurales y campesinas, hace que en las familias se hable poco del tema y, en consecuencia, las mujeres vivan esta experiencia de manera individual, con supersticiones y desinformación. Por ello, nos encontramos con numerosos casos de mujeres quienes una vez les fue detectada alguna infección vaginal prefirieron callar frente al esposo ya que esto se consideraba como un “asunto de mujeres”, O por miedo en tanto consideraban que albergaban una culpa, o por temor al abandono, y quizás por pudor.

Este fenómeno contiene una paradoja, pues a pesar de que una infección de transmisión sexual es una realidad compartida por la pareja, a la hora de asumir la responsabilidad de dicha afección toda ésta recae sobre las mujeres, quienes son consideradas no sólo como culpables, sino como únicas responsables a la hora de tomar las medidas médicas del caso. Así, nuevamente nos encontramos con las contradicciones culturales sobre la autonomía femenina: siendo una enfermedad que involucra a la pareja la responsabilidad recae sólo sobre la mujer.

En suma, lo que logramos constatar a partir de las entrevistas realizadas fue que muchas de las parejas de las entrevistadas mostraron indiferencia ante el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual en sus esposas, que algunas fueron reprochadas durante el tratamiento y que a otras, atribuyeron el hecho a una infidelidad de la esposa, negando el hombre su posible responsabilidad por haber tenido sin protección relaciones sexuales extramaritales. En estas

reacciones influyó el contexto cultural sobre las relaciones de género, el que hace que el personal prestador de servicios de salud no involucre a las parejas masculinas en los tratamientos ni les informen a ellas que a pesar de no tener síntomas, ellos comparten la infección e incluso la transmiten y retransmiten.

5.4. La autonomía femenina y la cultura de la prevención

La reflexión en torno a las narraciones de las 50 entrevistadas y que actualmente padecen de Cacú nos señala un elemento común a todas ellas: la limitada posibilidad de construcción de autonomía individual, desde la infancia, en su adolescencia e incluso en el matrimonio, pareciera que otros han decidido por éstas mujeres y especialmente, las normas sociales de género deciden por ellas. ¿Cómo se traduce este proceso en el tema que aquí nos ocupa: la prevención del cáncer cervicouterino? ¿Cómo incide el proceso de construcción de la autonomía en el hecho de que las mujeres acudan a practicarse un Papanicolaou?

Antes de resolver estos interrogantes es necesario identificar cuáles fueron los motivos por los cuales no detectaron el cáncer a tiempo, y más aún explorar por qué no acostumbraban a practicarse el examen del Papanicolaou. Al indagar sobre los motivos por los cuales las entrevistadas no se practicaron previamente el examen logramos identificar dos aspectos de gran relevancia para nuestro análisis: la construcción social de género y la cultura de la prevención.

5.4.1. La construcción social del género

Uno de los motivos principales que se encontraron para que las mujeres no incursionaran activamente en la medicina preventiva fue la falta de autonomía debido a la coerción física y emocional a la que estuvieron expuestas por parte de su familia de origen y en su matrimonio, esta falta de autonomía se reflejó ante la presencia de factores relativos a la construcción social del género, encontrados en las entrevistadas con cáncer cervicouterino, algunos de estos fueron: la “desidia” generada por la falta de tiempo, el exceso de trabajo generado por el servicio a los otros, la poca importancia que otorgaban al cuidado de su cuerpo, la vergüenza a la exploración de su cuerpo por parte de personal médico, las prohibiciones de sus esposos para recibir atención

ginecológica, todo esto, sumado a la ausencia de síntomas de la enfermedad, hicieron que estas mujeres no la detectaran a tiempo y padecieran el cáncer cervicouterino. Veamos específicamente cada uno de estos motivos.

La desidia

A la pregunta de porque no se ha realizado un Papanicolaou, las mujeres responden rápidamente: “Por desidia”, y que es esto?, podría ser una categoría de respuesta, sugerida en una encuesta, así como un termino que las mujeres aprenden a usar, para nombrar lo que no saben explicar, pero que significa realmente para las mujeres?, les pedimos a las mujeres que nos contaran que hay detrás de la “desidia”

Por desidia, pues nunca, a según uno nunca tiene tiempo, por cualquier cosa se le olvida usted, y no..., me la hubiera hecho como por junio, pasaron también las trabajadoras del ISSSTE, pasaron haciendo lo de las citas, pero nunca quise, me dieron la fecha que fuera y no.. nunca pude ir no tenia tiempo, ahora si no había tiempo (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Pos no, no sé, yo creo que por pura desidia, por que nunca hice caso, y ahora me arrepiento de que no hice caso desde un principio a atenderme, no me quise atender, ya era tarde... me arrepiento así como estoy enferma, estoy arrepentida de que nunca me hice mi Papanicolaou y luego a veces me decían hágase el Papanicolaou, bueno a mi no me decían personalmente no me decían pero yo oía lo que me platicaban del Papanicolaou y como le digo yo tenia miedo por que se sabe que uno de pueblo no sabe uno nada y menos que ni se leer nada... pues todo se me hizo como muy difícil, no se, no se. (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad)

Pues porque realmente yo me deje, no supe, no le tomaba importancia, (...) como que sabe que yo como que tenía miedo, soy muy nerviosa, me pongo..., me da mucha tristeza saber que estuviera mal, todo eso, no, que a lo mejor acudiera a hacerme el Papanicolaou, ... todo eso. (María, 64 años, urbana, primaria incompleta)

La falta de tiempo, el miedo a tener la enfermedad, el exceso de trabajo, la ausencia de síntomas, la vergüenza a mostrar su cuerpo, son varios de los referentes que podemos dar para explicar la desidia de las mujeres para hacerse el Papanicolaou. Sin embargo, veamos algunos de estos con mayor profundidad.

Por vergüenza

Algunas mujeres refieren que no fueron a hacerse el Papanicolaou a tiempo por vergüenza, a pesar de que tenían información de que tenían que hacérselo, porque sentían pena de enseñar una parte íntima de su cuerpo,

No, bueno que yo sabia que tenía que hacérmelo, pero nunca fui a que me lo hicieran.
¿Cuál fue la razón por la que no quería hacérselos? A pesar de que sabia que tenía que hacérselos los Papanicolaous?
(En voz baja) Abrir las patas (risa), me daba pena (Ana María, 37 años, urbana, primaria)

Por vergüenza, me daba pena, me daba pena ... y ya ve ahora, me ven todo, me daba harta pena y no iba (Rosalinda, 44 años, rural, primaria incompleta)

Si pues ...una vez me dijeron que vaya yo a hacerme el Papanicolaou y le digo si, luego yo voy y nunca iba, como que tenía yo miedo, tenía yo pena así, tenía yo pena (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta)

Decía yo, hay no, que me meta la mano el doctor, mejor que me la meta mi marido, o sea era mi palabrita, ahora prefiero que me la meta los doctores o sea no (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria)

Pues no, no. O sea que me daba pena y ya, y no pues que te van a poner así y me daba pena y pues me sentía bien y ahora que me enferme si que me ven... (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Para algunas mujeres, el hecho de exponer su cuerpo ante un médico para una revisión, y ser tocadas por otro hombre diferente a su esposo significaba poner a prueba los límites de su pudor. Según el relato de Socorro, sentía vergüenza de presentarse a la revisión médica por las incomodidades que ello representaba, pues en ocasiones no solamente el médico la examinaba, también el personal que lo asistía. Esto le impidió en muchas ocasiones asistir con regularidad a su examen, máxime cuando se trataba de exhibir una parte, que según ella, es lo más íntimo y privado de una persona (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Pues yo ya sabia que a una la tienen que ver y pues la verdad me da pena y ese día que vamos eran como 10 doctores, pasan a ver a uno como esta y pasan otro y hay, pues si da pena. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

La prohibición por parte de la pareja

Algunas entrevistadas afirmaron que no se practicaban el Papanicolaou por prohibición expresa de su pareja. Para muchos de ellos, no era concebible que su esposa se expusiera al escrutinio por parte del personal médico masculino, ni siquiera con fines clínicos. Es decir, los hombres se preocupaban por controlar el cuerpo de las mujeres, frente al temor de considerar el deseo sexual de los otros. Este hecho es sintomático de la precaria autonomía que tenían las mujeres, incluso sobre su propio cuerpo, y de la dominación de los hombres, al punto de que el esposo era quien tomaba la decisión por ella, de acudir o no a la atención médica.

... lo que pasa es que yo nunca me lo hice, por que mi esposo es de las personas que dice que la esposa no debe...bueno hasta la fecha, que los doctores no deben ver a la mujer, por que luego después hay doctores que son muy morbosos, que este..nada mas ven a las mujeres y son mañosos, hay doctores muy mañosos, y todo eso y pues la verdad nunca me lo hice, y como le digo que nunca me había enfermado, pues nunca me lo hice (Manuela, 40 años, urbana, secundaria)

Por consiguiente, un factor que significó un obstáculo para que algunas mujeres no asistieran a la revisión médica y no se practicaran la prueba de Papanicolaou tiene que ver con el miedo a desobedecer a su esposo y a las consecuencias de los celos que producía en él que su esposa fuera auscultada con fines médicos. De acuerdo con algunas de las entrevistadas las respuestas de sus maridos sobre la posibilidad de visitar al ginecólogo fueron:

Porque mi esposo me decía "a poco no les da vergüenza que se anden abriendo con el doctor..." (María, 56 años, rural, sin escolaridad)

El exceso de trabajo, el cuidado de la familia y la renuncia de sí mismas

La mayoría de las entrevistadas afirmó que cuando enfermaban o tenían algún malestar físico por lo general no asistían al médico, más bien recurrían a remedios caseros o acudían a la farmacia por algún medicamento que les aliviara el dolor. La visita al médico era en caso de dolores crónicos o afecciones consideradas como delicadas. No obstante, cuando alguno de sus hijos o el esposo se sentían enfermos, inmediatamente asistían a una revisión médica. Este hecho implica una evidente prelación de los miembros de la familia en detrimento de su propia salud.

A partir de la construcción cultural de género de la entrega a los otros en muchos casos las mujeres renunciaron a su propio cuidado, bien por descuido, olvido o indiferencia, pero

sobretudo por su carga de trabajo. Lo cierto es que en sus relatos se evidencia la importancia de la familia, sus hijos o su esposo y sólo, ante la inminencia de la enfermedad, advirtieron que el cuidado de sí era una posibilidad necesaria para seguir en su rol: cuidar, proteger y servir a los demás. En ningún caso expresaron que debieron cuidarse por ser importante para sí mismas y su propio bienestar.

Pues la verdad fue parte de un descuido mío, a lo mejor que me metí, a lo mejor tanto en el trabajo, en los cursos que había, en mi hijo, en la casa, en las mejoras que le quería hacer a la casa. Qué me descuide, de verdad, me descuide totalmente de mí, como que llegó un momento en que trabajaba y hacía las cosas pero nunca me llegué a preocupar de mí y a tal grado que me tocaba el chequeo, porque nos dan una fecha especial y yo la dejaba pasar o sea siempre... “hay se me olvidó, ahora me tocaba pero ya no fui, bueno pues luego voy” y la verdad fueron 5 años que no sé me metí tanto en el trabajo, en lo que estaba haciendo, que quería lograr que realmente me descuidé sobre todo de mí. (Leticia, 41 años, urbana, profesional)

Pues ahora sí, como me dediqué mucho al trabajo y también, entonces por que yo trabajo, trabajo y trabajo,.... Ahora sí quiero que me vea el trabajo (risa) (Ana María, 37 años, urbana, primaria).

En este sentido, tal como plantea Marcela Lagarde, para las mujeres ser madre y esposa consiste en vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser, realizar actividades de reproducción y tener relaciones voluntarias de servir a otros, en el deber encarnado en los otros hay una renuncia de su cuerpo para sí, como un espacio siempre dispuesto a cargar y a recibir al otro. El otro se convierte en lo importante, lo valorado, por quien se vive y para quien existen (Lagarde, 2005: 382-383). Por ello, su propio cuerpo está en el último lugar de sus prioridades.

Ausencia de síntomas

Existe una creencia generalizada, por parte de muchos sectores de la población, que a consulta médica se recurre únicamente en caso de síntomas crónicos de una enfermedad. Por lo tanto, no hay plena conciencia de la medicina preventiva.

Yo ya sabía que...ahora sí, que se debe hacer el Papanicolaou cada año, cada medio año por que había esa enfermedad de lo del cáncer y pero pues nunca hice caso de hacerme el Papanicolaou cuando yo me sentía bien (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad)

Fíjese que sí, pero siempre decía yo que estaba muy buena, que estaba bien, que estaba bien y ya cuando empecé a sentir que no era una cosa normal lo que yo tenía..., y ahora últimamente para lo de mi cáncer, este.. yo iba cada seis meses... (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad)

Pues no. Porque yo estaba bien, pues no sentía... no me sentía mal. (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Por seguridad, yo creo...así de que, no no me pasa nada (Guadalupe, 32 años, urbana, secundaria)

Varias mujeres afirmaron que no se practicaron un Papanicolaou porque "Estaban bien". A pesar de que refieren tener información de la necesidad de practicarse el Papanicolaou. Varias de ellas, hicieron caso omiso de la prevención por medio de este examen y esperaron a tener síntomas para acudir al, no como un método preventivo, si no más como un método de detección de una enfermedad, que cuando ya presenta síntomas, es porque ya se encuentra en una etapa avanzada.

5.4.2. La falta de cultura de la prevención

Existen brechas enormes entre las prioridades de las políticas de salud y lo que las mujeres experimentan como sus necesidades más urgentes. Podríamos pensar que estas mujeres no se hicieron el examen oportunamente por desconocimiento o falta de información. Sin embargo, nos llama la atención que la gran mayoría de las entrevistadas afirmó estar enterada de la importancia de hacerse el Papanicolaou con cierta frecuencia.

(...) pasaron haciendo lo de las citas, pero nunca quise, me dijeron la fecha que fuera y no... Nunca pude ir, no tenía tiempo" (Socorro, 57 años, urbana, secundaria)

La información acerca de la importancia de practicarse el examen fue recibida a través de diferentes medios como la radio, la televisión, las redes sociales, las amigas, en algunos casos la familia y en otros, las invitaciones extendidas por personal médico y de enfermería cuando llevaban a algún hijo al centro de salud.

La mayoría de las mujeres sabía que era necesario practicarse el Papanicolaou, y es notable que en algún momento de sus vidas acudieran a un centro de salud para realizarlo; no obstante, lo hicieron un par de veces y luego ya no regresaron. Así, ofrecieron respuestas como: "yo tenía la verdad cinco años que no iba a ese chequeo" (Leticia, 41 años, urbana, profesional), "no más me

lo hice dos veces” (Carmen, 44 años, rural, profesional) o “una vez fui, pero ya tendrá unos 8 o 7 años” (Irlanda, 39 años, rural, primaria incompleta).

¿Por qué no continuaron realizándose la prueba periódicamente?, Esto puede ser interpretado como una ausencia de cultura de la prevención y de la importancia del cuidado del cuerpo femenino, pues algunas de ellas pueden interpretar un resultado negativo como una ausencia definitiva de la enfermedad, por lo cual no necesitarían practicarse este examen muy seguido. Esto, aunado a la percepción y dificultades que encaran para hacerse este examen, hace que el uso de la prueba sea limitado. En otras palabras, si la información sobre la prevención y el cuidado de su salud no está vinculada con lo que el orden social establece como las obligaciones de una buena mujer, no le atribuyen importancia.

Estas razones nos revelan cómo la cultura de género es un factor determinante a la hora de vincularse activamente en la medicina preventiva. La vergüenza, las opiniones del esposo, la prioridad que se le da a la familia y el trabajo por encima de sí misma, son síntomas de una ausencia de autonomía de las mujeres, ya que hubo razones culturales del orden de género que se encargaban de mediar las decisiones sobre sus cuerpos: la familia, el esposo, el exceso de trabajo o el pudor.

CAPÍTULO VI

Los significados socialmente construidos y las relaciones de género frente a la atención y tratamiento del cáncer cervicouterino

Uno de los aportes fundamentales de la antropología de la salud es comprender la vida social y cultural que se construye en torno a las diferentes enfermedades, allí se ha señalado la existencia y relevancia de la dimensión simbólica que recubre todas las afecciones. ¿Qué trascendencia tiene dicha “dimensión”? Si bien, las enfermedades obedecen a una disfunción orgánica, a desequilibrios biológicos o químicos, socialmente se construyen significados de lo que son dichas patologías. Por una parte, estos significados le permiten a la paciente tener una idea de lo que ocurre en su cuerpo y, por otra parte, suministran al entorno social inmediato –familia, amigos, entre otros, referentes que determinan el trato que le dan al enfermo, otorgándole un nuevo rol social. Si partimos de que existe una considerable cantidad de casos en los cuales tanto enfermos, como sus familiares carecen de un conocimiento profundo y concienzudo de afecciones tan complejas como es el cáncer, los imaginarios y las creencias populares sobre la enfermedad y sus implicaciones adquieren tal relevancia que llevan a la paciente a redefinirse a sí misma como “sujeto enfermo”, en medio de la inminente crisis emocional que conlleva el diagnóstico del cáncer.

De acuerdo con el planteamiento anterior, en este capítulo buscamos, por una parte, analizar la forma como los significados y conocimientos que tenían las entrevistadas sobre el cáncer cervicouterino incidieron en su estado emocional y en la consecuente búsqueda oportuna de atención y tratamiento; la forma como su escasa autonomía fue reforzada por servicios de salud inadecuados y, por otra parte, hacer una reflexión acerca de la manera como las familias se organizaron para brindarles apoyo en su enfermedad y como modificó la propia experiencia de la enfermedad su subjetividad, sus posibilidades de tomar decisiones autónomas y su papel como mujeres. Además, no podemos dejar de lado las múltiples dificultades que enfrentaron nuestras entrevistadas para buscar un tratamiento adecuado. En este último capítulo se examinan seis aspectos: a) los conocimientos y significados que tenían las mujeres sobre el VPH; b) sobre el cáncer cervicouterino; c) la forma como ellas detectaron los primeros síntomas; d) la reacción frente al diagnóstico; e) los tratamientos a que fueron sometidas, y f) el apoyo brindado por las familias y las implicaciones que el cáncer tuvo en su vida cotidiana.

6.1. Conocimientos y significados del VPH. Contribución de los sistemas de salud al silencio y los tabúes sobre la sexualidad

¿Qué sabían las mujeres sobre el virus del papiloma humano? Según las entrevistas, la mayoría carecía de información básica al respecto. Desconocían en algunos casos qué era, cómo se adquiría, principalmente su relación con la vida sexual y su carácter de antecedente del cáncer cervicouterino. Algunas habían obtenido información muy general a través de su familia o de personas cercanas que se refirieron a esta enfermedad como un fenómeno poco común y aislado; o durante el contacto con el personal médico y de enfermería de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de detección. Es importante aclarar que las entrevistadas estaban siendo atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología por padecer de cáncer cervicouterino; además, ya habían pasado igualmente por otras instituciones de salud. En dichos espacios, el contacto médico pudo haberles dado información sobre la relación entre su enfermedad y el antecedente de una infección sexualmente transmitida como la del VPH.

La mayoría de las mujeres afirmaron que nunca habían escuchado acerca del virus del papiloma humano, incluso sabiendo que padecían el cáncer cervicouterino, desconocían que éste se desarrolla a partir de la infección por el VPH. Esto señala que no todas exigieron la información al respecto por parte del personal médico, es decir, una explicación completa del diagnóstico y las posibles causas por las cuales se desarrolló la enfermedad. También podemos suponer que el personal médico de las diferentes instituciones, incluyendo el del INCAN, por alguna razón no brinda suficiente información sobre este virus como el agente causante del cáncer cervicouterino y su origen de transmisión sexual. En consecuencia, las entrevistas ponen en relieve el profundo desconocimiento que tienen la mayoría de las mujeres frente al tema, la imposibilidad de prevenir la infección por este desconocimiento y de solicitar que su pareja también lo haga; de hacerse un tratamiento antes de que se le desarrolle una displasia y de convocar a su pareja para evitar la recurrencia de la infección.

El papiloma es una cosa que da en el estómago, ¿no? (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

¿Usted ha oído hablar del virus del papiloma humano? No. ¿No sabe qué es? No
¿Aquí (en el INCAN) no ha oído hablar de eso? No (Isabel, 70 años, rural primaria
incompleta).

¿Usted había oído hablar del virus del papiloma humano? Este... no.

¿Ha sabido a que se refiere? ¿De que se trata? ¿Ó que es? No (Ángela, 53 años, rural, primaria).

La infección por el virus del papiloma humano es una enfermedad relativamente nueva en el léxico cotidiano, razón por la que se suele considerar como algo tan lejano y ajeno que jamás podría afectarlas. Nótese los fragmentos de las siguientes entrevistas en las que se hace patente el gran desconocimiento al respecto.

¿Usted sabe qué es el VPH? El Sida, ¿no?

¡No! Ese es el VIH, el Sida ¿No le han comentado los médicos qué es el VPH? ¿Tiene idea de cómo pudo adquirirlo? Pues es lo que yo no sé a qué se debe eso, eso, es lo que yo le pregunto a los doctores, ¿a qué se debe eso [el cáncer cervicouterino]? Y dicen que es porque uno alguna vez adquirió una infección y uno no se hace caso y nunca va al doctor y por eso mismo, porque es que hace 10 años lo tengo, pero si lo tuviera hace 10, ya me hubiera muerto, pero dicen que se va desarrollando de a poquito. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta)

Más allá de conocer o no el nombre de la ITS que derivó en un cáncer cervicouterino, Socorro no fue informada de cómo adquirió esa infección, según le dicen, hacía diez años, tampoco le dijeron como la pudo evitar o tratar a tiempo, ni la necesidad de que su pareja también se tratara. Muy pocas mujeres refirieron haber escuchado el nombre del virus del papiloma humano y tener alguna información sobre éste. Algunas de ellas la obtuvieron por medio del personal de salud; sin embargo, esta información generalmente es parcial, ya que no establecen ninguna relación entre el virus, su carácter sexualmente transmitido y la enfermedad que se están tratando en el INCAN.

Yo sé que es una infección que la transmite el hombre, pero la doctora con la que yo estuve me dijo que no se sabe por qué está (Susana, 45 años, urbana, primaria).

Sé que es un virus que se transmite del hombre a la mujer (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Si lo he escuchado, pero en sí no sé que es. Me imagino que también es una enfermedad por transmisión sexual, pero no sé (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

Llama la atención que algunas de las pocas mujeres que escucharon sobre el VPH, son jóvenes y con un nivel escolar mayor. Esto podría sugerir que aquéllas con estas características están en mejores condiciones para tener mayor información sobre la afección que antecedió a su

enfermedad y las formas de adquirir, prevenir y tratar esa infección para no llegar a desarrollar el padecimiento por el que están siendo tratadas.

Sólo unas cuantas mujeres vincularon el virus del papiloma humano con una enfermedad de transmisión sexual y, al mismo tiempo relacionaron a su pareja como el posible agente transmisor. Este aspecto es interesante, ya que algunas tienen claro que esta afección puede ser transmitida del hombre a la mujer, pero consideran que nunca les ocurriría a ellas. No obstante, los testimonios siguientes muestran cómo ellas introdujeron en su vida la idea de que infecciones como la del VPH podía ser transmitida por sus parejas quienes, sin protección, tuvieron relaciones sexuales extra matrimoniales.

Por lo mismo de...por su pareja de uno... y...es por tener relaciones ellos con otras personas y que debe cuidarse con condón y todo eso, para que no tengan infecciones...y alimentación también (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta).

¿Usted había oído hablar del virus del papiloma humano? Sí, en un programa de televisión. ¿Qué sabe o qué oyó? Que decía que el papiloma humano era un virus transmitido por la pareja, muchas veces cuando andan de... así que yo sepa. (Rosario, 36 años, urbana, primaria).

Pues yo diría que eso es una transmisión sexual que por meterse con cualquier persona que uno no conoce (Francisca, 54 años, rural, primaria).

Sin embargo, estas pocas mujeres que sabían que la infección del VPH era una infección sexualmente transmitida no fueron advertidas por el personal de salud acerca de que las prácticas sexuales y la infección persistente fueron el antecedente de su cáncer. Estos testimonios permiten reflexionar sobre la identidad de género, la manera como influye en la salud de las mujeres y la importancia de los comportamientos sexuales en la afirmación de las identidades masculina y femenina, principalmente en la aceptación pasiva de las demandas sexuales y procreativas de los hombres y de sus necesidades, la ausencia de medidas preventivas contra las infecciones de transmisión sexual y la exposición a riesgos derivados del desconocimiento de la conducta sexual de la pareja (Dixon-Mueller, 1999; Sai y Nassim, 1989).

“El virus del cáncer...”

Hubo algunas mujeres que aunque desconocían cómo se transmite el VPH o cómo se puede evitar que evolucione hacia una displasia, o cuál puede ser la colaboración y la responsabilidad

de sus parejas para evitar el contagio y tratarlo a tiempo, sí relacionan este virus con el agente causal de su enfermedad.

¿Usted ha oído hablar del virus del papiloma humano? Pues sí, es el cáncer... ¿no es eso?
Y ¿qué sabe del papiloma? Pues nada, no sé si se transmite o uno mismo lo cría (María del Carmen, 44 años, rural, primaria).

Pues de que ese virus da antes de que se desarrolle el cáncer en una mujer, se puede encontrar, se puede quemar el virus del papiloma.

¿Alguna otra información que tenga al respecto? No pues nada más eso, que da por tener relaciones sexuales, que el papiloma es el virus del cáncer (Janet, 30 años, urbana, secretaria).

Cuando yo veo que me empezaron a decir de los estudios que me hice, un doctor me dijo que tenía ese virus y que si no me operaba, que si no me quitaba mi matriz que lo que me iba a provocar era cáncer, pero pues yo le decía por qué no me dan un medicamento o algo. No, no me dio nada. No más me dijo que... vaya hable con su familia y viene y yo la opero, eso es lo que me dijo y nada más (Sofía, 35 años, rural, primaria).

No, pero nunca me dijeron que tuviera papiloma humano, ahora que estoy enferma sí me dijeron que si, no me había dicho alguien que tenía ese virus, pero no, nunca me habían dicho del papiloma humano (Margarita, 36 años, urbana, primaria).

¿Usted había oído hablar del virus del papiloma? No... sí lo había escuchado, pero... y también del cáncer. Pero dije a mí no me puede pasar esto, o sea mi mente decía que no, no. Cuando me dijeron eso sentí horrible, porque dije por qué a mí, por qué. Pero pues ni modo, ya me dió y qué quiere que haga (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria).

Las mujeres que lograron establecer un vínculo entre sus relaciones sexuales, el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino, no podrían informar a otras como evitarlo, ya que su enfermedad fue tomada como una fatalidad ineludible y en la cual sus parejas no tuvieron responsabilidad.

La forma como las mujeres obtuvieron información sobre el VPH generalmente fue a través de familiares, instituciones de salud, la radio o en algunos casos, en el INCAN, aunque se observa que no es la constante o no está dado dentro del protocolo de atención del Instituto, sino más bien queda a consideración del profesional que le atiende. No parece existir una normativa sobre sugerencias para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VPH, ni para hombres, ni para mujeres, ni siquiera en los casos de aquéllas que ya están siendo tratadas por un cáncer cervicouterino.

¿Usted había oído hablar del virus del papiloma humano? He... hasta hace un año que fui con una prima, como que ella lo tenía, pero no más me platicó que ella lo tenía y estaba en tratamiento, pero no sé si ya se quitó.

¿Y en algún otro momento ha oído hablar del virus? No, nada más con ella me enteré (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

Que es una infección... que da en el aparato reproductor.

¿Dónde obtuvo esta información? Cuando yo llevaba a mi hijo al centro de salud, veía información sobre cáncer de mama, de papiloma, de cáncer cervicouterino (Rosalinda, 34 años, urbana, secundaria).

Hace años no. Yo... no tiene mucho cuando yo empecé a sentirme mal. Yo lo escuchaba mucho en la radio, pero yo nunca me imaginé que lo fuera yo a tener. En la radio lo estuve escuchando, estaba en el puesto y escuchaba la radio y siempre hablaban de eso.

¿Qué escuchaba usted? Que teníamos que hacernos el Papanicolaou y todo eso, lo que pasa es que yo nunca me lo hice por que mi esposo es de las personas que dice que la esposa no debe... bueno hasta la fecha, que los doctores no deben ver a la mujer, por que luego después hay doctores que son muy morbosos, que... nada más ven a las mujeres y son mañosos, hay doctores muy mañosos, y todo eso y pues la verdad nunca me lo hice, y como le digo que nunca me he enfermado, pues nunca me lo hice (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

En los casos en los cuales un agente de salud se refirió al VPH como una infección de transmisión sexual y aun cuando la paciente identificó la relación entre el cáncer y las prácticas sexuales extra matrimoniales de su esposo, no existió una posibilidad de que éste asumiera su responsabilidad o por lo menos intentara tratarse.

Eso ya me lo dijeron aquí en el hospital, que es parte de una infección de la pareja, que si el esposo o la esposa tienen otras parejas lo infectan a uno.

¿Que pensó o que sintió cuando le dieron esa información? Sentí que era culpa de mi esposo, porque él ha tenido varias parejas... pues yo pensé que él tenía el papiloma humano pero hasta el momento no me ha dicho que sí (Florentina, 39 años, rural, secundaria).

En algunos casos también el miedo o los tabúes sobre el tema de la sexualidad generaron una apatía para informarse más al respecto. El pudor y las normas de género eran más fuertes que los temores por su salud.

Cuénteme ¿Usted ha escuchado alguna vez del virus del papiloma humano? No.

¿En el IMSS, ni en el Seguro nadie le dio alguna información? No, la verdad no. No, si yo no quería saber de eso, señorita, es más, y si decían hay que pasen al auditorio, que hay una plática de sexualidad, y no pasaba, porque tenía temor de que me dijeran esa palabra a mí. Digo de todos modos a una amistad que tiene uno, o que una amiga o a una persona que estima usted que no se lo digan tampoco, pero menos a uno, no, no, no. (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

6.2. Conocimientos y significados del cáncer cervicouterino

¿Qué sabían las entrevistadas sobre el cáncer cervicouterino? A diferencia del virus del papiloma humano, el cáncer forma parte del vocabulario de las mujeres y de la mayoría de personas en la sociedad. Hay una conciencia acerca de que es una enfermedad incurable.

Para nosotros el cáncer es **sinónimo de muerte**, era ya que te mueres ¿no? (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

Del cáncer si yo sabia que el cáncer era **mortal**, cuando me dijo eso, me dio mucho miedo (Alicia, 48 años, rural, primaria incompleta).

Pues yo primero **pensé que me iba a morir**. En estas enfermedades piensa uno hasta lo que..., yo, es lo que le dije al doctor, me puse la verdad a llorar. Si Dios me deja vivir y si él me recoge, ni modo ¿qué podemos hacer? Es lo que yo pienso nada más (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta).

En consonancia con lo descrito por Villaseñor *et al* (2003), en un estudio sobre el significado del cáncer cervicouterino en Jalisco y Colima, encontrando en las mujeres una connotación asociada con muerte e inevitabilidad. Sin duda, hay una directa asociación entre cáncer y muerte, esto significa que para muchas de ellas la percepción sobre la enfermedad era de temor y angustia ante la posibilidad cercana de morir. No obstante, en varios casos, manifestaron abiertamente su desconocimiento incluso del cáncer:

¿Y qué sabía respecto al cáncer? Pues no, no sabía qué cosa era cáncer.

¿Conocía la palabra, pero no sabía que era una enfermedad? No sabía yo como era, oía eso que decían que el cáncer, pues nunca y le digo a usted, pues nunca me dolió nada, sólo tenía un dolorcito en esto de acá [señalando la matriz], un dolorcito, una punzadita que no se me quitaba y digo voy a ir al doctor, luego sentía yo como que me recorría el ombligo, y ya me espanté, y dije hay Dios mío no vaya a ser cáncer, y yo no sabía que es cáncer y por eso fue que acudí a eso o si no hasta ahorita ni supiera yo nada (Socorro, 57 años, urbano, primaria incompleta).

¿Por qué piensa usted que le dio cáncer? No... No sé, a veces me he hecho yo esa pregunta. ¿Se le ha hecho a los médicos? No (Ángela, 53 años, rural, primaria).

Algunas mujeres tienen poca información sobre el cáncer cervicouterino, sin embargo, no desean a veces conocer más de la enfermedad, por el mismo miedo que genera padecerla. Una actitud que al mismo tiempo asumen como impotencia para enfrentar el diagnóstico o para adquirir más información al respecto. Ese mismo miedo, permite contemplar la idea de que a

ellas nunca les ocurrirá.

¿Usted sabía más o menos lo que era el cáncer? No, había escuchado hablar de él, campañas... pero como que era un tema que yo lo quería apartar, o sea enterrar, por lo mismo que yo no quería que nunca fuera a sucederme no... (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Existen diversas esferas donde las relaciones de poder entre hombres y mujeres pueden ejercer un impacto en la prevención, atención y tratamiento de cáncer cervicouterino. Entre ellas, destaca la prestación de servicios de salud, a través de la interacción entre agentes de salud y pacientes (Szasz, 1999). Este aspecto es significativo, ya que en muchos casos algunas de las entrevistadas pudieron recibir información parcial sobre la enfermedad por parte del personal de salud.

Que según nos dice la enfermera, que eso proviene de que en veces se casa uno muy chico, que tiene mucha familia (Justa, 55 años, rural, primaria incompleta).

Nada, nunca me pasó por la mente (llanto), ya ese día el doctor me explicó y lo primero que pensé fue...dije voy a contagiar a mis hijos.... voy a contagiar a mis hijos y me voy a morir y mis hijos quien los va a ver (llanto). Después el doctor me explicó todo y me dijo que esa enfermedad no era contagiosa, que no era ni contagiosa, ni hereditaria y **yo le dije entonces por qué me dio?...y me dice que no sabe [...]** Así, pero aún hasta la fecha yo sigo creyendo que yo a mi hijo el más chiquito lo contagié, por que yo le daba pecho, yo le dejé de dar pecho hasta hace tres meses, marzo, abril y mayo, me preocupa que haya yo contagiado a alguien de eso, porque les di pecho. (Teresa, 29 años, rural, secundaria).

Las mujeres que manifestaron tener un conocimiento mayor sobre el cáncer, lo obtuvieron en el marco de tristes experiencias familiares. Varias entrevistadas mencionaron el fallecimiento de un familiar a causa del cáncer. Este precedente fue de una contundencia tal, que la sola palabra “cáncer” generaba preocupación y angustia convirtiéndose en metáfora de la muerte. Veamos algunos fragmentos al respecto:

Dice que a su mamá también le dio... ¿qué tipo de cáncer tuvo?
Pues creo que ella... no sé si tenía en el estómago, la verdad es que no recuerdo, pero a ella no más le pusieron radioterapia (Ángela, 53 años, rural, primaria).

Yo tenía un hermano que también ya se murió.
¿De cáncer? Pero el tomaba mucho y fue como provocado, porque tomaba demasiado.

¿Qué tipo de cáncer tenía él? De barriga (Maria Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

A pesar de conocer el cáncer por experiencias familiares dolorosas y del temor que éste generaba, no vincularon su propio padecimiento con su relación de pareja y desconocieron la responsabilidad que tenían sus esposos:

¿De qué falleció su hijo? También de cáncer.

Entonces cuando le dijeron que tenía un tumor ¿usted ya sabía que los tumores podrían ser cancerosos? Sí. Yo ya sabía por que ahora sí que yo ya escuchaba eso del cáncer y a mí me daba mucho miedo y dije no, mejor yo me atiendo, y entonces yo le decía a mi esposo, pero como que mi esposo no me hacía caso...entonces dije, bueno yo me voy sola. Yo iba al doctor sola, yo iba a atenderme yo sola, nadie me acompañaba, yo solita me iba. (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad)

Sin embargo, como lo señalan los fragmentos arriba citados, el haber tenido familiares que padecieron de cáncer, no garantizó un amplio conocimiento sobre tal enfermedad. Más bien, el que la muerte de algún pariente fuese por esta afección agudizó la idea generalizada que el cáncer era sinónimo de muerte. En consecuencia, el diagnóstico de la enfermedad implicó para ellas una preocupación por la muerte y no la posibilidad de un tratamiento médico. No obstante, antes de ver la forma como ellas se relacionaron con su afección, vamos a exponer la manera como comenzaron a percibir los síntomas de una disfunción en su organismo, dolorosa y totalmente desconocida.

6.3. Detección del cáncer cervicouterino

6.3.1. Los primeros síntomas...

Antes de la detección del cáncer cervicouterino, las entrevistadas en general se consideraban sanas, solamente sufrían de pequeñas molestias como gripa o dolores que resolvían con una pastilla que conseguían en alguna farmacia, cuando tenían problemas de infecciones vaginales, como ya lo vimos anteriormente, no le prestaban mayor importancia; en algunos casos recurrieron a la herbolaria, se automedicaron óvulos o penicilina y en algunos otros casos

acudieron al médico, pero ¿qué pasa cuando el problema de salud es mayor? ¿cuáles fueron los primeros síntomas de la enfermedad en cuestión, el cáncer cervicouterino?, ¿cómo se dieron cuenta de la enfermedad? Algunos de los testimonios de las entrevistadas respecto a los síntomas que las obligaron a buscar asistencia profesional estuvieron principalmente enfocados hacia las fuertes molestias que comenzaron a padecer. Ellas decidieron acudir al servicio médico cuando no pudieron soportar más los dolores y sangrados, cuando era evidente que algo no estaba bien en su cuerpo.

Lo que pasa es que haga de cuenta que me tocaba mi menstruación entonces esa vez fue muchísimo, fue muchísimo (Sara, 46 años, urbana, primaria incompleta y Florentina, 39 años, rural, secundaria).

Lo que pasó es que fue como... ya tiene tiempo que comencé a sangrar, o sea más de lo que era. Fui al médico particular y él me decía que no. Pero entonces pasó el tiempo y empezó a ser más irregular, demasiado, hasta que ya un día me sentí mal y fui a otro doctor (Susana, 45 años, urbana, primaria).

No tenía molestias, sólo la baja de peso. Dije, bueno, no lo voy a dejar pasar y pues de una vez.... (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

Me empezó a bajar un montón de coágulos de sangre, unas bolas grandes, o sea que unas bolotas, que ya no me podía controlar yo misma, me internaron no se me quitaba. Después vieron que tenía en la matriz una bola como burbujas de jabón y me cortaron pedacitos de ahí y dijeron que eran síntomas de cáncer (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria).

Nada más me duele, me duele mucho el vientre y ya fue como llegué aquí (Elodia, 46 años, urbana, primaria incompleta).

Pues realmente yo no me daba cuenta, yo soy muy irregular en mis periodos [...] y de las últimas veces duré sangrando bastante y se me estaba saliendo todo por dentro, porque eran unos coágulos muy grandes y ya no podía, y ya no me soportaba ni toallas, ni pañales, ni nada, entonces como yo soy también operada del corazón, yo me sentí mal y me llevaron a cardiología (Lina, 42 años, urbana, primaria).

Me sentí bien, pero empecé a bajar de peso, baje 10 kilos, pero de repente empecé a notar que tenía falta de apetito, que no tenía ganas de comer nada, ni un poquito, empecé a bajar de peso y eso era lo que me preocupaba (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

Ya era grande como 40 años, y así me bajaban como pedazos de hígado, así estaba yo trabajando y me bajaban bastante me ponía un mole y ya después fui a un hospital de urgencias y hay me hicieron todos los análisis y me operaron ahí y de ahí me mandaron para acá por que necesitaba una válvula (Francisca, 54 años, rural, primaria).

Síntomas como abundante sangrado, fuertes dolores en el vientre, expulsión de coágulos

y pérdida de peso fueron las principales razones por las cuales las entrevistadas buscaron ayuda médica. Este hecho denota que se hacía uso del servicio médico cuando la situación era extrema. El hecho de que subestimaran los primeros síntomas tiene que ver con el tema central que aquí estamos abordando: el desinterés por sí mismas, de su cuerpo y principalmente de su salud. Sus relatos permiten entender que como madres y esposas sólo concedieron prioridades para su pareja y sus hijos y en último lugar quedaron ellas. Mientras tanto, aquéllas que decidieron buscar asistencia médica se encontraron desorientadas, ya que no sabían a dónde, ni con quién recurrir para recibir el respectivo tratamiento.

Ya me espanté cuando vi el sangrado, y ahora me decían más que antes, váyase a que la chequen, váyase a que la chequen. (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

Mis ovarios ya me dolían mucho, no más me sentía cansada de los pies y de las piernas y de los brazos como a las 10 de la mañana, así como si hubiera trabajado mucho (Angelina, 47 años, urbana, sin escolaridad).

Es que estaba yo muy bien, estaba yo muy bien, pero ya después, hace seis años, yo me sentía mal, me dolía el estómago... me salió un coágulo de sangre pero negra, negra como carbón... y me dijo el doctor...ahí hay otro centro de cancerología, ya me fui, me manda el doctor inmediatamente para acá, por que esto "está muy feo", ya van dos años con este tumor...lo que pasa es que precisamente por eso me van a cortar el recto y la vagina por que estaba así y no crecía..No podía, si lo hubiera tenido en otro lado hubiera crecido y no se lo estuviera platicando y entonces por eso me mandaron para acá estando yo avanzada. (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad).

Porque mis menstruaciones ya no eran muy normales, empezaban un mes y resulta que duraban 15 días con la menstruación y después dejaba de menstruar dos días y volvía a menstruar en el mismo mes, entonces así como que ya se me hizo algo muy anormal (Leticia, 41 años, urbana, profesional).

Como podemos notar, los testimonios de las entrevistadas nos sugieren que acudieron al médico cuando los síntomas de la enfermedad eran evidentes: fuertes dolores en el vientre, sangrado constante, expulsión de grandes coágulos de sangre, cansancio, entre otros. Así, lo que denotan estos relatos, es que la asistencia a consulta médica solía hacerse cuando el cáncer estaba en un estado avanzado, ya que en los inicios de éste no existen síntomas fácilmente perceptibles.

6.3.2. Diagnósticos tardados, errados y contrariados.

Diagnósticos tardados

Frente a sus dolorosos síntomas, un diagnóstico oportuno se convertía en la incuestionable opción. Sin embargo, estas mujeres se enfrentaron ante las dificultades intrínsecas de los servicios de salud del país y a un desconocimiento profundo de dónde podían ser atendidas. Por ello, desde que sintieron los síntomas hasta cuando fueron diagnosticadas transcurrió mucho tiempo. Tiempo propicio para que el cáncer fuera avanzando significativamente.

Del hospital Escandón, donde están las monjas, ahí iba yo, pero nunca me dijeron qué era lo que yo tenía... siempre le decía doctor es que tengo sangrado, doctor tengo esto y nunca me dijo nada (Bertha, 57 años, urbano, sin escolaridad).

Además de los numerosos recorridos entre instituciones de salud costosas y poco eficientes, las mujeres tuvieron que asumir los gastos de exámenes de laboratorio y de gabinete y de consultas aun cuando acudieran a los servicios médicos estatales. Parece claro que debido a las dificultades en la capacidad y eficiencia de los centros de atención del sector salud para el diagnóstico de este tipo de enfermedades, las pacientes a veces debían practicarse los exámenes y las pruebas necesarias en el sector privado, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno.

En las [farmacias] Similares, que ponen sus consultorios y que cobran barato, ahí fui y me mandó hacer el ultrasonido y me dijo que urgía la operación y el doctor me dio los costos de la clínica y eso. Le digo a mi esposo: yo mejor me voy al hospital, por que ahí me van hacer más estudios, porque aquí el doctor me va a querer sacar la matriz y no más [...]. Pasé con una ginecóloga, me mandó hacer el Papanicolaou, pero luego pasé a medicina... no se qué... Familiar [...] y me dijo la doctora que no, que estaba yo muy mal, que me mandaba hacer unos estudios por fuera del hospital, por que no habían y que eran caros. Que hiciera yo lo posible porque me los hicieran ahí y se los llevara yo inmediatamente. Y así fue, tuvimos que conseguir para hacérmelos por fuera (Florencia, 44 años, urbana, técnicos).

En otros casos, las entrevistadas manifestaron que uno de los factores que limitaba el acudir oportunamente a la atención médica era la lentitud en el proceso de atención, ya que los resultados de los exámenes tardaban demasiado, principalmente en las instituciones públicas a las cuales asistieron. Según las entrevistadas, los resultados tardaron entre 3 y 4 meses cuando el diagnóstico era negativo. En el caso de que fuera positivo, las pacientes tuvieron que esperar

demasiado tiempo para que les fuera confirmado el diagnóstico y en ocasiones fueron prescritas erróneamente. Este hecho hizo que se generara desconfianza en el servicio médico tanto público como privado, ya que lo vincularon con una alta ineficiencia de los servicios de salud.

Pues la verdad nunca me decían qué tenía. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Jamás nos daban los resultados, nunca no los daban. (Alicia, 48 años, rural, primaria incompleta).

Lo que pasa es que no nos lo daban. O sea yo iba a consulta y luego ahí en la consulta iba y ya me decía la doctora “está bien” y después yo me sentía mal, sentía que me quemaba, me ardía y bajé muchos kilos. (Guadalupe, 37 años, urbana, primaria incompleta).

A los dos meses me entregaron los resultados. (Sara, 46 años, urbana, primaria incompleta).

Sí, me daba la medicina y yo fui como tres veces, pero nunca me entregaron los resultados iba y me decían y usted tiene esto y ya a lo último dije voy a consultar con un particular por que seguía con baja. (Regina, 39 años, rural, primaria incompleta).

Iba al Seguro y en el Seguro o en alguna institución de salud no nos entregaban los resultados, entonces pues, si no no los entregaban estábamos bien, pero nunca no los entregaron y ya cuando...a mi esposo eso no le gustaba y me daba para un médico particular, un laboratorio. (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

No, yo llegué porque me dieron un mes de plazo... como a los tres meses que me dieron un mes de plazo para que fuera yo a ver si ya habían estado los resultados y fui y me dijeron que todavía no, que fuera yo hasta el otro mes y este me dieron un día 15, me dijeron que fuera en unos 15 días. (Santa, 25 años, urbana, primaria).

Además de la demora en los resultados, muchas pacientes presentaron quejas en cuanto a la deficiente atención que recibieron por parte del cuerpo médico. Hecho que obliga a las mujeres a emprender un recorrido tortuoso para ser atendidas de manera ágil y en las condiciones necesarias para el tratamiento. En este sentido, el lugar de residencia, ya sea urbano o rural, afecta a las mujeres en el acceso a los servicios de salud, desde lo preventivo y de detección, pero primordialmente de acuerdo con el nivel resolutivo que se necesite. Así, afecta principalmente en el acceso a los servicios de atención y tratamiento del cáncer cervicouterino, ya que éstos se encuentran concentrados en clínicas de colposcopia, ubicadas en ciudades medias en adelante e implicando mayores traslados y costos para las mujeres. Además, resulta claro lo que significa para una paciente con cáncer cervicouterino que se le de un trato tan precario por parte de los servicios de salud.

Fue muy diferente la verdad en el Hospital General cuando estuve yendo las enfermeras, cuando una vez yo le dije a la enfermera, me puede decir cuándo me toca mi cita, me gritaba y me decía “¿sabe qué? Espérese allá afuera, hay tanta gente que tengo que atender y no nada más es usted”. Allá en el Hospital General me gritaba y aquí fue muy diferente [se refiere al INCAN]. (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

No me hicieron nada, porque como yo llegué ya tarde, llegué a las nueve de la mañana y el doctor atendía de 7 a 8 creo de la mañana y me dijeron que volviera yo al otro día. Pero de Tonalá a Tapachula se hace 4 o 5 horas de camino y pues yo no podía regresar, porque además mi esposo no estaba ahí y no podía yo dejar a mis niños y por eso fue que este... mejor vine para acá [se refiere al INCAN] (Sara, 32 años, urbana, profesional).

Un aspecto asociado a las relaciones de poder que afecta la salud de las mujeres, tiene que ver con la relación entre éstas y el personal encargado de prestar los servicios de salud. El personal prestador de servicios de salud tiende a dirigir autoritariamente la interacción con las usuarias que intentan relacionar síntomas con experiencias y condiciones de vida, opiniones, creencias, sentimientos y relaciones. Se ha demostrado que esta relación jerárquica se agudiza con mujeres de estratos sociales inferiores (Castro y Bronfman, 1998). A veces, el conocimiento de los y las profesionales de la salud acerca del cáncer cervicouterino y el trato que éstos dan a sus pacientes en la práctica del Papanicolaou no es el mejor. Este hecho tiende a generar una resistencia por parte de las mujeres para acercarse a los servicios de atención y tratamiento

El hecho de no sentirse tratadas adecuadamente o que no se les resolviera su delicado problema de salud en las instancias a las que acudían, les generaba un camino más tortuoso en su padecimiento. Abocadas a remitirse de un centro a otro, en ocasiones tuvieron que interrumpir sus tratamientos y las terapias, ya que en vez de controlar su afección se vieron expuestas a que ésta avanzara. Así lo expresa el siguiente testimonio:

Fíjese que sí, hace como un año en noviembre me hice el Papanicolaou y fue cuando el doctor me dijo que me hiciera una tomografía o algo así, y me dijeron que allí creo que no salió nada y después me dijo que se tiene que hacer usted un ultrasonido para ver que cosa es lo que tiene, porque yo siempre me dolía y siempre andaba sangrando y me dijo ve a hacerte el ultrasonido y ya vamos a ver que es lo que tienes, y me dijo que tenía yo, ya me dieron los resultados y se los fui a presentar y me dijo que pues que yo tenía muy mal la matriz, que tenía unos quistes, que los tenía que quitar y que me tenía que operar. Después me fui al Hospital Juárez y me dieron medicina, para que según me los fueran a sacar, pero no dio resultado, después **me mandaron con un chamán**, y este chamán pues tampoco me hizo nada y pues yo me empezaba a sentir más mal. (María, 64 años, urbana, primaria incompleta).

En otros casos, los médicos no generaron confianza por la actitud que solían manifestar o porque no les resolvían el problema de salud. De acuerdo con la relación que la paciente desarrolle con el médico, de ahí dependerá la imagen que se crea, no sólo del médico, sino de la institución a la que se está recurriendo. De tal forma, varias mujeres tomaban distancia del tratamiento debido a sus malas experiencias con el personal médico, público o particular.

Pues yo me espanté, pensé que tenía cáncer, pero me dijo el director del centro de salud que era algo que se parecía al cáncer, pero que no era cáncer todavía, que con tratamiento se curaba, pues la doctora era muy déspota, muy no sé como, llegaba uno a su consultorio **lo sentaba a uno como a tres metros de ella**, desde allá hacia las preguntas, no sé, como que le daban asco las personas. Entonces yo pienso que de hay se me hizo el cáncer cervicouterino, porque dice un médico, el que me descubrió el cáncer, que por lo menos tenían que haberme cauterizado y simplemente me dio unos medicamentos, y le digo que yo pienso que fue eso, que no tuve un tratamiento adecuado por parte de la doctora. (Margarita, 36 años, urbana, primaria).

...le dije a la doctora que en una relación sexual yo había sangrado y me dijo que si seguía sangrando [...] **pero ni siquiera me checo, ni me revisó no nada** y luego me dio unos medicamentos que yo no pude encontrar en ninguna farmacia [...] y regresé y le dije que me los cambiara porque no los pude encontrar, dice ese medicamento no existe, sólo en la cabeza de los tontos, porque ese medicamento sí existe, vaya y cómprelo, no lo puede encontrar. Esa vez no me hice un Papanicolaou en el centro de salud, fui a un médico particular y ahí fue donde me lo detectaron. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Diagnósticos errados

Por otra parte, a pesar de todos estos esfuerzos también se vieron expuestas a otro hecho: un diagnóstico equivocado. De tal manera que debieron someterse a diferentes consultas para hallar las verdaderas causas de sus afecciones. Era una combinación entre intuición, tristeza, marginación y frustración. Tres de las entrevistadas señalaron al respecto la falta de personal calificado y los consecuentes diagnósticos erróneos como factores que les impidieron un tratamiento oportuno. Nótese que a la primera de ellas le fueron diagnosticadas cuatro enfermedades diferentes antes de enterarse que tenía cáncer cervicouterino:

En mayo del año pasado [...] me empezó a doler mucho, siempre he tenido cólicos cuando tengo mis menstruaciones, siempre desde soltera [...] pero terminé de menstruar y el cólico se me quedó, y entonces fue cuando empecé a acudir al médico, fui con un médico general y me dijo que era gastritis, pero gastritis duele acá [señalando el estómago], no donde a mí me duele y bueno... me dio un medicamento y no me hizo nada, me pasé con otro doctor y

me dijo que tenía yo colitis nerviosa, me hicieron varios estudios también, de colon por enema y eso y ahí según que era tuberculosis, pero yo me seguía doliendo, me daban pastillas para el dolor y mientras las tomaba pues no me dolía nada, de ahí el tercer médico que visité ya éste me dijo a ver su Papanicolaou y ya me lo revisó y me dijo pues acá no me marca nada, pero déjeme ver...y ya me tocó y me dijo que era un dolor muscular. (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

Yo tenía dolores como de este lado, como del riñón, entonces como siempre he estado sentada en el puesto, entonces me empecé a sentir mal, me dolía... me dolía como si estuviera bien cansada, una vez fui al centro de salud y me dijo el doctor que a lo mejor era el riñón porque me hacía falta tomar agua, entonces empecé a tomar agua pero me dejé y me empecé a tomar unas pastillas para el dolor y ya con eso ya me la iba yo pasando con las pastillas para el dolor, ya después empecé yo a sentirme mal, durante un año, ya empecé a tener síntomas de sangrado y todo eso, entonces me asusté mucho, entonces volví a ir al centro de salud y ...una muchacha que yo conozco, me dijo: por qué no vas a un... ¿cómo se llama?...Papanicolaou (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

No, era como un agua amarilla. Me daban unos óvulos y no se me quitaba y ahí me daban unas pastillas, bien caras que apenas nos alcanzaba para comprarlas [...] le pedía dinero a mi hijo y nos quedábamos sin comer por que pues... a lo último yo ya no pude [...] Hasta que un doctor me dijo que era una infección por que no podía hacer del baño, orinar me costaba mucho, me daba mucho dolor en la barriga. Después me llevaron a otro y me dijeron que me tenía que hacer un ultrasonido, me dijeron que eran los riñones. (Irlanda, 39 años, rural, primaria incompleta).

Era un dolor que sentía debajo del vientre... entonces asistí y me dijo que era una infección en el riñón y me dió medicamentos, pero yo seguí igual, cada vez eran más fuerte los dolores y de ahí ya fui con un gastroenterólogo por que me decían que de pronto era una infección, igual el gastroenterólogo me hizo un montón de estudios, mis hermanos me apoyaron, por que ahora sí, el apoyo económico lo he tenido de ellos. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

Pero ya después hace seis años, yo me sentía mal me dolía el estómago...yo le decía al doctor: oiga doctor no me siento bien, me dijo que tenía una infección vaginal, me daba lavados, me daba óvulos, me daba pastillas, me daba inyecciones y así estuve tres años y resulta que un día arrojé un pedazo, pues ahora de que me vine para acá, va hacer dos años, me salió un coágulo de sangre pero negra, negra, como carbón...mire doctor...y que dice ahí hay otro centro de cancerología, ya me fui, y que me manda el doctor inmediatamente para acá [al INCAN] (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad).

Sí, eran particulares en cada uno me hacían exámenes, y digamos que me tardé en todo el proceso... febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio y nadie me daba chiste... estudios y estudios, pero seguí bajando de peso, no me lo explicaban, me hicieron de la tiroides, de todas esas cosas, entonces yo misma decidí hacerme un Papanicolaou" (Violeta, 44 años, urbana, técnicos).

6.4. La reacción frente al diagnóstico del cáncer cervicouterino y los trastornos emocionales.

6.4.1. La depresión

Una vez asimilado el diagnóstico, ¿qué sintieron cuando recibieron la noticia? El choque emocional resulta evidente en las entrevistas realizadas. Veamos algunos fragmentos de lo que se puede percibir, los sentimientos de dolor, tristeza y depresión que se mezclaban a la hora de asumir tan difícil noticia:

Es que se siente uno...hasta moralmente pues uno. He tratado de echarle ganas de luchar... para vivir, pero es duro ¿no? (Susana, 45 años, urbana, primaria).

Si, pero hasta que me enfermé de la depresión, fue cuando ya no quise venir. (Sara, 32 años, urbana, profesional).

Pues si me deprimí mucho por que aquí en la Escuela de Colposcopistas nunca me decían nada [...] Y lo único que decían era qué pobrecita, como de lástima. Entonces yo tenía miedo como temor. (Janet, 30 años, urbana, secretaria).

¿Ha recibido atención psicológica? Sí, sí he venido con la psicóloga aquí, el mismo doctor me mandó con ella, porque dijo que yo estaba muy nerviosa, no duermo, estoy muy escasa de sueño. (Rosalinda, 44 años, rural, primaria incompleta).

Como que no me interesa nada, no me dan ganas de nada, no tenía ganas ni de bañarme. (Rosalinda, 34 años, urbana, secundaria).

Sentí que me moría, mucha depresión, mucha depresión, muchos días estuve muy deprimida, pero ahora ya estoy mejor gracias a Dios (Margarita, 36 años, urbana, primaria).

Ay... qué puedo decir...para mi es pura tristeza... (llanto) ganas de llorar, para mi ya no hay risa. (Rosalinda, 44 años, rural, primaria).

También, para mi era, yo era... muchas cosas, yo ahora me siento triste y me siento vieja. (Braulia, 38 años, rural, 1 de primaria).

Una mujer cuya detección se hizo de forma temprana, mencionó que su primera reacción fue de total escepticismo, ya que no consideraba que a ella le fuera a ocurrir

Sí había escuchado hablar del cáncer, pero me dije a mí: no me puede pasar esto. O sea mi

mente decía que no. Cuando me dijeron que sí, sentí horrible y pensé: por qué a mí... pero pues ni modo. (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria)

6.4.2. La búsqueda de Dios: el apoyo en la religión

Al conocer el diagnóstico, algunas mujeres quisieron refugiarse en sus creencias; no estaba de más, pedirle un milagro a la Virgen, es así como Sofía prefirió acudir a los recursos que estaban a su alcance, apoyarse en sus creencias religiosas y efectuar peregrinaciones a La Villa para esperar que su enfermedad no avanzara.

No más me decían que tenía cáncer y que me iban a quitar mi matriz y yo les decía cómo voy a tener cáncer si no me siento mal, porqué me van a quitar la matriz. En lugar que me den medicamento o alguna otra cosa para que me cure, no más me decían tiene esto y la vamos a operar, avísele a su familia y viene y yo mismo la opero. Y luego ahí anduve como cuatro años, me fui tres años caminando a la Villa y después otro año que ya no fui. Me sentía mal pues a mí me dolían mucho mis pies, empecé con el problema del cólico y me dolían bastante mis pies y la cintura. Así fue como apareció el cáncer. (Sofía, 35 años, rural, primaria).

Algunas otras buscaron la tranquilidad y resignación frente a la situación; después de conocer el diagnóstico, una de ellas intentó quitarse la vida y también cegar la de sus hijos. Sin embargo, en el caso de Rosalinda como muchos otros sus creencias religiosas fungieron como mecanismo catalizador para encontrar tranquilidad y resignación.

Sentí bien feo, por que me dijeron que tenía cáncer (llanto) pensé en morir primero, lo que hice agarré a mis hijos, me iba a matar con ellos, por que yo no quería vivir, o sea le soy sincera, tal vez sea egoísta, pero **si me muero me llevo a mis hijos**, por que no hay nadie más que una madre para cuidar a sus hijos y mi hermano me andaba buscando... Me decía estás loca tú, es que no quiero estar así, tengo cáncer me voy a morir, le digo que más quiero, es que tienes que ver primero un doctor para que te diga que es lo que tienes, no más...si le digo para dar lastimas, después me llevaron, una amiga me llevó a que me dieran con ...no se qué religión sea, pero me...sacaron todo lo malo que yo tenía, porque sentía que ya no aguantaba ya, y me hablaron bonito, bonito, bonito que dije no... Que tonta soy para quitarle la vida a mis hijos, que ellos no tenían nada que ver en esto (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria).

De tal forma, la “resignación” fue la actitud tomada frente a una situación delicada. Así se puede notar en las siguientes entrevistas, la resignación a los designios divinos suelen ser presentados con regularidad por mujeres mayores de 60 años:

No, porque como le diré estoy resignada a lo que Dios diga, a lo que Dios diga. (Lidia, 63 años, urbano, sin escolaridad).

La meta más importante para mí es curarme y que Dios lo permita que yo quede bien (sollozos)... y si Dios dice que me vaya de igual manera lo acepto. (María 64 años, urbano, 3ro de primaria).

Pues realmente no mucho, porque me he entregado al Señor, estoy tan confiada que si él me va a llevar, pues me va llevar y si me va a dejar, pues me va a dejar, pero me va a dejar bien. (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

Este tipo de pensamiento fatalista indica que toda su experiencia no les ha dado luz sobre las posibilidades de prevenir una ITS, de tratarla a tiempo y de evitar que se transformara en cáncer, así como la responsabilidad de sus parejas sexuales y sus derechos a la atención médica. Ellas se veían a sí mismas no como sujetos con derechos y autónomas, sino como víctimas de los designios divinos.

6.4.3. La culpa

Llama la atención que las mujeres asuman la responsabilidad y culpa frente a su enfermedad y que nunca piensen en una responsabilidad compartida de sus parejas que tampoco parecen acudir a los servicios de salud, ni en la responsabilidad de los propios servicios por informar y atender mal. La falta de autonomía por parte de algunas de las entrevistadas se hizo latente en la medida en que algunas ocultaron su padecimiento a su pareja y a su propia familia para, según ellas, evitarles un sufrimiento y trastocar la dinámica de la cotidianidad. Con el ánimo de “no preocupar”, optaban por silenciarse y sufrir en soledad el complejo diagnóstico. Así, nuevamente encontramos que aun en las situaciones más difíciles las mujeres ponían como prioridad la estabilidad del esposo, del hogar y la tranquilidad de sus hijos, a pesar de su propia salud.

Me lo guardé un rato. No le dije ni a mi familia, ni a mis hijos por no preocuparlos, ni a mi mamá, ni a nadie. Se enteraron hasta que se lo conté a mi hijo y se puso mal y se tuvieron que enterar. (Susana, 45 años, urbana, primaria).

Pues al momento cuando me dijo el doctor allá, sí me dio tristeza, pero cuando llegué a la

casa de usted, y me puse a llorar como dos horas y dije bueno en el nombre sea de Dios, si te vas a morir tienes que comer. Solita me paré por que no había nadie en la casa, y me paré a comer, me puse a lavar mis trastes, llega mi hija y me dice ¿qué tienes? Y no le dije sino como hasta los cuatro días. (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad).

Una vez enteradas de la afección que padecían y desconociendo las implicaciones clínicas del caso, algunas mujeres pensaron que su enfermedad era contagiosa y que ellas se habían encargado de contagiárselo a sus hijos. A pesar de que a Teresa el médico le hizo saber que tal afección no se transmitía a los hijos, ella no lo creyó. Esto denota un evidente sentimiento de culpabilidad y aquí nos encontramos con la contraparte o el lado negativo de la autonomía. Es decir, ellas no tienen la capacidad de decidir sobre muchos aspectos de su vida pero las consecuencias de las decisiones y las acciones de otros suelen ser vistas como su propia responsabilidad. Por ello, siempre tratan de estar atentas a la forma como su enfermedad pudiera generar algún daño para su familia.

Y pues sí me espanté y aquí ya me confirmaron que era cáncer cervicouterino y de hecho les pregunté que si era contagioso o que por qué [...] con mi esposo tuvimos un problema, bueno de hecho por eso estuve en psicología hace como cuatro años, porque me vino una depresión muy fuerte. (Marisela, 39 años, urbana, secundaria)

No cabe duda que lo más importante para la mayoría de las entrevistadas es el bienestar de sus familias. Por lo tanto, la detección del cáncer cervicouterino generó preocupación en tanto se convirtió en un factor que deterioró la dinámica familiar. Su angustia radicaba en que se convertirían en una carga para sus hijos. Ellas, siempre acostumbradas a asumir la responsabilidad de las vicisitudes en el hogar, se sentían culpables por generar un problema a sus más cercanos, pues en su construcción simbólica de madresposas, mujeres dadoras y dedicadas a su familia, asumían su enfermedad como parte de un destino marcado por Dios y frente al cual no podían hacer mucho (Lagarde, 2004:57).

El diagnóstico del cáncer cervicouterino fue un choque emocional para todas y cada una de ellas. En la mayoría de las entrevistadas afloraron sentimientos de culpa, buscando los motivos por los que les ocurrió a ellas. Una de las entrevistadas ofreció una reflexión al respecto: era necesario que Manuela pusiera atención a su cuerpo y no dejarlo en el último lugar en la lista de intereses.

De mi enfermedad la verdad, ya ahora que vengo todo lo que veo, ya pienso muy diferente, ya no me pienso dejarme así,..es que uno dice, es que **como uno es mujer** y porque uno se

siente mal y mañana me compongo, no ahora ya no, ahora ya pienso que hasta mis hijos o cualquier persona veo que se siente mal y ya la ando mandando al doctor y es que les comento...luego mi hermana me dice es que fijate que me siento algo, le digo vete al doctor, le digo por que hemos visto cada cosa, a mi hija también le he dicho, le digo cuando te sientas mal, ve al doctor, le digo, porque yo he visto que hasta en infecciones, ya hasta se vuelve cáncer ..le digo ve tú, no hay como mejor que te diga un doctor que tienes y ya...he cambiado en ese aspecto, por que la verdad ni a mis hijos los llevaba yo al doctor, si los llevaba, pero me tardaba más en llevarlos, ahora prefiero que se vayan al doctor. (Manuela, 40 años, urbana, secundaria).

En lugar de considerar la desinformación, la infección por transmisión sexual del VPH, la posible responsabilidad de su pareja en esa transmisión, la falta de realización periódica de la prueba del Papanicolaou o la negligencia y el abuso médico como los factores para desarrollar el cáncer cervicouterino, fue la voluntad divina y el sentimiento de culpa lo que se convirtió en inicio y final de la enfermedad.

6.5. Tratamiento del cáncer cervicouterino

6.5.1. El desconocimiento...

No había marcha atrás: la enfermedad era un hecho y el tratamiento era el único camino a seguir. Una vez decidían continuar el tratamiento médico, lo hacían con un desconocimiento de lo que éste implicaba. Esto sugiere la deficiencia de la información por parte de las instituciones médicas que no siempre ofrecían los conocimientos básicos que posibilitaran una amplia confianza en las diversas incursiones que el personal médico haría en su cuerpo para controlar la enfermedad. Por lo menos así lo mencionó Pilar:

Pues no sé...a veces me dicen que...unas personas me han dicho que cómo le sacan a uno la matriz, que si se hace una tantita fuerza, que se puede vaciar toda, que le viene la hemorragia fuerte, no se si es cierto eso o no (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta).

Así, los imaginarios sociales que existían sobre lo que implicaba dicho tratamiento, seguían siendo una fuente de temores que generaba cierta desconfianza en algunas mujeres.

Y cuando ya empezó el tratamiento, ¿usted sabía qué eran radiaciones o qué eran quimioterapias? No, no sabía. (María, 56 años, rural, sin escolaridad).

¿Y usted sabe qué tipo de cirugía le hicieron? Pues no.

¿Preguntó usted? No ¿Le dijeron? No, no me dijeron.

¿A quién le dan la información de lo que le van hacer a usted? A mis hijos.

¿Ellos decidieron que sí la iban a operar o usted les dijo que la trajeran acá? No, ellos... ahora sí que el doctor nos preguntó y nos dijo que si estaban de acuerdo con que me operaran, y que firmara mi hija, yo también firmé y ya firmé... si es para mi bien, pues voy a firmar. (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta).

La entrevista anterior es significativa, ya que Isabel, como muchas otras mujeres, no sólo carecía de un conocimiento de los tratamientos a los que sería sometida, sino que ella misma no tuvo la capacidad de decidir si estos debían proceder o no, ya que fueron los hijos quienes tomaron la decisión por ella, de que fuera intervenida. Este hecho, así como la resignación y la paciente entrega a la voluntad de Dios, así como la tendencia a sentirse culpables, nos ubica frente al problema central de esta investigación: la falta de autonomía de la mujer como un factor determinante a lo largo de sus vidas, aun en un momento tan complicado en el cual estaba en juego su salud.

Sin lugar a dudas, el tema de la autonomía en este sentido nos refiere aspectos de gran trascendencia como una enfermedad irreversible, en la cual incluso las mujeres no tuvieron autodeterminación sobre su cuerpo, ni pudieron dar pasos previos para evitar contraerla. En esos casos, los hijos asumieron la responsabilidad de decidir que tipo de tratamiento era el que se debía seguir. Por lo tanto, frente a la perentoriedad de las decisiones, otros familiares son a veces quienes asumen el rol determinante; así, aun en medio de las dificultades emocionales que implica el diagnóstico de esta afección no se asume un proceso mínimo de autonomía al momento de definir el tipo de tratamiento.

Tratamientos tardados

En algunas ocasiones las mujeres pasaron por una larga búsqueda de tratamiento, pasando por diferentes instituciones, desde las costosas cotizaciones particulares a las tardadas citas en hospitales públicos; generalmente, este fue el motivo por el que muchas de ellas terminaron en Instituto Nacional de Cancerología.

¿Qué paso una vez que le dieron el diagnóstico?, ¿qué hicieron?, ¿la trataron?, Me traté de buscar...bueno en esos momentos me volví loca, buscando médicos, otras opiniones y ese

médico me sugirió Cancerología o Displasias de Pachuca Hidalgo, pero allá no me daban citas luego, me decían que me esperara, que me esperara, y hasta que en una ocasión me dijeron que sí, que ya mero, que no veía ...que estaba lleno, que todo estaba lleno de pacientes, que no había lugar, entonces yo me vine para acá, aquí vine saqué una cita y a los 14 días me atendieron y así empezó el tratamiento aquí en Cancerología. (Margarita, 36 años, urbana, primaria).

Tratamientos errados o invasivos

La búsqueda de tratamiento oportuno, adecuado, y económico fue la constante de estas mujeres que a pesar de estar devastadas por el diagnóstico, en medio de una baja autonomía, inmersas en sentimientos de culpa y de total desconocimiento sobre su enfermedad, se enfrentan a largas esperas y malos tratos en hospitales saturados, o a tratamientos errados o invasivos, todo esto antes de llegar a tratamiento al INCAN, como es el caso de algunas de las entrevistadas:

La doctora se la quiso jugar, en vez de que me mandara...ya tenía porque, porque en el examen ya tenía displasia, entonces dijo no que te voy hacer el examen, te voy a hacer unos... te voy a curar y con eso se te va a quitar... se le fue de las manos, o sea yo me atendí, porque si no hubiera sido eso hubiera llegado más avanzado no, me había dado cuenta...fue la doctora...su negligencia. (Sara, 32 años, urbana, profesional).

En las [farmacias] Similares, que ponen sus consultorios y que cobran barato, ahí fui y me mandó hacer el ultrasonido y me dijo que urgía la operación y el doctor me dio los costos de la clínica y eso. Le digo a mi esposo: yo mejor me voy al hospital, por que ahí me van hacer más estudios, porque aquí el doctor me va a querer sacar la matriz y no más [...]. (Florencia, 44 años, urbana, técnicos).

A María del Carmen no sólo le dieron un diagnóstico equivocado, sino que fue sometida a una complicada cirugía que le deterioró notablemente su calidad de vida. Además, el hecho de que ella y su familia advirtieran un interés de lucro por parte de la doctora particular que le atendió, generó en ella una gran desconfianza ante los sistemas de atención médica. Ello también provocó una crisis emocional tanto en ella como en su familia:

Me quitó la matriz, eso fue en un particular y ya después empecé a estar mal...en lugar de recuperarme, fue todo lo contrario, por que a yo no me dolía nada... y al grado de que decidí quitarme la matriz. [La doctora] me dijo que no iba haber ningún problema, pero yo me fui hacia abajo, abajo... hasta que totalmente ya no podía ni caminar...ella iba dos veces por semana a mi casa, vio que no me podía yo recuperar [...] Les decía a mis hijos que ya no me movieran y a mi esposo que ya no me arrimara comida. [...] Estábamos bien

endrogados con esa doctora, porque como iba hasta la casa y medicamentos... (María del Carmen, 44 años, rural, primaria).

La siguiente entrevista expresa cómo hubo mujeres que, en su angustia, optaron por someterse a tratamientos en instituciones privadas, lo cual implicó pagar cuantiosas sumas de dinero y ser víctimas de abusos económicos por el alto costo de los tratamientos que los especialistas consultados sugerían. Esto, más allá de ser una solución, terminó por agravar su padecimiento.

Me sacaron la matriz y los ovarios, todo me sacaron ¿Cómo hizo para pagar la cirugía? No, pues saqué prestado en una caja, pedí un préstamo y estuve pagando poco a poco. Luego a los ocho meses dijo [el médico] que ya tenía de vuelta cáncer y me mandó hacer radiaciones [...] también particulares. Todavía no acababa de pagar en la caja y me prestaron otros 25 mil y luego ya, puros prestamos...todavía no acabo de pagar (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta).

6.5.2. Las secuelas y los síntomas persistentes

El tratamiento médico era un camino ineludible. Radiaciones, quimioterapias e intervenciones quirúrgicas en algunos casos, fueron las técnicas que tuvieron que conocer las mujeres para tratar el cáncer cervicouterino. Sin embargo, algunas mujeres continuaron experimentando síntomas.

Bueno, pues ahorita acudir a todas las citas que me de el doctor, por lo que me dijo la otra vez el radiólogo, el de la radiaciones, dice que, donde se estaba formándose el tumor o donde estaba el tumor, pues no hay nada, que hay una cavidad ahí, ahorita estaba yo padeciendo flujo, entonces la vez pasada me dio un medicamento, entonces vengo ahorita a decirle que pues todavía tengo un poco, no ha cedido el flujo todavía, ahí está, y a ver qué me dice, pero pues echarle ganas. (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

Además, hubo casos en que los efectos colaterales de las intervenciones médicas resultaron en diversas afecciones que no estaban consideradas en su enfermedad.

¿Le quitaron la matriz? Sí.

¿Recibió algún otro tipo de tratamiento? Me dieron 25 radiaciones.

¿Quimioterapias? No... me pusieron un aparato no se qué, me pusieron un aparato que no lo podía yo mover. Ya saliendo de ese me mandaron las 25 radiaciones allá abajo. Al año que salí de aquí, me resultó que volví a sangrar por el recto y ya por eso me pasaron aquí [...] Pues ya me he sentido un poquito mejor, ya no he sangrado, ya es muy poquito ya no sangro mucho. La que le digo que me salió el grano por el recto, según me había dicho que eran las hemorroides [...] me dijo el doctor que era una fístula, pero yo no se qué es eso. Y

eso se me quitó, se me cerró ese grano que yo tenía, no me podía sentar, me dolía mucho y me daba mucha comezón. (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad).

¿Por qué acudió aquí a Cancerología? Porque estaba muy mala, de aquí del intestino y luego fui a ver un doctor también particular que me recomendaron y me hizo un estudio y me dijo que pues el intestino estaba mal, que había que darme quimios de vuelta, había que darme quimioterapia y le dije no [...] si la operamos le va salir en 50 mil para despegar el intestino y si le damos las quimios le salen en 10 mil. Le dije no, muy amable yo me voy a Cancerología. (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta).

Lo de radioterapia luego se me complicó con el riñón. (Braulia, 38 años, rural, primaria incompleta).

Los problemas del intestino son una de las secuelas de los tratamientos para el cáncer cervicouterino, que generalmente se presenta en las mujeres, estas secuelas, si no se tratan a tiempo, pueden ser la causa de una gran pérdida de calidad de vida de las mujeres.

6.5.3. Abandono del tratamiento

El tratamiento se convertía en una completa vorágine de tristeza, dolor, desencuentros y frustración para muchas de ellas. En medio de dicha problemática, cuando algunas decidieron tomar las riendas del tratamiento que recibían, optaron por alejarse del personal médico que les atendió debido a deficiencias en su desempeño profesional y prefirieron llevarse su afección a la intimidad del hogar para vivir como si su enfermedad no existiera. ¿Por qué hubo mujeres que prefirieron abandonar el tratamiento pese al avanzado estado de gravedad?

Cuando se conjugaban aspectos como la precaria atención, la falta de cordialidad por parte del cuerpo médico y, en algunos casos, su incompetencia, hubo mujeres que optaron por abandonar el tratamiento, pretendiendo seguir su vida normalmente. Sin embargo, con el tiempo se agudizaron los síntomas y el deterioro de su salud se hacía más evidente.

Pues tenía cáncer cervicouterino, pero... pues ya de eso tengo tres años, entonces yo tenía mis terapias y eso, pero dejé de venir... (Sara, 46 años, urbana, primaria incompleta).

Es bien difícil, es bien pesado. En un principio cuando uno viene a la primera quimio a la segunda todavía, pues sale uno bien, contento y todo, pero a medida que va avanzando uno más en el tratamiento... yo caí en depresión, lloraba mucho, yo ya no quería. (Laura, 32 años, urbana, preparatoria).

La constante fueron los elevados costos económicos de dichos tratamientos en instituciones de salud privada. Una vez estimado el costo que implicaba la atención profesional frente a los ingresos familiares, ellas preferían no perjudicar la economía doméstica y hacer lo posible por seguir con las rutinas propias de su vida cotidiana como si nada hubiese pasado. Respecto a ello, señalaron:

Dejé el tratamiento pues por la pobreza, pues siempre el médico cobra. (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta)

En 2001 me lo hice y este ahí salió en una radiografía muchas manchitas blancas, creo que aquí le llaman el mosaico [...] me dijo la doctora que me lo hizo, que si yo quería me los quemaban y ahora sí, como en ese tiempo no tenía yo dinero porque como yo rento, nos íbamos a cambiar y me salía en 2000 pesos eso y no quise... no hice caso a tiempo. (Ana María, 37 años, urbana, primaria).

No yo, él no quiso ir, pues porque yo me enfadaba de estar así y como no tenemos dinero, y esa vez pedimos tantito prestado, más lo que pudimos juntar para hacerme el Papanicolaou. Ya dijo el doctor que me iba a operar, pero nos pedía muchísimo dinero y ya no, ya no quise pues, no teníamos esa cantidad nosotros [...] entonces dejamos las cosas al tiempo y me estaba casi muriendo. (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta).

Me siento muy mal, me siento muy nerviosa, desesperada por que no tengo dinero. Si me enfermo con qué, si no tengo nada de dinero y la única que trabaja es mi hija y lo poquito que va ganando, lo poquito con lo que vamos saliendo adelante y lo poquito que me van ayudando mis otros hijos, porque ya son casados, tienen su familia también [...] yo sí me he sentido muy desesperada. (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta).

Por su parte, los comentarios de las entrevistadas muestran de forma contundente que la pobreza fue una de las causas básicas para que no se diagnosticaran o trataran oportunamente o para que abandonaran el tratamiento. Sin embargo, la consecuencia de la falta de recursos no sólo fue abandonar el tratamiento sino que, además, hubo sentimientos como “desesperación”, “tristeza” y “frustración” que incrementaban la sensación de vulnerabilidad, haciendo que la enfermedad avanzara y fuera cada vez más inminente.

6.6. La respuesta de los servicios de salud

Además de las construcciones de género, otro elemento significativo en los relatos sobre los motivos de la falta de prevención tiene que ver con la ineficacia de los servicios médicos. Por una parte, algunas mencionaron que en ocasiones no se hicieron sus pruebas de Pap con la frecuencia o persistencia requerida, o se practicaron el examen, pero nunca regresaron por sus resultados o no tomaron en cuenta la recomendación de ir a un chequeo médico u otros análisis; Sin embargo, hay relatos muy sistemáticos, algunos de mujeres que se cuidaron mucho, en los que: se perdieron o no les entregaron los resultados, no se detectó nada en el Pap, hubo diagnósticos erróneos, hubo tratamientos equivocados, se perdió un largo tiempo de un lugar a otro.

Más de la mitad de las entrevistadas afirman que si se habían hecho pruebas del Pap y la mayor parte de esos relatos son muy coherentes con un adecuado cuidado de su salud. Por ejemplo, en el caso de Irlanda, cuando presentó sangrado constante y abundante el médico le diagnosticó una leve infección que se podía curar con óvulos. Ante la persistencia de la anomalía, el médico inició un tratamiento para los riñones y posteriormente para la matriz. Tres meses después, ante la persistencia del dolor, la familia de Irlanda decidió llevarla a un centro de salud donde le detectaron el cáncer cervicouterino (Irlanda, 39 años, rural, primaria incompleta).

Lidia, que padecía de los mismos síntomas, estuvo durante tres años consumiendo calmantes y óvulos (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad). Otro caso, también paradigmático fue el de Elvira, quien percibiendo un constante agotamiento y dolor en el vientre, consultó al médico el que le dijo: “tú a fuerza te quieres enfermar, tú no te vas a morir de nada, tú eres bien activa.” (Elvira, 73 años, urbana, primaria).

6.7. La responsabilidad de la pareja frente al cáncer cervicouterino

La mayoría de las mujeres que vivían con el esposo en el momento de enfermarse expresaron que tenían apoyo de él, a pesar de la violencia, las infidelidades y lo irregulares que han sido muchos de ellos para proveer.

Él sí me da muy poco, me ayuda pero muy poco, (llanto) ahorita me preocupa no sé en cuanto le vaya a salir, no fue mucho lo que le dejó a mi hija... pues ahí tienes ese dinero, si

necesitas pagas con eso y ya con lo que le están pagando. Ya con eso o si no a ver cómo le hacemos. (Ana María, 37 años, urbana, primaria).

¿Su pareja, su esposo la ha apoyado? Pues sí me apoya mucho pero pues para qué quejarme. Él como dice pues yo quisiera y si lo ve usted fuerte, pero ya no le da a veces ni para venir en el metro. (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad).

Y pues él tiene que trabajar, luego a veces se está aquí conmigo un tiempo y así anda de aquí para allá. (Sofía, 35 años, rural, primaria).

En unos casos con apoyo económico limitado de acuerdo con sus condiciones, o con compañía, en otros casos este apoyo fue suspendido en el transcurso del tratamiento.

Cómo él fue el papá de mis hijos y me dijo que sí, que él me iba ayudar y todo y a la mera hora pues no, le dijo a mi mamá que consiguiera yo el dinero para pagar en el hospital. Mi mamá lo consiguió y ya después salí del hospital y ya cuando fueron a traer los resultados del tumor y me mandaron para acá, todavía él me acompañó y estuvo bregando para que yo entrara aquí pero después de que me pusieron la primera quimio, ya me dijo sabes que... sabes ya **no te voy a poder ayudar** o ya no quiero y no. (Teresa, 29 años, rural, secundaria).

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la reacción del esposo cuando a su pareja se le diagnosticaba cáncer es sintomática de los códigos que forjaron la relación: miedo, desconfianza y altruismo por parte de la mujer, frente al egoísmo del hombre:

Pues él es muy miedoso, es inestable. O sea que se hace el indiferente, pero es por lo mismo que es cobarde... yo no he querido que se involucre por la misma cuestión de que tiene el carácter fuerte. (Socorro, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Yo no le decía nada, porque nunca he tenido confianza con él, porque él es una persona que aparentemente es bueno, pero se enoja y todo lo echa en cara, por Cristo (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

No más le daban ganas de llorar, porque si me muero quién lo iba a atender, como y nada más estábamos los dos. (María, 56 años, rural, sin escolaridad)

Es significativo que en la entrevista a María, su esposo “lloró” cuando la esposa le informó de su afección. Sin embargo, el llanto emergió por temor a quedarse sin la atención de su esposa. En estos términos, la función social de la esposa como proveedora del alimento y de atenciones en el hogar se cuestiona en la medida en que la mujer madre está determinada por su rol. Al desaparecer se valora su importancia pero en tanto se ven afectados los otros por la falta

de sus servicios y no por ella misma.

Así, aun en momentos tan críticos el despotismo masculino al que estaban sometidas se hizo evidente, ya que ellas comenzaron a ser culpadas por su enfermedad y no fueron asumidas como enfermas.

[Mi esposo me decía] que existían muchas mujeres [que] tienen tantos hijos y no se enferman... porque se ven que andan de aquí para allá. Porque yo sufro mucho con las reumas, porque me dolían mucho mis pies y luego él me regañaba porque no soy como otras mujeres... “pero yo te ayudé mucho, trabajé mucho, traje de comer de lejos y todavía atender a mis hijos...” ya estuvo bien para tener razón para enfermarme y pues así es doctora (María Isabel, 61 años, rural, primaria incompleta).

¿Su esposo viene a verla? No, no ha venido. (Pilar, 44 años, rural, primaria incompleta).

En muchos casos la convivencia con los suegros reforzó o motivó la violencia marital y la falta de autonomía de las mujeres, pero en unos casos recibieron apoyo de sus suegros.

6.8. Las mujeres de la familia como punto de apoyo.

En los momentos de crisis se hace evidente y necesaria la solidez de las redes parentales. Si bien, la familia funciona como una estructura de poder que controla y delimita el marco de acciones de cada uno de sus miembros, máxime en el caso de las mujeres en crisis, enfermedad o alguna calamidad, la familia se constituye en una contundente red social que provee el apoyo necesario. Como institución, la familia de origen y la que se forma con la unión marital provee al sujeto una red social de individuos vinculados por fuertes lazos de solidaridad. Así, esta misma familia que es controladora, impositiva y hasta despótica, en momentos de crisis y enfermedad puede emerger como una fuente de apoyo significativo. Sin embargo, entre las entrevistadas el apoyo provino casi exclusivamente de otras mujeres.

No todo es indiferencia, ya que algunos miembros de la familia ofrecieron un desinteresado apoyo. Los fuertes vínculos afectivos que se habían tejido a lo largo de sus vidas fueron una notable fuente de apoyo. Amalia señalaba que algunos familiares hicieron suyo el dolor que ella vivía:

Sentía que me iba a morir, pero ya lo he asimilado. Sigue todo normal, sí **sufrieron conmigo** mientras tenía yo el dolor, mientras veían como me adelgacé de momento, vieron que no comía yo y eso sí, a toda la familia les afectó, pero ya como otra vez empecé a

comer, ya tengo ánimo de hacer mis cosas, y ya otra vez empecé a coser. (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

Pero, ¿de quién provino el apoyo en el momento de redefinir los ritmos de la vida cotidiana? En la medida en la que el cáncer cervical avanzaba las mujeres requirieron apoyo en las labores domésticas, también respaldo económico para medicinas y el transporte del domicilio al hospital; además, aquéllas que tenían hijos pequeños requerían de alguien que se ocupara de su cuidado mientras ellas asistían a sus consultas y tratamientos. Con excepción de uno que otro caso en que el esposo asumió la responsabilidad, dicho apoyo provino de diferentes fuentes, principalmente la madre, otros parientes, principalmente mujeres, y sus hijos.

Mi mamá era la que me ayudaba, cuando no tenía yo qué darles de comer a mis hijos, mi mamá era la que me ayudaba [...] yo iba ayudarle hacer sus tortillas y ella me daba de comer, le daba de comer a mis hijos y si le sobraba comidita hasta me ponía mi ollita con comida para que después les diera de comer a mis hijos, ya me decía ándale hija ya te vas para tu casa, llévate esta comida, allá le das de cenar a tus hijos, así me la fui sobrellevando. (Isabel, 70 años, rural, primaria incompleta).

Pues **mi mamá** me ayuda moralmente, cuando me operaron mandó a mi sobrina para que me viera y una hermana antes me ayudaba, pero ya me dijo te ayudo a ti o ayudo a mi mamá [...] le dije: pues ayuda a mi mamá, y ya no me ha ayudado. [Somos] 3 hermanos: una hermana mayor, un hermano que sigue y soy la más chica [...] esa vez me mandaron cada quien 500 pesos (Guadalupe, 37 años, urbana, primaria incompleta).

Los hijos me los cuidaba **mi mamá**. Me ayudó mucho mi mamá cuando la tenía.
¿Cómo fue que regresó usted a tener contacto con la casa de su mamá?
Porque luego ya regresé con mi mamá luego. Y le dije que si cuidaba a mis hijos y me dijo que sí. ¿Cuándo se separó regresó a vivir con ellos?
Sí, **mi mamá** me los cuidó mucho. (Angelina, 47 años, urbana, sin escolaridad).

¿Su esposo o algún otro familiar los apoya? Sí, **mi sobrina**, es una sobrina que nosotros criamos como hija. Murió mi hermana y ella quedo chiquita y se quedó con nosotros. (María Lucía, 62 años, rural, primaria incompleta).

Durante este tiempo ¿quién la ha apoyado económicamente con sus gastos? **Mis hermanas** me dan, mis hermanos también me dan, me dan 100, 200, 300, 500 no diario verdad pero sí me dan.

¿Y su esposo? También me da, a veces. (Rosalinda, 44 años, rural, primaria incompleta).

¿Quién ha sido su mayor apoyo durante el proceso? **Mi hermana**. (Francisca, 54 años, rural, primaria).

Todo, todo. Ellos [la familia de origen] me ayudaban cuando yo hacía el quehacer. Ellos me cuidaban a mi hija y son unas personas que yo quiero mucho, y que los respeto, me han dado, ellos son mis familiares, mis papás. La **señora Lupita** para mí era mi abuelita, como

ya estaba grande, me llevaba bien, gracias a Dios. (María, 64 años, urbana, primaria incompleta).

Mi otra hija y una hermana y un poco mis papás [...] a veces vienen, a veces no vienen, a veces me ven, a veces no me ven [...] ahora sí que no me ven casi. Y ahorita es **mi hija y una hermana**. (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta).

Me fui con **mi mamá**.

¿Y con sus dos hijos? No, tenía uno, ya iba embarazada de mi segunda, ahí nació mi hija, y se los dejé a mi mamá y me vine a trabajar desde entonces. (Antonia, 57 años, urbana, primaria incompleta).

Pues **mis cuñadas** o pues mis hermanas a veces se dan sus vueltas o si no mis **hijos**, ellos me cuidan o va mi hija a hacerme la comida, a darme de comer [...] Mis hijos son de las personas que les gusta hacer el quehacer, limpian todo y por eso no me preocupa... voy a estar bien cuidada. (Lina, 42 años, urbana, primaria).

¿Durante esos dos años quien la ha estado apoyando? **Mi hija**. (Bertha, 57 años, urbana, sin escolaridad).

¿De quién recibido apoyo? Pues de todos **mis hijos**. (Lidia, 63 años, urbana, sin escolaridad).

¿No tiene ningún otro tipo de apoyo? No, ahorita **mis hijas** sí luego me ayudan con un poco de mandado, pero así directamente que tengamos otra entrada de dinero no. (Maria del Carmen, 44 años, rural, primaria).

Después de haber leído las anteriores entrevistas podemos encontrar una constante en el apoyo que las pacientes recibieron: son mujeres las que apoyan y cuidan a las mismas mujeres, es decir se sigue reproduciendo el rol social de género donde las mujeres se encargan del cuidado de los enfermos en el hogar: padres, hermanos, hijos u otros familiares. Fueron muy pocos los casos en que esposos, padres o hermanos o hijos varones se hicieron cargo de las enfermas; más bien, la constante fue que la madre, las hijas y las hermanas se dividieran las responsabilidades. Este hecho hace evidente que las diferencias de género se traducen en una división social de las actividades propias del hogar o de la esfera doméstica y de la solidaridad frente a la enfermedad.

Las relaciones intrafamiliares suelen ser factores determinantes en la salud de cada uno de sus miembros. Por ejemplo, algunos estudios han señalado que la valoración social de las mujeres, al igual que los roles desempeñados, definen la dinámica de la distribución de alimentos y la asignación de tiempo y recursos para el cuidado de la salud en el espacio doméstico. Esta asignación no depende tanto de la gravedad del padecimiento, sino de la valoración o posición de poder de la persona enferma (Zolla y Carrillo, 1998). Estas relaciones determinan el grado de

apoyo familiar con que cuentan las mujeres y los significados que atribuyen a la práctica de prevención del cáncer cervicouterino, de acuerdo con la posición que las mujeres posean en la familia, facilitando o limitando las prácticas preventivas, de atención y de tratamiento.

6.9. Los retos en la vida cotidiana: la culpa de no poder atender ni proveer.

Cuando el cáncer cervicouterino comienza a ocasionar estragos se expresa la intensidad del dolor. La paciente ya no puede desempeñar las actividades que antes hacía ni con la eficiencia de otros momentos. Por lo tanto, la ayuda familiar y de las redes de apoyo es indispensable para satisfacer las necesidades básicas de los otros, como el aseo, la alimentación, el cuidado, entre otros. El hecho de que obtengan un espacio al interior del seno doméstico en tanto desempeñan un rol activo de atender a los demás, hace que las enfermas, en la medida en que no pueden cumplir con dichas funciones, se sientan como una carga, un estorbo y una incomodidad para la familia. Otras asumían un rol proveedor que se vió imposibilitado por la enfermedad, generándoles los mismos sentimientos de culpa:

Yo era una persona independiente, trabajaba, estudiaba...me estaban saliendo supuestamente bien las cosas y entonces al venirme todo se me acabó, se me derrumbó todo, mi vida cambió y por más que he querido otra vez hacerla, no he podido. (Sara, 32 años, urbana, profesional).

Cuando supe de esta enfermedad, sí cambie mucho mi vida...por que ya no podía yo ir a trabajar... mejor dicho ya no trabajaba [...]yo sentí muchos cambios. Luego mi mamá no me dejaba hacer la comida, ni lavar la ropa. Como allá acostumbramos traer leña del monte, tampoco me dejaba y yo me sentía... hasta que una vez le dije a mi mamá “yo voy a salir, no voy a estar todo el día en la cama, porque así me va a matar la enfermedad, me va a matar la tristeza” [...] Cuando venía yo a las quimios era cuando me sentía yo mal, me acostaba, me pasaba la reacción de las quimios y me levantaba yo y ayudaba yo a tender las camas, a barrer el patio, la cocina, a lavar el baño y así. (Teresa, 29 años, rural, secundaria).

Pues sí porque (llanto) por que estoy con mi niños, mi familia, mi esposo y ahora no, por que siempre estoy en esta clínica y ahorita estoy inmóvil sin saber si voy a quedar bien, o voy a caminar, no sé, pues si es un cambio muy feo, pues es totalmente diferente, no puedo estar con ellos, no puedo hacer nada, nada es igual, todo cambia (Florencia, 44 años, urbana, estudios técnicos).

En medio de los diversos cambios en la cotidianidad, hay repercusiones directas en la vida sexual de algunas de las entrevistadas. Vale mencionar que para muchas continúa siendo la sexualidad un tema tabú. Por esta razón, no hablan abiertamente de ello. Por ejemplo, para Lina, mujer joven, residente en la ciudad, que presenta simultáneamente los síntomas de la enfermedad, existen una serie de molestias e incomodidades que le impiden tener una vida sexual normal; esto implica un distanciamiento en la pareja; razón por la cual ella sentía que no estaba cumpliendo con el débito conyugal, lo que aumentaba aún más los temores a la infidelidad y el abandono, así como el sentimiento de marginación que experimentan las enfermas. Al respecto Lina señala:

Más que nada en lo personal por que desde la radiaciones y la quimioterapia me quedaron muy lastimadas mis partes, entonces casi relaciones con él pues ya no tengo, por que el médico me dijo que sí podía tenerlas pero me lastima bastante y entonces él se preocupa también y él ya no tiene ánimos de estar conmigo por lo mismo para no lastimarme. [...] Él me dice que no me preocupe que es porque no quiere lastimarme o algo, pero pues sí tenemos un poco que... se ha calmado un poco así, porque antes sí era muy más... y ahora no, por eso mismo. Yo siento que como que a él luego a veces lo fastidia, por lo mismo, por lo que ya no puede estar conmigo, y yo siento que a lo mejor tuvo antes una mujer por ahí, pues ahorita puede tener más también, pero él dice que no, ya no sé, ahorita no le he notado muchas cosas no... pero yo siento que sí, que en eso sí me ha afectado un poco, que ya estoy grande y no tengo ganas de estar cada ratito, pero sí... (Lina, 42 años, urbano, primaria)

Pero además, esta afección genera múltiples reflexiones en estas mujeres. Es un hecho claro que en momentos de crisis hay un replanteamiento de lo que ha sido su propia vida y de lo que ésta debió ser. No obstante, resultó triste y doloroso para ellas cuando se les preguntó sobre sus percepciones al respecto, ya que afloraba el llanto y una serie de ideas que la sociedad les obliga a guardar para sí en tanto afectan a sus hijos o familiares y sin tener el apoyo de sus parejas. Incluso señalan que se perciben más compasivas o menos violentas:

Antes era grosera, pelionera, era todo lo que se puede imaginar, ahorita ya no, cambié mucho [...] Antes no me podían tocar porque luego yo decía de cosas, o sea, si me repujaban, yo también repujaba, y ahorita ya no, ahorita al contrario. Si veo que una abuelita está o viene sola y no puede que subir las escaleras o subir la mochila, yo le ayudo. (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria).

Yo desde que tengo la enfermedad no he tenido nada más en la mente cáncer, cáncer no para nada, nunca lo he tenido en la mente y cuando me preguntan, lo digo abiertamente, no me da vergüenza, ni me da nervios de que digo pues tengo cáncer, pero pues se me va a

quitar, desde que esté yo al pie de mis consultas, al pie de lo que me diga el doctor, digo esto se me va a quitar. (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

Igual también era muy gritona y pelionera. Si me enojaba, yo agarraba el cuchillo o cualquier cosa, o sea no más de repente, no hacia nada, simplemente que me daba para espantarlo, pero ahorita ya no, ahorita le pego a la pared mejor...si tengo coraje voy y le pego a la pared, para no lastimar a nadie (Rosalinda, 29 años, rural, secundaria).

6.10. La maternidad como el sentido de sus vidas

Aunque el construirse como personas al servicio de otros les ha restado autonomía a las entrevistadas, tener hijos las alienta a enfrentar y superar la enfermedad. El diagnóstico viene acompañado de un sentimiento de frustración, ya que se ve afectado uno de los mayores pilares de satisfacción que pueden obtener las entrevistadas entre su horizonte de posibilidades: la maternidad. Cuando les preguntamos qué sería para ellas lo que las haría sentirse realizadas y plenamente satisfechas, señalaron que la maternidad, razón por la que el diagnóstico de cáncer cervicouterino era asumido como una radical ruptura con las posibilidades de hallar una verdadera satisfacción y realización como persona.

Por ejemplo, mi pensamiento es que ya no voy a tener hijos, no se si sea la misma persona teniendo la matriz y ovarios y ya no, no se si las relaciones son las mismas, hasta ahorita eso es lo que he pensado, no se a lo mejor me hubiera gustado tener otro hijo más y ya no voy a volver a tener, no se si sea **ya una persona ya completa o incompleta**. (Florentina, 39 años, rural, secundaria)

Las mujeres que alcanzaron la maternidad, esto es la mayoría de las entrevistadas, reformularon sus metas en la vida en función de sus hijos. Por esta razón, a ellas les preocupaba la muerte, pues sus hijos quedarían solos.

Con la niña de primer año a tratar de enseñarle porque está muy atrasada mi niña en la escuela y pero de repente se me viene a la mente que estoy mala... hijole!!! si estoy mal de que me sirve que le estoy enseñando ahorita si la voy a dejar sola... (Justa, 55 años, rural, primaria incompleta).

Lo siento por el niño (sollozos), los otros están grandes, yo digo mis padres me hacen falta. Pero el más chiquito me dice yo te extraño y cuando estoy a punto de caer me acuerdo y le echo ganas, Primero Dios y después los médicos, ya estando uno así, yo pienso que uno debe de luchar (Braulia, 38 años, rural, primaria incompleta).

Al preguntar a otras de las entrevistadas sobre cuál sería entonces la nueva meta en sus vidas, hubo respuestas con más esperanza, pero siempre centradas en el significado de la familia y los hijos:

Ver crecer a mis hijos y que estudien. (Santa, 25 años, urbano, primaria).

Pues para mí lo más importante pues son mis hijos, mi familia, eso es lo más importante. (Braulia, 38 años, rural, primaria incompleta).

Quisiera que... para poder vivir y poder seguir luchando por mis hijos.
¿Qué sería lo más importante de esta vida para usted? Mis hijos. (Teresa, 28 años, urbano, primaria).

Yo quisiera trabajar para ganar un centavo y ayudar a mis hijos, para ayudarlos. (Yolanda, 43 años, rural, primaria incompleta).

¿Que es lo que sería lo más importante para su vida? Pues echarle ganas, tratar de salir adelante hasta donde llegue yo, con mis movimientos, o pues si a lo mejor camino y con un pie no pueda o una mano no pueda, eso no me interesa, sino tratar de salir lo más que se pueda de lo que me queda, para poder estar con mis hijos.

¿Es lo que más le preocupa? Pues si porque ya están grandecitos ya no están chicos, pero es cuando más necesitan de uno, pues a cualquier edad, pero ahorita en su adolescencia se desubican más, hay que llamarles la atención, platicar con ellos... eso. (Sofía, 35 años, rural, primaria).

¿Cuál sería en este momento la motivación más grande para usted? Pues ahorita mis hijos, la niña ya sale de la secundaria y se me va al bachillerato y yo quiero que estudie... Pues ellos, la otra va a penas en primero de secundaria, pero la que ya va más adelante, pues lo que nosotros no hicimos, pues si me gustaría que mi hija lo hiciera...y pues ya es otra mentalidad, ya no es lo mismo de hace 20 años y cuando yo era soltera, pues ya no es lo mismo. (Amalia, 39 años, rural, secundaria).

¿Qué sería lo más importante para usted en este momento?...pues lo más importante que me gustaría es estar bien para seguir con mis hijos, con mis hijos que son lo más importante para mí. (Manuela, 40 años, urbano, secundaria).

Pues al principio, al principio los doctores me decían que era porque mis hijos estaban chiquitos que yo sentía la necesidad de componerme por mis hijos que yo sabía que me hacían falta, pero ahorita que ya los veo grandes... es que solamente Dios sabe por qué. (María del Carmen, 44 años, rural, primaria).

Nótese que es una constante el hecho de que las mujeres fundan sus metas de vida y su necesidad de recuperarse de la enfermedad por el deseo de continuar apoyando a sus hijos, de esta manera justifican la razón de ser de su existencia en la vida, la familia y la maternidad.

No, pensando en mí y en mis hijos por que no los quiero dejar solitos...aunque estén grandes... **siempre hace falta la mamá.**

¿Siempre ha trabajado para usted y para ellos? Sí, cuando estaban chicos, siempre me dediqué a ellos. (Angelina, 47 años, rural, sin escolaridad).

En efecto, la maternidad aparece como el vector que atraviesa el presente, el pasado y el futuro. Si no han tenido hijos, el cáncer cervicouterino aparece como la gran dificultad para la realización de tan ansiada meta. Si tienen hijos pequeños, les preocupa pensar quién se hará cargo de ellos cuando ya no estén. Y si los hijos son mayores, no dudan en pensar que “siempre les hará falta la mamá”, Así, en medio de las dificultades que enfrentan con su padecimiento, los hijos son el inicio y el fin de su feminidad, pues ellas viven en función de otros y de las necesidades que puedan tener los miembros de su familia.

Así, las normas construidas socialmente en torno a las relaciones de género son un obstáculo para que las mujeres construyan y vivan plenamente su autonomía. La falta de movilidad fuera del espacio doméstico, la precaria relación con los agentes de salud, su limitada participación en espacios públicos, la violencia de género y su escasa y precaria inserción laboral, son los motivos principales que minan la autoestima, su seguridad, y por lo tanto, el ejercicio de su ciudadanía. Todos estos referentes culturales limitan el uso de medidas preventivas ante las ITS como la infección del VPH y las prácticas de detección del cáncer cervicouterino a través de la práctica del Papanicolaou. Así, se retrasa el uso de los servicios de salud frente a afecciones que inciden en la salud de las mujeres y en general se convierte en un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.

Algunas Reflexiones finales

Después de este breve recorrido por las nociones que las entrevistadas tenían sobre el VPH y el cáncer cervicouterino, advertimos una notable ausencia de conocimientos al respecto. Llama la atención que los caminos para obtener la información, no necesariamente fueron los institucionales sino que solían ser terceros: amigas o familiares que habían recibido información en algún momento de sus vidas, lo transmitían de acuerdo con sus propias lecturas, o escuchaban en los medios de comunicación que no relacionaban con su caso. Este hecho hace que la afección sea vista como una posibilidad tan lejana y distante que difícilmente se hará realidad; sin

embargo, cuando los síntomas comienzan a deteriorar la calidad de vida, se inicia la búsqueda, a veces desesperada, de un diagnóstico y tratamiento adecuado. Algunas se enfrentaron a profesionales de la salud con limitado criterio para diagnosticar la enfermedad o especialistas inescrupulosos cuyo único interés era el lucro y quienes prescribían tratamientos equivocados. Otras tuvieron que soportar la deficiente atención, además de la limitada información que obligatoriamente debían brindar los profesionales de la salud. Una buena parte no obtuvo ni en los servicios públicos la orientación necesaria para atender el cáncer del que es víctima.

La reacción de las mujeres frente a este tipo de situaciones fue distinta de acuerdo con la edad y el sitio de procedencia –rural o urbano-. De hecho, encontramos que las mujeres mayores de 40 años y de origen rural, tenían un mayor desconocimiento de las causas y síntomas del VPH y del cáncer cervicouterino. Entre ellas fue muy fuerte el pudor y fue determinante en los silencios sobre las enfermedades adquiridas por contacto sexual. Sin embargo, las mujeres jóvenes que crecieron en la ciudad, influidas por los medios de comunicación, presentan una actitud algo distinta ya que, en su mayoría, demandan más claridad en las explicaciones por parte del personal médico. No obstante sus mayores posibilidades de acceder a servicios de calidad, algunas de ellas se enfrentaron a casos de negligencia o de abuso médico e ineficiencia institucional.

CONCLUSIONES

Las revisiones bibliográficas en torno a la prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino permiten afirmar que en la mayoría de los estudios y trabajos de investigación sobre este tipo de cáncer ha predominado la perspectiva médica y epidemiológica; no obstante, desde las ciencias sociales se han desarrollado nuevos enfoques, que permiten estudiar este complejo problema y que requieren de la incursión de varias disciplinas en el tema. En esta investigación nos propusimos hacer un análisis desde la perspectiva de género sobre las prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino.

El objetivo principal fue identificar la manera como las características sociodemográficas y la construcción y ejercicio de la autonomía están asociadas a las prácticas y significados de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino a comienzos del siglo XXI. Los interrogantes teóricos y descriptivos que guiaron la investigación fueron organizados en tres ejes analíticos que tratamos de responder a lo largo de todos los capítulos.

Primer eje: las prácticas de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino y sus características sociodemográficas, de salud reproductiva y autonomía, asociadas.

El cáncer cervicouterino es en México una de las primeras causas de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva, ubicándose como la segunda causa de mortalidad en los últimos años, después del cáncer de mama. Además, al comparar a México con otros países, encontramos una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino seis veces mayor respecto a la de Estados Unidos de América (Globocan, 2002). Así, es necesario seguir trabajando en la prevención, detección y tratamiento oportuno de esta enfermedad, con el fin de prevenir y disminuir la mortalidad por esta causa.

El cáncer cervicouterino es una afección que se puede prevenir y controlar cuando se detecta a tiempo. El método de prevención más recomendado es la práctica periódica de la prueba de Papanicolaou; dicho examen es un método eficiente y costo-efectivo para detectar este cáncer. Cuando la prueba es realizada de manera regular puede detectar cambios citológicos en etapas tempranas, posibilitando tratamientos oportunos y efectivos para prevenir el

desarrollo del cáncer invasor, el más difícil y costoso de tratar, puesto que causa más sufrimiento psicológico y físico, y puede ser fatal aun con tratamiento.

El agente etiológico del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), debido a que a éste se le considera necesario para el desarrollo de la enfermedad. El VPH es transmitido sexualmente y en muchos casos es asintomático; dada esta característica, puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte (Bosch, 2008).

Actualmente se encuentran disponibles dos vacunas profilácticas, desarrolladas para la prevención de algunos subtipos del VPH, principalmente los más oncogénicos como son los subtipos 16 y 18. Esta vacuna se recomienda aplicarla en preadolescentes, pues se supone que en esa edad aún no se ha iniciado la vida sexual activa y la finalidad es anticiparse al contagio. Adicionalmente, se recomienda la vacunación de todas las mujeres sexualmente activas; en éstas los beneficios potenciales se encuentran en la prevención de nuevas infecciones o reinfecciones por diferentes subtipos del VPH (Wright, 2008).

Sin embargo, para que un programa de vacunación sea exitoso debe: a) permitir una adecuada adquisición de la vacuna; b) garantizar un buen servicio de distribución de la vacuna; c) contar con una fuerte decisión política; d) mantener tasas de cobertura sostenidas y mejoradas; e) vigilar la seguridad de la vacuna y de la cobertura y, f) basarse en una acertada política de financiación de la campaña (Wright, 2008).

De esta manera, en muchos países en desarrollo, como es el caso de México, una de las fallas importantes en la detección oportuna del cáncer cervicouterino es la deficiente cobertura de los programas de salud. Por lo tanto, se presume que la vacunación no tendría el impacto esperado en la reducción de la frecuencia de cáncer en el grupo de más alto riesgo: mujeres pobres, con estatus socioeconómico medio o bajo y con un nivel escolar mínimo (Lazcano, 2005). Además, de que aún no existe una estrategia de vacunación poblacional a preadolescentes o a mujeres en general y que el impacto de esta estrategia se vería a largo plazo. Debido a esto, se considera necesario mantener un programa poblacional de detección de cáncer cervicouterino, basado en la detección precoz por medio del Papanicolaou. Incluso, algunos expertos recomiendan complementar el tamizaje con una prueba del ADN del VPH para aumentar la eficacia de la detección.

En este sentido revisamos las tasas de cobertura de Papanicolaou en las mujeres mexicanas, encontrando diferentes porcentajes de acuerdo con la fuente. Según los registros de la

Dirección de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud de México, la cobertura del Papanicolaou para 2004 fue de 75% en mujeres a quienes les habían realizado esta prueba en los últimos tres años (SICAM, 2005). Sin embargo, según Lazcano y Suárez (2006) un programa de detección de este cáncer logra ser altamente efectivo cuando supera coberturas de 85%. Por el contrario, comparando las coberturas del Papanicolaou en México con otros países, encontramos que México supera a países como España, pero se encuentra por debajo de países como Francia o Alemania, con coberturas cercanas a 90% (SSA, 2006:30).

En esta investigación hacemos un análisis más detallado sobre la utilización del Papanicolaou, y las características sociodemográficas, de salud reproductiva y de autonomía asociadas, así como del seguimiento al proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, reportado por parte de las mujeres, a través de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003, la cual es la encuesta en salud a escala poblacional que mayor número de preguntas ha hecho respecto al cáncer cervicouterino. A partir de esta encuesta se encontró que alrededor de una tercera parte de las mujeres mexicanas se realizaron la prueba del Papanicolaou en el año anterior a la encuesta y a dos terceras partes les realizaron el examen en los últimos tres años; aunque si lo comparamos con el 72.6% de las mujeres que se la habían realizado alguna vez en la vida, advertimos que el aumento en el uso de esta prueba es relativamente reciente.

Asimismo, una de cada cuatro mujeres afirmó que nunca se habían practicado el Papanicolaou en la vida, esto sugiere que los programas de prevención del cáncer cervicouterino deben implementar estrategias para cubrir a ese 27.6% de la población femenina que aún no está utilizando los servicios de prevención y los programas de detección oportuna de la enfermedad.

Algunas de las razones por las que las mujeres refirieron no hacerse el Papanicolaou, según la ENSAR de 2003, fueron principalmente factores de “la mujer” entre los que mencionan: desidia (43.2%), miedo (14.9%) e incomodidad (8.2%). Otras razones referentes a su percepción sobre el período en el cual han tenido vida sexual activa fueron: por no haber tenido hijos (4.4%), acaban de iniciar su vida sexual activa (3.1%) o porque acaban de tener su primer hijo (2.0%). También existen motivos asociados al control de su pareja o familiares como fueron porque su pareja se opone (0.4%) o porque su madre no está de acuerdo (0.1%). Además, existen causas relacionadas con la atención en los servicios de salud como: razones relativas al servicio (4.5%), falta de información (3.5%), por la amplia distancia al centro de

salud (0.1%), no sabía que debía practicárselo (0.9%), por enfermedad (0.6%) o porque le practicaron colposcopia (0.3%), entre otros (3.8%). De acuerdo con esta distribución, priman los motivos propios “de la mujer”, de su vida sexual y de sus relaciones de género, incluso sobre los motivos propios del servicio de salud, para que las mujeres no se practiquen un Papanicolaou, reafirmando el enfoque de esta tesis, de estudiar desde la mujer y con una perspectiva de género los significados y prácticas frente a la prevención, detección y tratamiento de este cáncer.

Otro de los problemas encontrados en la utilización del Papanicolaou fue que una vez que las mujeres lograron superar todas estas barreras mencionadas para practicárselo, del total de mujeres a quienes les hicieron una prueba en la vida, una de cada cinco no recibieron sus resultados; este hecho influye en que las mujeres se desmotiven para hacerse un Papanicolaou rutinariamente, puesto que es una prueba que presenta bastante rechazo por parte de las mujeres, y que una vez que se ha logrado superar todas las barreras para hacérselo, ejerce un efecto desmotivador el no conocer los resultados. En especial, en caso de tener un diagnóstico positivo a cáncer, no conocer los resultados se convierte en una barrera más para poder acceder a un tratamiento oportuno.

Además, este tipo de examen en los servicios de salud públicos posee un tiempo de espera para los resultados bastante largo, más de 21 días para la mitad de ellas, cuando en un laboratorio particular estos resultados se pueden conocer en una semana. En este sentido, ante el esfuerzo que hacen las mujeres para hacerse la prueba del Papanicolaou periódicamente, se sugiere que los servicios públicos de salud hicieran un esfuerzo mayor por darles a conocer a la totalidad de mujeres el resultado de su prueba, además, de entregarlos en un tiempo oportuno y, por último, dar a conocer los resultados con una información clara y sencilla sobre el diagnóstico.

Entre las mujeres que se hicieron un Papanicolaou en la vida y conocieron sus resultados se encontró una prevalencia de cáncer de la matriz de 1.1%; en términos poblacionales, a 16.8% se le detectó un problema y a 9.6% se le detectó cáncer cervicouterino en cualquiera de sus etapas. Estas mujeres, de acuerdo con el protocolo, son dirigidas a una clínica de colposcopia para la confirmación del diagnóstico y su posterior tratamiento. Sin embargo, un porcentaje importante no recibió tratamiento (7.7%). Al desagregarlo por residencia, se encontró que las mujeres que residían en el área urbana tenían un porcentaje de

tratamiento un poco mayor, respecto a las mujeres del área rural. Dentro de las razones expresadas por las cuales no recibieron tratamiento se encuentran: 57.1% no acudió con el médico, 12.4% afirmó que el médico no le ordenó nada y 7.6 necesitaba más análisis. (ENSAR 2003).

La alta proporción de mujeres diagnosticadas hacía más de tres años y la distribución en el tiempo de detección, tienen que ver con la gravedad del diagnóstico, es decir, según la etapa en la que se diagnostique el cáncer cervicouterino se espera que tengan mayores o menores esperanzas de sobrevivencia.

Los tratamientos recibidos fueron principalmente histerectomía y quimioterapia, entre otras terapias como rayos láser, criocirugía, conización, electro cirugía o cauterización. De acuerdo con el lugar donde le hicieron el tratamiento, tres cuartas partes lo recibieron en los servicios públicos de salud y otra cuarta parte en los privados. Esta distribución es similar al lugar donde se hicieron el Papanicolaou, sugiriendo que al parecer las mujeres se tratan en el mismo lugar donde les hacen el Papanicolaou y las diagnostican. Por último, la encuesta nos permitió analizar el estado actual de las mujeres respecto a su enfermedad en el momento de ser encuestadas. En este sentido, la mayor parte de quienes recibieron tratamiento expresaron estar curadas, una cuarta parte estaba en observación y 10% continuaba en tratamiento. En resumen, la proporción de diagnósticos positivos entre quienes se realizan el Papanicolaou es alta, y no todas reciben atención, y quienes lo hacen acuden principalmente a los servicios públicos.

En cuanto a la prevención a través del Papanicolaou encontramos, a partir de los modelos realizados con los datos de la ENSAR 2003, que las características sociodemográficas de las mujeres que menos se realizaron la prueba del Papanicolaou o a quienes nunca se lo han realizado fueron las que principalmente residían en el área rural, solteras, pero que ya habían iniciado su vida sexual activa, mujeres inmersas en un contexto indígena, sin ningún grado de escolaridad o con una precaria educación, que principalmente no trabajaban y que tenían hijos bajo su responsabilidad, que no eran beneficiarias de algún seguro de salud o programa del gobierno. En resumen, mujeres en situación de pobreza y con dificultades para acceder a los servicios de salud.

Así, de acuerdo con el modelo, las mujeres que no hablan una lengua indígena tienen una probabilidad 47% mayor, respecto a las que la hablan, de hacerse un Papanicolaou, lo que

está demostrando una baja accesibilidad a este servicio de las que pertenecen a una etnia indígena y habla su lengua indígena.

La escolaridad fue también una de las variables con mayor peso explicativo dentro del modelo, y en consonancia se encontró que las mujeres con más escolaridad presentan una mayor probabilidad de utilización de la prueba del Papanicolaou, demostrando así que éstas poseen una mayor posibilidad de socialización e intercambio de información acerca de este problema de salud.

Respecto al estado civil, la mayoría de las mujeres que ya habían empezado sus relaciones sexuales estaban unidas al momento de la encuesta, y alrededor de la mitad de ellas se practicaban el examen con regularidad. En tanto que entre las solteras una quinta parte se había realizado la prueba en el último año. Esto muestra una tendencia a mayor uso de la prueba en las unidas con una pareja permanente, respecto a las solteras, separadas, divorciadas o viudas.

También se identificó que las mujeres que no vivían con hijos tenían un mayor porcentaje de utilización del Papanicolaou en el último año previo a la encuesta, respecto a las que vivían con sus hijos. Esto podría sugerir que las mujeres que viven con hijos bajo su responsabilidad tienen menos tiempo para preocuparse por su propia salud.

En el análisis se observó que la actividad económica de las mujeres no influye mucho en su utilización del Papanicolaou, pero la mayor parte de las mujeres no trabajaban a la hora de la encuesta. Se podría decir que si bien las mujeres que trabajan tendrían más recursos económicos para invertir en su salud, lo que se encuentra es que el hecho de que ellas trabajen hace que cuenten con menos tiempo para preocuparse por su salud.

Sin embargo, se encontró que el hecho de que las mujeres recibieran otro tipo de ingresos diferentes a un salario marcaba una diferencia importante en el uso del Papanicolaou, destacándose aquellas que recibían ayuda del gobierno (Programa Oportunidades, Procampo, entre otros). En este caso, la tendencia hacia un mayor uso del servicio médico preventivo es el resultado directo de una política gubernamental (el condicionamiento del beneficio económico a la acción preventiva).

Dentro de las condiciones de salud, las características que tuvieron una mayor asociación con la prevención del cáncer cervicouterino fueron el acceso asegurado a la salud, el embarazo y el uso de anticonceptivos. Encontrándose que alrededor de la mitad de las encuestadas no eran derechohabientes de alguna entidad prestataria del servicio de salud, si no que tenían que

resolver sus problemas de salud de modo particular o como población abierta de los servicios brindados por la Secretaría de Salud. De acuerdo con los resultados del estudio, vemos que las mujeres que expresaron no tener derechohabencia a servicio público de salud, fueron las que menor porcentaje de utilización del Papanicolaou presentaron, mientras que las de mayor cobertura fueron las que asistieron a clínicas del sector público y las que utilizaron servicios particulares.

Las mujeres que han tenido alguna vez un embarazo, tienen una mayor probabilidad de hacerse un Papanicolaou, en comparación con las que nunca se han embarazado. Esto se debe a que por causa del embarazo tienen mayor contacto con los servicios de salud y durante o después de sus controles prenatales en algunos casos eran referidas para la toma del Papanicolaou. Así mismo, el tener un mayor número de hijos genera mayor acercamiento a los servicios de salud y, por lo tanto, mayor utilización de la prueba del Papanicolaou. Igualmente, se encontró una relación entre el uso de anticonceptivos y el uso del Papanicolaou, ya que las mujeres que acuden a los servicios de planificación familiar son más fácilmente canalizadas a los servicios preventivos del cáncer cervicouterino o de salud reproductiva.

Otro de los elementos que analizamos con relación al uso de la prueba de prevención y detección del cáncer cervicouterino fue la autonomía de las mujeres. La igualdad de género y la autonomía de las mujeres en salud hacen que las mujeres y los hombres tengan la misma capacidad de ejercer su derecho a la salud y desarrollar su potencial para estar sanos, aprovechar los adelantos médicos y tecnológicos para beneficiar su salud, tomar decisiones sobre sus necesidades y atención a la salud, y participar en la toma de decisiones que afecta su salud y la de sus hijos. Más específicamente, el acceso igual de las mujeres y la capacidad de utilizar su autonomía sobre los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para garantizar la protección de su salud (OPS, 2005).

Con el fin de medir la igualdad de género y la autonomía de la mujer se construyeron cinco indicadores utilizando la ENSAR de 2003: el índice de poder de decisión, normas sobre el comportamiento sexual, participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos, participación de la pareja en las actividades del hogar y violencia doméstica.

Según la encuesta ENSAR de 2003, la mayoría de las decisiones las mujeres las toman de forma conjunta con su pareja. Sin embargo, encontramos que el aspecto en que la mujer tiene menor capacidad de decisión es frente a las relaciones sexuales, pues en la mayoría de las

veces es el hombre quién toma la decisión de cuándo tener relaciones sexuales, en un pequeño porcentaje las mujeres afirman que si ella tiene ganas de tenerlas; no sería capaz de decirle a su pareja; igualmente sucede cuando ella no quiere tener relaciones sexuales. Además de esto, indican que si ellas no quieren tener relaciones sexuales y se lo dicen a su pareja en 22.8% sus parejas se enojan y un pequeño porcentaje (0.7%), pero igualmente importante, sus parejas las obligan a tenerlas.

En cuanto a las normas sobre el comportamiento sexual, encontramos un patrón tradicional en las mujeres en cuanto a las relaciones prematrimoniales, siendo más marcado el rechazo de estas relaciones en las mujeres respecto a las de los hombres, observándose como son ellas mismas las que reproducen el patrón de desigualdad. Por el contrario, en general están de acuerdo con la educación sexual para los adolescentes, ya que afirman que éstos deben recibir esta información alrededor de los 12 años de edad, cuando entran en la pubertad o cuando, en el caso de las mujeres, empiezan a menstruar, y que son los padres las personas más adecuadas para educarlos en estos temas.

De acuerdo con la participación de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos, según las mujeres, las parejas de ellas tienen una alta participación en el cuidado y educación de sus hijos; asimismo, mientras están en casa, ellas afirman que a su pareja le gusta estar con los hijos. Sin embargo, se observa una menor participación al momento de llevar los hijos al médico. Reafirmando el hecho de que son las mujeres las que llevan a los hijos al médico y las que se encargan de cuidar la salud de la familia.

En cuanto a la participación de la pareja en las actividades del hogar, encontramos que los hombres colaboran en éste hogar principalmente haciendo las compras y, algunas veces, limpiando la casa o cocinando. El resto de actividades como planchar, lavar la ropa y lavar los platos corresponden a la mujer en la mayoría de las veces.

Según el indicador de violencia, dos terceras partes de las mujeres afirmaron estar expuestas a síntomas de violencia doméstica; generalmente, reconocen una violencia principalmente psicológica, expresada por gritos, ofensas y amenazas, que por violencia física. De esta última sobresalen los golpes, como expresión de violencia.

Finalmente, para analizar los factores que se relacionan con el padecimiento del cáncer cervicouterino entre las mujeres mexicanas, se elaboró un modelo de regresión múltiple compuesto por variables sociodemográficas, de acceso a los servicios de salud y de autonomía

como variables independientes, según los datos aportados por la encuesta ENSAR de 2003. Encontrado que, en general, el riesgo de padecer cáncer cervicouterino es mayor en quienes residen en el área rural; este riesgo se incrementa a medida que aumenta la edad; además, es mayor en las que tienen un nivel educativo diferente a la primaria, y en las que acuden a servicios de salud diferentes al privado. Asimismo, el riesgo de padecer un cáncer cervicouterino también se encuentra relacionado con un menor poder de decisión de las mujeres y con una mayor exposición a la violencia.

Del segundo eje, **las relaciones de género, la construcción y ejercicio de la autonomía y su relación con la prevención del cáncer cervicouterino**, se puede señalar que en los marcos conceptuales revisados, así como en los resultados de esta investigación, identificamos diversos mecanismos a través de los cuales la asignación social y la construcción subjetiva de las identidades de género pueden afectar la salud, y se destacan entre ellos: la construcción y ejercicio de la autonomía, la construcción simbólica del cuerpo, el concepto de autocuidado y las normas en el comportamiento sexual. Uno de los vínculos fundamentales entre la identidad de género y la salud reproductiva es la percepción, uso y cuidado del propio cuerpo.

Los espacios de la autonomía femenina se han definido como aquellos en los que la sociedad considera a la mujer como autoridad legítima a la hora de tomar decisiones e incidir en la realidad social de otros y de sí misma (García, 2002:87). Esta capacidad de decidir siempre estará condicionada por un marco específico de relaciones de poder. Dicho marco de poder incide en decisiones que afectan tanto a la pareja, como a la misma mujer; por ejemplo, en lo referente al cuidado de su salud, como el hacerse periódicamente el Papanicolaou y atender su salud en caso de detectársele un cáncer cervicouterino. A la inversa, una mujer que no puede tomar decisiones domésticas o sobre su vida reproductiva, tampoco puede tomar la decisión de acudir a un centro de salud o tomar medidas para cuidar su cuerpo.

Así, encontramos que el poder de cada mujer está definido por el control de recursos que resulten significativos, ya sea para otros sujetos o para sí misma. Si partimos de la idea acerca de que el cuerpo de cada mujer es un “recurso significativo” para sí misma, la capacidad de decidir sobre el uso y cuidado del mismo -ejercer el control- nos señalará el grado de autonomía. Lo complejo de este fenómeno es que cada sociedad imprime en sus individuos una noción de cuerpo y un conjunto de valores en torno al mismo que regulan los márgenes de decisión que

cada quién tiene sobre su corporalidad. En términos ideales, el cuerpo es aquel espacio íntimo y personal en el que cada sujeto es autónomo. No obstante, en el caso de las entrevistadas, encontramos que la autonomía de la mayoría se limita a espacios muy reducidos.

A pesar de los notables avances científicos en torno a la detección y prevención del cáncer cervicouterino existen temores y tabúes que continúan siendo una causa determinante para que un amplio sector de la población femenina no asista oportunamente a una revisión médica periódica que permita detectar la existencia del virus del papiloma humano o de alguna displasia. Asimismo, esta negativa frente a los programas de detección temprana suele ser vista por el personal que presta servicios de salud como consecuencia de la desidia o la falta de información e “ignorancia” asociadas a la población de bajos recursos. Estos aspectos resultan insuficientes a la hora de comprender los factores sociales que inciden de manera directa para un adecuado tratamiento.

Como intentamos demostrar en la investigación, el rechazo por parte de las mujeres para una atención pertinente no sólo obedece a la falta de información, o acceso a los servicios de salud; también se encuentra relacionado con la forma como el entorno cultural contribuye a la visión que tienen las mujeres de sí mismas y a la construcción y ejercicio de su autonomía. En este sentido, el entorno familiar y comunitario incide de muchas maneras como obstáculos para generar una conciencia sobre la importancia de la salud y el cuidado de sí. Tanto la sociedad como la cultura imponen una serie de ideas y valores en torno al “deber ser” femenino respecto a la maternidad, como esposas e hijas, estableciendo un conjunto de deberes y obligaciones hacia otros: sus hijos, sus esposos, y su familia en general, que llevan a las mujeres de muchas maneras a renunciar a su propio cuidado para dedicarse a los otros y ubicar su salud en el último lugar de sus prioridades. Esta visión cultural sobre el deber ser femenino limita la construcción subjetiva e histórica de su autonomía y la toma de decisiones a nivel individual, ya que estos procesos se ven obstaculizados por las distintas etapas de su trayectoria de vida en el seno familiar, en la escuela y, posteriormente, en su vida conyugal y como madres.

A partir de los relatos de cincuenta mujeres con cáncer cervicouterino, entrevistadas a profundidad en el área de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología INCAN, a finales de 2005, pudimos profundizar sobre los factores que durante su niñez, adolescencia y matrimonio influyeron en la construcción de su autonomía, y como se va reformulando la autonomía día a día mediante el ejercicio de ésta, a partir de experiencias significativas que

modifican los límites que las mujeres tienen para decidir sobre su entorno social inmediato, a saber, el manejo de la economía doméstica o la crianza de los hijos, especialmente en las decisiones sobre su cuerpo en aspectos tales como su sexualidad, reproducción, anticoncepción, reacción frente a las infecciones de transmisión sexual, así como el manejo de síntomas referentes al diagnóstico del cáncer cervicouterino y la prevención por medio de la prueba del Papanicolaou.

En este sentido, pudimos identificar que tanto la niñez como la adolescencia de estas mujeres estuvieron marcadas por la relación de poder que padres, abuelos o hermanos mayores ejercieron sobre ellas y la dependencia a la que se hallaron sujetas. Las posibilidades de socialización y recreación fueron muy limitadas. En efecto, las entrevistadas afirmaron que durante su niñez no les era permitido salir a jugar con amigas de su misma edad.

En la adolescencia se les impedía asistir a bailes y eventos sociales, incluso algunas mencionaron que nunca tuvieron amigas o amigos, ya que su familia les prohibía salir de la casa o incluso jugar con los vecinos. Las razones que aducían los padres eran que las necesidades básicas estaban satisfechas en el seno del hogar y que una niña corría muchos “peligros” en la calle. Crecieron y fueron formadas dentro de un discurso moral que les advertía sobre los riesgos que implicaba trascender el espacio doméstico. Muchas de ellas se mantuvieron entre la cotidianidad de la escuela y los quehaceres del hogar, este último se convirtió en su inexorable destino. Su paso por la escuela, de acuerdo con las consideraciones de su familia, era para aprender a leer y escribir, pues una completa educación era innecesaria dado que su rol estaba enmarcado en el espacio doméstico, dado que ellas se iban a casar e iban a ser mantenidas por sus esposos ellas debían prepararse para ser “buenas madres y esposas” o, en su defecto, para el cuidado de sus padres y hermanos.

Varios factores limitaron su educación: la pobreza familiar, el exceso de trabajo doméstico al que se veían sometidas para ayudar a su familia, la falta de apoyo familiar, las relaciones de género, la precaria infraestructura educativa en algunas zonas rurales o la necesaria incursión en la vida laboral.

En dos terceras partes, las mujeres debieron ejercer trabajos precarios desde muy jovencitas por la extrema pobreza o desintegración de sus familias de origen, sin que más cargas laborales les brindaran mayor autonomía. Por el contrario, en varios casos aumentaron sus riesgos de ser acosadas sexualmente. Una proporción considerable siguió trabajando toda su

vida, a veces después de que crecieron sus hijos o se separaron o fueron abandonadas, otras trabajaron igual o más que sus esposos.

Estas percepciones y prácticas sociales redundaron en la limitada posibilidad de socialización y construcción de su autonomía, así como en la capacidad de toma de decisiones o elecciones acerca de su proyecto de vida, la relación de pareja, la maternidad y la importancia de su salud sexual y reproductiva.

Un segundo momento determinante en la construcción de la autonomía fue el inicio de una relación de pareja; aunque una de ellas nunca vivió maritalmente, las que estuvieron unidas generalmente lo hicieron llevadas por patrones culturales diferentes del amor romántico; en muchas ocasiones fue un asunto circunstancial producto del deseo de tener una vida fuera del núcleo familiar en búsqueda de independencia, por escapar del maltrato familiar, evadir el acoso sexual de algún familiar o encontrar mejores condiciones económicas, o por presiones en el noviazgo, como el rapto o por embarazo y, en muy pocos casos, por motivos románticos como el amor. Sin embargo, en muchos casos esa salida no garantizó un mayor grado de autonomía, más bien, significó incursionar en otro espacio donde en su mayoría se reprodujeron los modelos familiares basados en el control, la violencia y la autoridad (del cónyuge o la suegra) y la nueva familia, ya que principalmente la nueva relación se establecía en la casa de la familia del cónyuge. En muchos casos la convivencia con los suegros reforzó o motivó la violencia marital y la falta de autonomía de las mujeres pero, en unos pocos la convivencia con los suegros y el esposo sí mejoró la calidad de vida (afectiva, aprecio por sí mismas, apoyo) de las mujeres y siguen siendo su gran apoyo en la enfermedad. En una tercera parte, las mujeres refieren más de una pareja marital, la mayoría de ellas hablan de dos, una primera unión generalmente muy breve, ocasional o fallida y luego una pareja más o menos definitiva.

Otro factor importante identificado en la construcción de la autonomía, y que restringió la posibilidad de una atención oportuna a su padecimiento, fue la violencia intrafamiliar como un fenómeno que atravesó sus trayectorias de vida. En el análisis aquí realizado, identificamos la dimensión simbólica de la violencia intrafamiliar y las formas específicas de agresión que se tradujeron en el aislamiento, la baja autoestima y los maltratos físicos y psicológicos. Para muchas de ellas, la violencia se convirtió en parte de su cotidianidad, en una noción casi “naturalizada” del trato en la dinámica de la convivencia familiar y conyugal. Varios factores incidieron en una visión naturalizada de esta violencia, como son: el considerarla una práctica

socialmente aceptada, disculpada en algunos casos por la embriaguez del esposo, por ellas creer que se lo merecían por considerarla “una mala mujer”, o por reproducción de un patrón de violencia en su propia familia o como una práctica acostumbrada como forma de control en la nueva familia. Agresiones de distinta índole que adquirieron diferentes manifestaciones de acuerdo con quien la ejercía, violencia de sojuzgamiento económico, de imposición de decisiones, de engaño, de infidelidad y de abandono. Violencia afectiva y corporal -insultos, gritos, humillaciones, golpes o abuso sexual-.

Alrededor de la mitad de las entrevistadas refieren un esposo (o más de uno) violento, excesivamente celoso o estigmatizador. En más de la mitad de esos casos de violencia de género el esposo fue infiel o había tenido parejas anteriormente.

Este fenómeno se explica en la dinámica sociocultural en la cual tienen presencia las relaciones basadas en las diferencias de género. En conductas y prácticas que son toleradas y hasta promovidas socialmente en las relaciones heterosexuales y que reproducen el dominio y el poder masculino sobre las mujeres. La violencia en la relación de pareja de las entrevistadas implicó una forma de interacción enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder cuyos efectos tendieron a generar un problema de salud. Fue un patrón de control coercitivo donde el hombre presentó una serie de conductas de tipo físico, psicológico y, en algunos casos, también sexual que lograron herir, intimidar, aislar, controlar y humillar a su compañera, y que no solamente dejó secuelas en su salud física y mental y en su desarrollo en general, sino que incidió de manera directa en la posibilidad de asistir a los centros de salud para detectar la afección.

Por su parte, las desigualdades de género se hacen manifiestas en el ejercicio de la autonomía de las mujeres, en el grado de autonomía o dependencia de éstas. Esto se ve reflejado en el grado de control ejercido sobre su propio cuerpo, su sexualidad, en la capacidad para decidir sobre su reproducción, sobre el uso de anticonceptivos, en el cuidado y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y en la prevención del cáncer cervicouterino.

El cuerpo de la mujer se concibe como un espacio privado cuyo manejo reside en la familia o en la pareja, instancia que define qué es posible y permitido hacer con él. El ejercicio del poder sobre el cuerpo femenino se traduce en la imposición de normas en torno a cómo vestirse, cuándo tener relaciones sexuales, cuándo embarazarse y qué métodos anticonceptivos utilizar. En este sentido, las nociones que tienen las entrevistadas en torno a la sexualidad están

marcadas por tabúes y prejuicios que se han transmitido de generación en generación. Tanto en el seno familiar, como en la relación de pareja, los temas del cuerpo y de la sexualidad fueron prácticamente censurados y en muchos casos omitidos, principalmente para las mujeres. Ello explica, en gran medida, los silencios y el pudor de las entrevistadas para referirse de manera directa a todos los aspectos relacionados con su cuerpo e incluso al hecho de asistir a la revisión médica.

Las prohibiciones sociales y culturales del tema de la sexualidad más allá de generarles sentimientos de vergüenza, provocaron un amplio desconocimiento e incluso una negación acerca de la importancia del cuidado de su cuerpo y de la salud sexual y reproductiva. Muchas de ellas manifestaron que nunca recibieron información al respecto, que en su casa nunca hubo posibilidad de hablar de ello y que con su pareja tampoco se preocuparon por señalar alguna situación relacionada con la vida sexual.

A pesar de los tabúes con los que fueron educadas en el seno familiar, en las mujeres más jóvenes se detectó una preocupación por romper este patrón y tratar de formar a sus hijas en la confianza para hablarles abiertamente sobre el tema. Parte de las causas que generaron este interés corresponde a la apertura social que se ha dado en los últimos años, a través de los medios de comunicación. En efecto, algunas consideraron que dada la importancia que ha adquirido el hablar de la sexualidad es necesario infundir en sus hijas nociones claras para que no repitan los modelos tradicionales y no atraviesen por las circunstancias que vivieron ellas mismas.

Partiendo de estas percepciones sobre la sexualidad, la mayoría afirmó que su sexualidad estuvo basada en la idea de complacer a su pareja y que en pocos casos hubo una satisfacción propia. En algunos casos hay indicios de abuso sexual o violación en la preunión de las mujeres y, en un cuarto de las entrevistas, refirieron relaciones sexuales forzadas o presionadas por los esposos o poco voluntarias. Varios de estos casos coinciden con esposos violentos.

Otro de los motivos que encontramos por los cuales las mujeres tienen relaciones sexuales es por miedo a la infidelidad de sus parejas; en consecuencia, muchas de ellas manifestaron acceder a tener relaciones sexuales temiendo que su esposo buscara otra mujer al ver que ellas no cumplían con lo que consideraban que eran obligaciones correspondientes a su rol de esposas. También hubo casos en los cuales los maridos deseaban dejar embarazadas a sus esposas con la creencia de que eso les garantizaba la fidelidad de ellas cuando éstos se ausentaran para trabajar, y esto

teniendo en cuenta que más de diez millones de hombres mexicanos laboran en Estados Unidos de América por periodos prolongados, pero se unen maritalmente en México, y otros millones de hombres mexicanos migran internamente para trabajar.

Esta consideración expresa cómo la sexualidad femenina y la maternidad son aspectos que forman parte del control masculino sobre las mujeres, ya que la maternidad puede ser percibida por los hombres como una forma de des-erotizar y, a su vez, es la garantía de que no será deseada por otros. Sin duda, esta percepción corresponde a las nociones tradicionales sobre la sexualidad femenina y al temor e inseguridad masculina a la traición de su honor; pero más allá de constituirse en la prueba necesaria de fidelidad para los hombres, terminó por reforzar un control que incluía la desconfianza hacia el personal médico y, con el tiempo, no sólo limitó el proceso de autonomía de las mujeres en torno a su cuerpo o al número de hijos que deseaban realmente, sino la posibilidad de evitar y atender a tiempo el cáncer cervicouterino.

En general, sus relaciones sexuales fueron con fines reproductivos y en función de la maternidad, pues en muchos casos una vez iniciada su vida sexual quedaron embarazadas; la mayoría de ellas tuvieron entre tres y ocho hijos y señalaron que ese había sido su deseo desde el comienzo de su vida conyugal. Por lo general, no usaron algún método de planificación familiar y muchas afirmaron: los hijos llegaban "improvisados, pero bonito".

La mayoría de las mujeres comenzaron su vida sexual sin posibilidad de limitar las iniciativas sexuales de sus parejas, sin poder decidir por ellas mismas sobre su sexualidad, y sin los conocimientos básicos sobre la planificación familiar, por ello mismo, no utilizaron algún método en su primera relación. Sin embargo, después de haber tenido varios hijos aunado a la presión económica, hizo que ellas recurrieran a los métodos anticonceptivos, aunque en varias ocasiones mencionaran tener efectos secundarios en su salud, por lo que algunas al final de su vida reproductiva o después de tener los hijos que podían mantener optaron por la operación definitiva.

En este estudio el uso del condón tiene importancia debido a que el preservativo si bien no previene en su totalidad la transmisión del VPH, puede llegar a reducir la probabilidad de un contagio. Sin embargo, encontramos en los relatos de las entrevistadas que el uso del condón no fue muy común dentro de sus prácticas sexuales. En la mayoría, sus parejas nunca utilizaron condón con ellas como método anticonceptivo, mucho menos como un método de prevención de enfermedades. Ante la petición por parte de ellas algunos hombres estuvieron renuentes al uso

del condón, debido a la tendencia generalizada, en algunas parejas, a creer que este método no es necesario cuando se tienen relaciones sexuales con una pareja estable.

Paradójicamente, la infidelidad masculina en la relación conyugal tuvo consecuencias dramáticas en el cuadro clínico de las pacientes aunque en contados casos esta infidelidad se cuestionó. Las prácticas sexuales sin protección de sus esposos o compañeros por fuera de la relación provocaron el contagio de diversas infecciones de transmisión sexual y entre ellas la del virus del papiloma humano sin que ellas pudieran advertirlo. El poco margen de control que las mujeres tuvieron en su vida conyugal, los patrones machistas en torno a la sexualidad de los hombres y la ausencia de información acerca de las infecciones de transmisión sexual, crearon las condiciones para que no se detectara oportunamente la presencia del virus y evitar el cáncer. Así, muchas de ellas vivieron la infección y la enfermedad entre la culpa y el aislamiento. Por su parte, los esposos y compañeros en su gran mayoría no prestaron atención a la situación por la que atravesaba su pareja; nuevamente la falta de información sobre el contagio y el tabú acerca de la sexualidad ocasionó indiferencia, temor, desconfianza e impotencia al enfrentar oportunamente el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

La respuesta de las mujeres ante los síntomas de las infecciones fue en algunos casos acudir a prácticas caseras como la herbolaria o la automedicación, y en aquellos en los que se tomó la decisión de acudir a los centros de salud, no contaron con los recursos económicos suficientes para acceder a los tratamientos adecuados. Además, en algunos casos fueron cuestionadas por sus parejas, por la presencia de la infección en ellas y la ausencia de sintomatología en ellos, siendo culpabilizadas por presuntas infidelidades y consideradas las transmisoras de dichas infecciones; en otros casos, sus parejas no aceptaban su corresponsabilidad en la infección o se negaban a participar en el tratamiento. Tales circunstancias, además del control masculino y los prejuicios en torno a la sexualidad, frenaron las probabilidades de prevenir el contagio del virus del papiloma humano y de tratarlo a tiempo.

Es llamativo que casi la mitad de las entrevistadas manifestó haber padecido una ITS o sus síntomas y que la mayor parte fueron atendidas médicamente y tratadas, a veces en múltiples ocasiones, en otras por varios años, en tres o cuatro ocasiones con atención simultánea de la pareja, sin que aparentemente se les advirtiera sobre la urgencia de un Pap o de una colposcopia y de la posibilidad de llegar a desarrollar displasias o Cacú. En varios casos, la atención médica de las ITS ocurrió varios años antes de que se detectara el cáncer.

La mayoría de las entrevistadas afirmó que cuando enfermaban o tenían algún malestar físico por lo general no asistían al médico, más bien recurrían a remedios caseros o acudían a la farmacia por algún medicamento que les aliviara el dolor. La visita al médico era en caso de dolores crónicos o afecciones consideradas como delicadas. No obstante, cuando alguno de sus hijos o el esposo se sentían enfermos, inmediatamente asistían a una revisión médica. Este hecho implica una evidente prelación de los otros miembros de la familia en detrimento de su propia salud.

Así, la atención de las recurrentes infecciones de transmisión sexual que padeció la mayoría de las mujeres se convierte en un reflejo de las prácticas que tuvieron frente a la prevención del cáncer cervicouterino, mediante el uso del Papanicolaou. De esta manera, se encontró como motivos principales la construcción social de género y la cultura de la prevención, para que las mujeres no incursionaran oportunamente en la medicina preventiva.

A partir de la construcción cultural de género, la entrega a los otros en muchos casos hizo que las mujeres renunciaran a su propio cuidado, bien por descuido, olvido o indiferencia, pero sobretodo por su carga de trabajo. Lo cierto es que en sus relatos se evidencia la importancia de la familia, de sus hijos o de su esposo y sólo, ante la inminencia de la enfermedad, advirtieron que el cuidado de sí era una posibilidad necesaria para seguir en su rol: cuidar, proteger y servir a los demás.

Existe una creencia generalizada, por parte de muchos sectores de la población, a cerca de que al médico se recurre en casos de síntomas y, en el caso de las mujeres, éstas acuden cuando ya son crónicos, así varias mujeres informaron que no se hacían el Papanicolaou porque no sentían dolor ni malestar alguno, pues según ellas “se sentían bien”.

Unas pocas entrevistadas afirmaron que la imposibilidad de asistir a una revisión médica obedecía a la prohibición expresa de su esposo y que estos consideraban que el cuerpo de su esposa en ningún caso podía ser tocado por otro hombre aun cuando se tratara de un profesional de la salud. Sin duda, esta situación corresponde, por un lado, a la limitada autonomía de las mujeres y a la capacidad de decisión incluso en aspectos que atañen a su propia salud; y por el otro, al excesivo control y vigilancia masculina que implicaba un dominio absoluto sobre su cuerpo y su sexualidad. Una visión cargada de prejuicios y sanciones de género basadas en el temor y la desconfianza que a muchas les puede costar la vida.

En otros pocos casos se encontraron la pena y la vergüenza a exponer su cuerpo como

motivo para no practicarse el Papanicolaou; esta vergüenza fue más fuerte en las primeras revisiones, posteriormente, las mujeres indicaron que se iban acostumbrando y la iban superando teniendo en cuenta la importancia de la prueba.

Así, una vez analizada en profundidad la escasa construcción de autonomía de las entrevistadas y la desigualdad de género expresada en sus relaciones maritales, se esperaba encontrar un claro predominio en que esa escasa autonomía y unas relaciones de género desiguales inhibieron la posibilidad de acceder al Pap con la frecuencia debida.

Sin embargo, únicamente una quinta parte de las mujeres expresaron que sintieron pena para realizarse el Pap y ser observadas por personal de salud, y por eso nunca se lo hicieron (antes de la enfermedad). Otras tres sintieron pena, pero se sometieron a la prueba al menos ocasionalmente y en dos casos el esposo expresó cuestionamientos de género para no permitirles hacerse la prueba. Menos de un tercio de los casos correspondió a la motivación más fuerte que llevó a profundizar cuidadosamente en el recato sexual de las mujeres subyacentes a la supuesta “desidia” o “descuido” en hacerse la prueba.

Mucho más peso tuvo la falta de autonomía de las entrevistadas en su vida marital, en la aceptación pasiva de la infidelidad de sus esposos, en el escaso control sobre su cuerpo y su sexualidad, y en lo desinformadas que se las había mantenido sobre los vínculos entre las prácticas sexuales de sus cónyuges, las ITS y el desarrollo de un cáncer cervical.

Llama la atención que la mayoría tenían conocimiento acerca de que debían hacerse la prueba del Papanicolaou cada año a partir de que empezaran sus relaciones sexuales, pero aun así la información no motivó la prevención.

También sorprende que una importante mayoría tuviera atención hospitalaria o médica, incluyendo partos y algunas cirugías, a veces desde mucho antes del desarrollo de su enfermedad. A pesar de que algunas de esas relaciones con los servicios médicos fueron sistemáticas y continuas, un tercio de esas mujeres nunca se hizo un Pap o se lo hizo en forma discontinua o tardía y ninguna fue diagnosticada oportunamente. Así, el contacto con los servicios de salud y las recomendaciones médicas no están llegando a varias mujeres que pasan por los diferentes servicios de salud y no son canalizadas a los servicios preventivos del cáncer cervicouterino y a la prueba rutinaria del Papanicolaou.

Del tercer eje, **las relaciones de género y la autonomía en los significados sobre el VPH, cáncer cervicouterino y el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino**, se analizó la forma como los significados y conocimientos que tenían las entrevistadas sobre el cáncer cervicouterino incidieron en su estado emocional y, por lo tanto, en la búsqueda de una atención y tratamiento. En el análisis se tuvieron en cuenta aspectos como: los conocimientos y significados que tenían las mujeres sobre el VPH y sobre el cáncer cervicouterino; la forma como detectaron los primeros síntomas; la reacción frente al diagnóstico; los tratamientos a que fueron sometidas, el apoyo brindado por las familias y las implicaciones del cáncer en su vida cotidiana.

De acuerdo con las entrevistas, la mayoría no tuvo información básica sobre el virus del papiloma humano, en algunos casos desconocían qué era, cómo se adquiría, su relación con la sexualidad y su carácter de antecedente del cáncer cervicouterino. Algunas habían obtenido información del VPH muy general a través de su familia o personas cercanas que lo refirieron como un fenómeno poco común. Asimismo, durante el contacto con el personal médico, en el proceso de detección. Varias de las entrevistadas habían estado en diferentes instituciones médicas, entre ellas en el Instituto Nacional de Cancerología y en dichos espacios el contacto con el personal médico les permitió informarse sobre la relación entre su enfermedad y el antecedente de una infección sexualmente transmitida y no tratada como la del VPH.

La mayoría de las mujeres afirmaron que nunca habían escuchado acerca del virus del papiloma humano, incluso sabiendo que padecían el cáncer cervicouterino desconocían que éste se desarrolla a partir de la infección por el VPH. Esto señala que no todas exigieron la información al respecto por parte del personal médico, es decir, una explicación completa del diagnóstico y las posibles causas por las cuales se desarrolló la enfermedad; en este aspecto se observa como la limitada autonomía de las mujeres se enfrenta al poder hegemónico del médico, donde ella acepta la información provista por parte del médico sin cuestionar o preguntar más acerca de la enfermedad. También podemos suponer que el personal médico de las diferentes instituciones, incluyendo el del INCAN por alguna razón no brinda suficiente información sobre este virus como el agente causante del cáncer cervicouterino y su origen de transmisión sexual. En consecuencia, las entrevistas ponen en relieve el profundo desconocimiento que tienen la mayoría de las mujeres frente al tema, la imposibilidad de prevenir la infección por este desconocimiento y de solicitar que su pareja ayude a prevenirlo; de hacerse un tratamiento antes

de que se le desarrolle una displasia y de convocar a su pareja para evitar la recurrencia de la infección.

Algunas de las entrevistadas se enteraron del VPH a través de otras personas como amigas o familiares las que a su vez habían recibido información en algún momento de sus vidas y la transmitían de acuerdo con sus propias interpretaciones. Este hecho hizo que la afección fuera asumida como una posibilidad lejana y hasta inexistente.

Se encontró que las mujeres mayores de 40 años de edad del área rural tenían un mayor desconocimiento acerca de las causas y síntomas del VPH y del cáncer cervicouterino. Para ellas fue muy fuerte el pudor que determinó los silencios sobre las enfermedades adquiridas por contacto sexual. Para las mujeres jóvenes que crecieron en la ciudad, más influidas por los medios de comunicación y con un nivel de educación mayor, de alguna manera, estas características les permitieron contar con mejores condiciones para conocer sobre la afección que antecedió a su enfermedad y las formas de adquirir, prevenir y tratar la infección que las llevo a desarrollar el padecimiento por la que estaban siendo tratadas.

No obstante, muy pocas vincularon la infección por el virus del papiloma humano con una enfermedad de transmisión sexual, y al mismo tiempo, relacionaron a su pareja como el posible agente transmisor. Este aspecto es interesante, ya que algunas tenían claro que esta afección puede ser transmitida del hombre a la mujer y pese a ello, los testimonios mostraron cómo ellas incorporaron en su vida la idea de que infecciones como la del VPH, podían ser transmitidas por sus parejas quienes sin protección tuvieron relaciones sexuales extra matrimoniales, pero consideraron que nunca les ocurriría a ellas.

A diferencia del VPH, el cáncer forma parte del vocabulario de las mujeres y de la mayoría de las personas en la sociedad, ya que hay una conciencia acerca de que es una enfermedad incurable.

Las mujeres que manifestaron tener un conocimiento mayor sobre el cáncer, lo obtuvieron en el marco de experiencias dolorosas de otros familiares. Varias entrevistadas mencionaron el fallecimiento de un familiar a causa de esta enfermedad y en condiciones muy difíciles. Este precedente fue muy impactante al punto de que la sola palabra “cáncer” generaba preocupación y angustia convirtiéndose en una metáfora de la muerte.

La mayoría de las mujeres, a pesar de conocer el cáncer por experiencias familiares dolorosas y por el temor que éste generaba, no vincularon su propio padecimiento con sus relaciones sexuales y desconocieron la responsabilidad que tenían sus parejas.

Algunas mujeres tienen poca información sobre el cáncer cervicouterino o no desean a veces conocer más de la enfermedad, por el mismo miedo que genera padecerla. Una actitud que al mismo tiempo asumen como impotencia para enfrentar el diagnóstico o para adquirir más información al respecto. Ese mismo miedo permite contemplar la idea de que a ellas “nunca les podría pasar”.

En general, las mujeres acudieron a los servicios médicos cuando su salud comenzaba a deteriorarse, cuando los síntomas de la enfermedad eran inminentes: fuertes dolores en el vientre, sangrado constante, expulsión de grandes coágulos de sangre, fatiga, cansancio, entre otros. Así lo que denotan estos relatos es que la asistencia a los servicios médicos solía hacerse cuando la enfermedad estaba avanzada, ya que en los inicios del cáncer no existen síntomas perceptibles.

El hecho de que subestimaran los primeros síntomas tiene que ver con el tema central que aquí estamos abordando: la desatención de sí mismas, de su cuerpo y principalmente de su salud. Sus relatos permiten entender que como madres y esposas sólo concedieron prioridades para su pareja y sus hijos y en último lugar quedaron ellas. Mientras tanto, aquéllas que decidieron buscar asistencia médica se encontraron desorientadas, ya que no sabían a dónde, ni con quién recurrir para recibir el respectivo tratamiento.

Frente a sus dolorosos síntomas, un diagnóstico oportuno se convertía en la incuestionable opción. Sin embargo, estas mujeres se enfrentaron ante las dificultades intrínsecas de los servicios de salud del país y a un desconocimiento profundo de dónde podían ser atendidas. Por ello, desde que sintieron los síntomas hasta cuando fueron diagnosticadas transcurrió mucho tiempo. Tiempo propicio para que el cáncer fuera avanzando significativamente.

En algunas ocasiones pasaron por una larga búsqueda de tratamiento, pasando por diferentes instituciones, desde las costosas cotizaciones particulares a las tardadas citas en hospitales públicos; generalmente, este fue el motivo por el que muchas de ellas terminaron en Instituto Nacional de Cancerología. Además de las dificultades en la capacidad y eficiencia de los centros de atención del sector salud público para el diagnóstico de este tipo de enfermedades, las pacientes a veces debían practicarse los exámenes y las pruebas

necesarias en el sector privado, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno.

Algunos de los factores que limitaba el acudir oportunamente a la atención médica era la lentitud en el proceso de atención, ya que los resultados de los exámenes tardaban demasiado, principalmente en las instituciones públicas a las cuales asistieron. Según las entrevistadas, los resultados tardaron entre 3 y 4 meses cuando el diagnóstico era negativo. En el caso de que fuera positivo, las pacientes tuvieron que esperar demasiado tiempo para que les fuera confirmado el diagnóstico y en ocasiones fueron prescritas erróneamente, con una alta frecuencia de falsos negativos. Este hecho hizo que se generara desconfianza en el servicio médico tanto público como privado, ya que lo vincularon con una alta ineficiencia de los servicios de salud.

Además de la demora en los resultados, muchas pacientes presentaron quejas en cuanto a la deficiente atención que recibieron por parte de los servicios de salud, maltratos, largas esperas, servicios saturados, horarios cortos e inflexibles, limitado acceso a pruebas diagnósticas eficientes. Hecho que las obligaba a emprender un recorrido tortuoso para ser atendidas de manera ágil y en las condiciones necesarias para el tratamiento. En este sentido, el lugar de residencia, ya sea urbano o rural, afecta a las mujeres en el acceso a los servicios de salud, desde lo preventivo y de detección, pero primordialmente de acuerdo con el nivel resolutivo que se necesite. Así, afecta principalmente en el acceso a los servicios de atención y tratamiento del cáncer cervicouterino, ya que éstos se encuentran concentrados en clínicas de colposcopia, ubicadas en ciudades medias en adelante e implicando mayores traslados y costos para las mujeres. Además, resulta claro lo que significa para una paciente devastada por el diagnóstico de cáncer cervicouterino que se le de un trato precario por parte de los servicios de salud.

Algunas pacientes se enfrentaron a situaciones complejas con profesionales de la salud poco idóneos o especialistas inescrupulosos cuyo único interés era el lucro. Muchos de ellos, incluso, llegaron a prescribirles diagnósticos y tratamientos equivocados. En otros casos, las mujeres tuvieron que soportar deficiencias en el servicio de atención médica, en la oportuna y completa información que al respecto de su enfermedad debieron haberles brindado los profesionales de la salud.

Obviamente la tardanza en los resultados, la falta de Pap y de diagnóstico oportuno son menos vinculados con errores médicos y más con dificultades de acceso en lugares rurales apartados, lengua indígena y baja escolaridad. Pero hay relatos dramáticos también en los pocos casos de mujeres urbanas con cierta escolaridad y amplio acceso a los servicios de salud.

Una vez detectada la enfermedad, el tratamiento era el único camino a seguir. Sin embargo, lo hicieron inmersas en un desconocimiento de lo que éste implicaba, debido a la deficiente información por parte de las instituciones médicas que no siempre ofrecían los conocimientos básicos que posibilitaran una amplia confianza en las diversas incursiones que el personal médico hacía en su cuerpo para controlar la enfermedad.

Las mujeres jóvenes que crecieron en la ciudad, más influidas por los medios de comunicación y con un nivel de educación mayor, presentan una actitud distinta ya que, en su mayoría, demandan más información sobre su enfermedad por parte del personal médico. No obstante sus mayores posibilidades de acceder a servicios de calidad, algunas de ellas se enfrentaron a casos de negligencia o de abuso médico e ineficiencia institucional.

En resumen, la búsqueda de tratamiento oportuno, adecuado, y económico fue la constante de estas mujeres quienes a pesar de estar devastadas por el diagnóstico, en medio de una baja autonomía, inmersas en sentimientos de culpa y de total desconocimiento sobre su enfermedad, se enfrentaron a largas esperas y malos tratos en hospitales saturados, o a tratamientos errados o invasivos, todo esto antes de llegar a tratamiento al INCAN.

Además, el cáncer cervicouterino es una enfermedad cuyo tratamiento, radiaciones, quimioterapias, e intervenciones quirúrgicas, causa efectos secundarios devastadores y, que aun así puede llegar a ser mortal. Los problemas del intestino son una de las secuelas de los tratamientos para el cáncer cervicouterino, estas secuelas, si no se tratan a tiempo, pueden ser la causa de una gran pérdida de calidad de vida de las mujeres.

En relación con las causas por las cuales algunas de las entrevistadas no se trataron oportunamente o abandonaron el tratamiento, se encuentran principalmente la falta de recursos económicos y la pobreza. También están los sentimientos de “desesperanza”, “tristeza” y “frustración” que incrementaban la sensación de vulnerabilidad, haciendo que la enfermedad avanzara y que la muerte fuera cada vez más inminente. Otros de los factores que limitaban el acudir oportunamente a la atención médica fueron la precaria atención, la falta de cordialidad por parte del cuerpo médico y, en algunos casos, su incompetencia.

Una vez diagnosticadas con cáncer cervicouterino, las mujeres presentaron diversos sentimientos; alguna de ellas entraban en una profunda depresión y tristeza, otras se aferraban a su fé en Dios y buscaban un apoyo en sus creencias, como efectuar peregrinaciones, hasta esperar un milagro; en otras asomaba la responsabilidad y la culpa, buscando los motivos por los

que le ocurrió a ellas, ocultando su enfermedad a su familia, para “no preocuparlos”, evitarles un sufrimiento y no trastocar la dinámica de la cotidianidad, colocando la estabilidad del hogar y la tranquilidad de su esposo e hijos por encima de su propia salud.

No cabe duda que lo más importante para la mayoría de las entrevistadas era el bienestar de sus familias. Por lo tanto, la detección del cáncer cervicouterino generó preocupación en tanto se convirtió en un factor que deterioró la dinámica familiar. Su angustia radicaba en que se convertirían en una carga para su familia. Ellas, siempre acostumbradas a asumir la responsabilidad de las vicisitudes en el hogar, se sintieron culpables por generar un problema a sus más cercanos, pues en su construcción simbólica de madresposas, mujeres cuidadoras y dedicadas a su familia, asumían su enfermedad como parte de un destino marcado por Dios o la mala suerte y frente al cual no podían hacer mucho.

Algunas mujeres que vivían con el esposo al momento de enfermarse expresaron que tenían el apoyo moral de él, a pesar de la violencia, las infidelidades y lo irregulares que habían sido muchos de ellos para proveer. Algunos apoyaron a su mujer al inicio de la enfermedad, en unos casos con ayuda económica limitada de acuerdo con sus condiciones; en algunos casos este apoyo fue suspendido en el transcurso de la enfermedad. En otros casos fueron culpadas por sus parejas, por enfermarse, generar gastos extras en la economía del hogar y no poder seguir cuidando a su familia.

En los momentos de crisis por los cuales atravesaron se hizo necesaria la fortaleza de las redes parentales. Si bien, la familia funciona como una estructura de poder que controla y delimita el marco de acciones de cada uno de sus miembros, en el caso de las mujeres, en las crisis, enfermedad o alguna calamidad la familia se constituye en una poderosa red social que provee el apoyo necesario para enfrentar las adversidades, así encontramos que las mujeres de la familia, tales como madre, hermanas, cuñadas e hijas se convierten en un apoyo moral, mientras los padres, hermanos e hijos en un apoyo económico.

Finalmente, respecto a las implicaciones de la enfermedad en su vida cotidiana, las entrevistadas señalaron que una de sus grandes preocupaciones era el tema de los hijos. Para ellas, la maternidad se constituye en el eje de sus vidas, eje que el cáncer comienza a complejizar dada la dificultad para continuar asumiendo la crianza y protección de sus hijos, máxime si estos son menores. Les preocupa significativamente quién se hará cargo de ellos cuando ellas ya no estén. En medio de las dificultades que enfrentan con su padecimiento los hijos son el inicio y el

fin de de su feminidad, pues ellas viven en función de ellos y de las necesidades que puedan tener todos los miembros de su familia.

El análisis sobre la construcción social del género y la autonomía permitió vislumbrar los aspectos que contribuyen a las causas del padecimiento y dentro de las cuales se constató que muchas mujeres en la actualidad siguen adscritas a la noción del "deber ser" femenino socialmente asignado; es decir, con una concepción sobre la abnegación sacrificio en función de los otros como hijas, esposas y madres. Una constante fue que colocaron sus intereses al servicio de los demás en detrimento de sí mismas, razón por la que no tuvieron conciencia de la importancia de la medicina preventiva. Muchas consideraban que a ellas "no les podía pasar", por lo que no buscaron ayuda para atender su padecimiento y cuando les fue detectado el cáncer cervicouterino reconocieron que nunca se preocuparon por ellas mismas.

Recomendaciones

Basados en los principales hallazgos de esta investigación proponemos algunas recomendaciones.

Apoyar a las niñas para que puedan ingresar, mantener y concluir su educación básica primaria y secundaria, así como su educación media-superior, y continuar con los estímulos económicos que algunos programas del gobierno realizan para que ellas reciban el apoyo de sus familias en su educación, ya que como vimos la educación de las mujeres fue una variable que les permitió acceder a información por medio de la socialización para tener herramientas, con el fin de incursionar en la prevención y atender un cáncer cervicouterino a tiempo.

Fortalecer los contenidos de equidad de género en la educación básica de la población mexicana, con el fin de cambiar las construcciones sociales de género que hacen que la mujer esté en desventaja en su familia y sociedad, influyendo negativamente en el desarrollo de su autonomía y de esta manera perjudicando el cuidado de su salud.

Generar una equidad laboral y salarial, para que las mujeres puedan acceder a recursos económicos decentes por su trabajo, y mejoren su autonomía económica que redunde en la posibilidad de destinar recursos para su salud.

Incentivar a las mujeres a desarrollar su autonomía, para tomar decisiones sobre sí mismas, su cuerpo y sus proyectos de vida, generando control sobre su sexualidad y sobre su

libre elección de una unión marital. Generando cambios en las normas sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres, desde la adolescencia, creando ambientes más responsables y equitativos.

Dos terceras partes de las entrevistadas indicaron haber tenido sólo una pareja sexual en su vida. En una tercera parte las mujeres refieren más de una pareja marital, la mayoría hablan de dos. Lo anterior sugiere que no es tan necesaria la insistencia en el número de parejas sexuales de la mayor parte de las mujeres afectadas y que en cambio es más importante incorporar preguntas sobre las historias sexuales y maritales, previas o simultaneas de sus parejas. Es fundamental combatir con conocimientos sólidos el estigma cultural, presente incluso en los servicios de salud, que atribuye las ITS e incluso el Cáncer a las mujeres, interrogándolas sobre si han tenido múltiples parejas, ya que cualquier mujer monógama y fiel puede contraer una ITS por experiencias sexuales previas a la unión o incluso simultaneas de sus propios esposos.

Incluir dentro de los programas de prevención del cáncer cervicouterino la recomendación a todas las mujeres, incluso a aquellas insertas en uniones consideradas estables, la utilización del condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual como la producida por el VPH, recomendar al personal de salud que insista en recomendar a las mujeres que incluyan el condón en sus relaciones sexuales, ya que como hemos visto la mayoría de las mujeres no tienen mucho control sobre su sexualidad, ni sobre la sexualidad previa o durante de sus propias parejas, ni sobre factores propios de la familia mexicana, como las características de género de las relaciones conyugales, la amplitud de separaciones temporales por migración y trabajo, y la ausencia de síntomas de ITS en los hombres.

Reforzar en la atención de ITS, la necesidad de practicarles el Papanicolaou más frecuentemente y de la revisión de sus infecciones, asimismo, incentivar el tratamiento de las ITS en sus parejas para evitar reinfecciones y concienciar a los hombres en el papel que ellos tienen frente a las infecciones que padecen sus parejas, ya que las mujeres con antecedentes de infecciones de transmisión sexual tienen un mayor riesgo de infectarse con el VPH y de desarrollar un cáncer cervicouterino, por lo que son mujeres que deben tener un seguimiento especial.

Desarrollar programas públicos de vacunación contra el VPH en todas las preadolescentes residentes en áreas urbanas y rurales marginadas, con el fin de llegar a las poblaciones con mayor riesgo y prevenir el desarrollo de un cáncer cervicouterino.

Mejorar el acceso a la prueba del Papanicolaou, de manera universal, gratuita y respetuosa de las normas culturales dominantes. Enfatizando en la búsqueda de las mujeres que nunca se han realizado un Papanicolaou, llegando a las áreas apartadas del país, a las mujeres indígenas, sin escolaridad, sin acceso a los servicios de salud y en condiciones de pobreza.

Recientemente se ha propuesto el uso del Papanicolaou en conjunto con alguna prueba para detectar al VPH, dentro de un programa de detección oportuna de cáncer cervical. De hecho, se considera que la determinación del ADN del VPH debiera ser un coadyuvante de la citología cervical exfoliativa, permitiendo mejorar la calidad de la detección del cáncer cervicouterino (Schiffman; Castle, 2005)

Así, se debe fortalecer el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con la combinación de vacunas contra el VPH, el Papanicolaou y la determinación de ADN de VPH, como coadyuvante del Pap. Según Goldie *et al* (2003), la mortalidad por cáncer cervicouterino se reduciría hasta en 60% si se aplica la vacuna durante la adolescencia; se reduciría de 12 a 43% con un programa de tamizaje y tratamiento, y se reduciría entre 66 y 80% con la combinación de vacuna, tamizaje y tratamiento.

Mejorar la calidad diagnóstica de la prueba del Papanicolaou, ya que con los testimonios presentados se evidenció una gran cantidad de diagnósticos falsos negativos y de mujeres que se habían practicado un Pap y no les encontraron la enfermedad oportunamente.

Ampliar información acerca de que las mujeres no necesitan ni estar enferma, ni sentirse mal para tener que hacerse la prueba del Pap, que toda mujer que ha tenido relaciones sexuales, desde que las empezó y debe de hacérselo de manera periódica y concienciar al personal de salud acerca de la poca autonomía que las mujeres tienen sobre su sexualidad (ausencia de control, pena, exposición a violencia) para que sea facilitador del acceso a la prueba.

Hacer algunos cambios en el enfoque del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, ya que cuando las campañas enuncian que el Papanicolaou es para detectar un cáncer a tiempo, las mujeres tienden a evitar hacérselo, porque: 1) no creen que puedan tener un cáncer, eso les pasa a otras.; 2) no quieren que les detecten un cáncer, prefieren negar la posibilidad; y 3) si se los detectan a tiempo de todas maneras no tienen como enfrentar un tratamiento prolongado y costoso lejos de su hogar. En cambio, muchas han pasado por la experiencia de una ITS o están concientes de que por el sólo hecho de que tienen vida sexual activa pueden adquirir una ITS. De esta forma, se sugiere informar a la opinión pública, a los

servicios de salud y a la medicina privada que el Pap puede ayudar a detectar una ITS que en muchos casos requiere tratamiento preventivo de consecuencias mayores. Por lo tanto, el Pap debe practicarse de manera rutinaria, eficiente, gratuita y por personal femenino a toda mujer, de cualquier edad, que ha tenido relaciones sexuales, que acuda a cualquier servicio de salud público o privado, en especial si existen indicios de que padezca o haya padecido una ITS.

Los servicios de salud deben facilitar el acceso al Papanicolaou a todas las mujeres, teniendo en cuenta las resistencias a éste por normas de género que desencadenan “desidia”, es decir, implementar estrategias de calidad de la atención, como: a) agilizar el tiempo para la toma del Papanicolaou, haciendo que sea una prueba rápida y ágil, que no les implique perder todo un día en un centro de salud, ya que las mujeres en la mayoría de los casos indican no tener tiempo para ocuparse de su salud, por tener otras ocupaciones que consideran más importantes, así al facilitarles el acceso a la prueba se podría aumentar el uso de ella; b) procurar que la prueba la realice personal femenino, para evitar problemas de resistencia de la pareja. Además, que la atención sea lo más humana posible, con privacidad, comodidad, calidad y calidez, haciendo que la mujer se sienta segura en este tipo de examen, dándole, en todo momento, la información del procedimiento que se le va a hacer; c) mejorar los mecanismos para la entrega de resultados, disminuyendo los tiempos en que se procesan éstos, garantizando la notificación de todos los casos positivos a cáncer cervicouterino y la entrega oportuna de resultados de todos los casos negativos.

Se deben implementar estrategias de difusión de información sobre la utilidad y los procedimientos utilizados en los servicios de colposcopia y, en general, sobre el tratamiento del cáncer cervical.

Generar mecanismos de control sobre las actividades de prevención, detección y tratamiento del cáncer cervicouterino que realizan instituciones particulares y prestadores como Similares, que atienden un porcentaje considerable de la población femenina.

Facilitar la disponibilidad de albergues cerca de las clínicas de colposcopia e instituciones para el tratamiento del cáncer cervicouterino, con el fin de disminuir los costos de alojamiento de las mujeres y de sus familias que deben trasladarse para su atención.

Ampliar la información suministrada a las mujeres afectadas sobre los factores que pudieron haber estado presentes para que ella desarrollara la enfermedad, ya que ellas merecen saber la trayectoria de una enfermedad que tuvo como antecedente una infección por el VPH, y

relacionarla con su vida sexual previa o de pareja, proporcionando así elementos para la prevención de reinfecciones futuras, así como también acerca de la ausencia de síntomas en los hombres portadores del VPH, ya que ellas no controlan su sexualidad, ni la de sus parejas.

Dificultades y limitaciones

Las dificultades y limitaciones de la investigación se enfocan principalmente en las fuentes de información. Se encontraron dificultades con los datos de prevención, atención y tratamiento del cáncer cervicouterino a nivel poblacional, ya que las diferentes Encuestas Nacionales en salud ofrecen información obtenida a través de preguntas que varían en cada una, en forma y cantidad, así como también en el grupo poblacional encuestado, haciendo que no sea posible su comparación o el seguimiento de los cambios respecto a los temas estudiados. Es por esto que en esta investigación presentamos información obtenida de diferentes Encuestas Nacionales, y a la vez nos basamos en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003, por ser la encuesta disponible con mayor número de preguntas sobre el seguimiento de la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino. A partir de estos resultados recomendamos mantener una continuidad en las preguntas que se hacen en las diferentes encuestas, lo que permitiría realizar comparaciones en el tiempo y elaborar una serie de preguntas que posibiliten medir el tema de una manera adecuada.

Respecto a la información de las entrevistadas encontramos limitaciones en el alcance de los resultados, ya que ésta se centra en las experiencias de las mujeres con cáncer cervicouterino atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, las cuales en su mayoría son de escasos recursos económicos y sin derechohabiencia en algún seguro de salud. Consideramos que las historias de diferentes grupos poblacionales pueden ser distintas, esto es, diferencias entre mujeres con derechohabiencia en instituciones como el IMSS o ISSSTE, entre otras, o mujeres con capacidad económica para demandar un buen servicio en los proveedores particulares o mujeres con alto nivel educativo, urbanas, con autonomía y con capacidad económica para que oportunamente se les prevenga, diagnostique o trate la enfermedad.

Sugerencias para investigaciones futuras

A partir de los resultados de esta investigación se abren nuevos interrogantes que consideramos importante resaltar para seguir construyendo un conocimiento sobre la enfermedad.

En este sentido, encontramos que algunas de las entrevistadas fueron mujeres que siempre han trabajado, han sido a veces el principal sostén de su hogar, son asertivas, toman decisiones sobre su vida, es decir, pueden ser consideradas como mujeres con una autonomía adecuada para decidir sobre su salud, pero igual, fueron descuidadas para la práctica del Pap o fueron víctimas de diagnósticos o tratamientos erróneos, además de que los servicios de salud a los que acudieron por distintos eventos de su salud reproductiva, no las orientaron debidamente hacia el Pap o hacia un diagnóstico adecuado, conjuntamente con su pareja, de la infección por el VPH. Es por esto que se debería analizar la respuesta de los servicios de salud en el momento cuando las mujeres deciden practicarse un Papanicolaou o reciben un diagnóstico de cáncer cervicouterino, en cuanto a las características de calidad, oportunidad y eficiencia de los servicios, no sólo con una estrategia poblacional a través de encuestas, si no a profundidad, a través de entrevistas a mujeres de diversas características sociodemográficas con cáncer cervicouterino.

Analizar si existe la capacidad instalada para atender anualmente a millones de mujeres que necesitan que les practiquen un Papanicolaou cada año o cada tres años, o si se tiene la capacidad para atender a las miles de mujeres afectadas anualmente por cáncer cervicouterino, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, que anualmente trae como consecuencia el aumento de la demanda de estos servicios.

Estudiar la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en la población femenina y el impacto que esta puede tener en la disminución en México de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

Revisar si las estrategias para garantizar la atención y el tratamiento gratuito del cáncer cervicouterino establecidas en el gobierno anterior han dado los resultados esperados de aumentar la adherencia de las mujeres a los tratamientos de este tipo de cáncer y si han disminuido los gastos catastróficos que las familias tienen que hacer para afrontar la enfermeda

ANEXOS

ANEXO 1. Preguntas acerca del cáncer cervicouterino – ENSAR 2003 SSA

Mujeres	
Preguntas	Respuestas
¿Usa con su pareja el condón o preservativo para prevenir el SIDA o alguna ITS?	Siempre Algunas veces Nunca / NR
¿Alguna vez le han practicado a usted la prueba del Papanicolaou?	Sí / No No la conoce NR
¿Por qué no se ha practicado la prueba del Papanicolaou para ver si tenía cáncer en la matriz?	Textual
¿Cuándo fue la última vez que le hicieron el Papanicolaou?	Menos de un año Uno a tres años Más de tres años NR
La última vez que le practicaron esta prueba ¿a qué lugar acudió para que se la practicaran?	IMSS SSA ISSSTE Otras
¿Le dieron a conocer los resultados del examen?	Sí / No No fue a recogerlos NR
¿Cuánto tiempo después de que le realizaron la prueba le dieron a conocer los resultados?	De 1 a 21 días Mas de 21 días NR
De los resultados del examen ¿se detecto algún problema en usted?	Sí / No NR
¿Qué problema se detectó?	Cáncer de Matriz Otro problema
¿Alguna vez le han detectado cáncer en la matriz?	Sí / No NR
¿Hace cuanto tiempo le detectaron el problema?	Días / Meses / Años / NR
¿Le dieron algún tratamiento?	Sí / No / NR
¿Cuál fue el tratamiento que le aplicaron	Cirugía Matriz / Cirugía Otra Medicamento / No ha ido especialista / NR
¿En que lugar le realizaron el tratamiento	IMSS / SSA / ISSSTE Otros
¿Sobre ese padecimiento usted...?	Está curada / Está en observación Continúa tratamiento / NR
¿Por qué no le dieron tratamiento?	Textual

ANEXO 2. Preguntas sobre sexualidad y violencia doméstica – ENSAR 2003 SSA

Sexualidad y Reproducción	
¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?	Edad No ha tenido NR
¿Con quién tuvo relaciones sexuales la primera vez?	Novio Amigo ..
¿Que edad tenía la persona con la que tuvo la primera relación?	Edad No sabe
En su primera relación sexual ¿Usted o su pareja hicieron o utilizaron algo para no quedar embarazada?	Sí / No NR
¿Que fue lo que usted o su pareja utilizaron para no quedar embarazada?	08 condón
Actualmente cuando tiene relaciones con su pareja ¿generalmente quien toma la iniciativa?	Él / Ella Ambos No tiene NR
Si usted no tiene ganas de tener relaciones ¿se lo dice a su pareja?	Sí / No A veces
¿Cuál es la reacción más frecuente de su pareja cuando usted le dice que no quiere tener relaciones sexuales?	No dice nada Comprende Se enoja La obliga...
¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales en las que la obligaron físicamente a tenerlas?	Sí/ No / NR
¿Qué edad tenía la primera vez que esto sucedió?	Edad NR
¿Qué relación tenía con la persona con quién sucedió?	Pareja Novio ...
Participación en el cuidado y crianza de los hijos	
La mayoría de las veces, usted y su pareja ¿llevan juntos a sus hijos al médico?	Sí / No / NR
Generalmente, ¿Su pareja actual le ayuda a cuidar, educar a sus hijos?	Sí / No / NR
Durante los días en que su pareja esta en casa ¿a el le gusta estar con sus hijos?	Sí / No NR
Toma de decisiones	
Entre usted y su pareja quién toma las siguientes decisiones: ¿Cuántos hijos tener? ¿Cómo criar a los hijos? ¿En qué gastar el dinero?	Él Ella Ambos No procede

¿Su pareja se hace responsable de las siguientes tareas domésticas? Lavar los platos Lavar la ropa Cocinar Hacer las compras Limpiar la casa	Siempre Algunas veces Nunca
¿Usted ayuda a su pareja en las labores del campo o en algún otro trabajo al que se dedique?	Sí / No NR
Violencia Doméstica	
¿Usted y su pareja tienen pleitos con frecuencia en algunas ocasiones o nunca pelean?	Con frecuencia Algunas veces Cuando ...
Cuando ocurren estos pleitos ¿usted ¿Le ha gritado? Lo ha ofendido Lo ha golpeado Lo ha agredido con algún objeto Lo ha agredido con algún objeto punzo cortante Lo ha agredido con alguna arma de fuego	Sí / No
Durante estos pleitos su pareja: Le ha gritado La ha ofendido La ha amenazado con hacerle daño físico	Sí / No
¿Cuál es la causa más frecuente por la que ustedes pelean?	Textual
En alguna ocasión ¿su pareja: La ha golpeado La ha agredido con algún objeto La ha agredido con algún objeto punzo cortante La ha agredido con alguna arma de fuego	Sí / No
En los últimos 6 meses ¿Cuántas veces su pareja la ha golpeado o herido?	Ninguna Veces / NR
¿Cuál es la causa por la que su pareja la golpeó o hirió la última vez?	Textual
¿Los golpes que recibió la última vez fueron graves?	Sí / No NR
¿Buscó ayuda médica para atenderse de los golpes que su pareja le dio?	Sí / No NR
¿Qué fue lo que tuvo que hacer para sanar esos golpes?	Nada / Reposo Tratamiento Otro

ANEXO 3. Consentimiento Informado

Proyecto “Significados de las mujeres frente a la prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino”

Estamos efectuando un estudio para analizar los significados que las mujeres mexicanas atribuyen a las prácticas frente a su salud desde una perspectiva de género, considerando la capacidad para tomar decisiones, los valores sobre el cuerpo y la sexualidad, y la identidad orientada a servir a los demás, como factores que pueden estar influyendo en estas prácticas de acuerdo con características sociodemográficas y económicas.

Para llevar a cabo nuestros propósitos, le solicitamos nos acepte hacerle una entrevista, la cual será grabada. Hacemos aclaración que toda la información proporcionada se utilizará en forma confidencial y para propósitos exclusivos de la investigación.

En caso de que acepte, su colaboración será contestar un cuestionario y una entrevista en la **que se interrogará sobre asuntos relacionados con su vida íntima, incluyendo aspectos económicos y sexualidad**, aspectos de su vida personal, su hogar, su enfermedad y tratamiento.

Agradecemos su atención y en el caso de aceptar participar en nuestro estudio nos permitimos solicitarle que firme este documento con el cual nos dará su consentimiento para realizar la entrevista.

El hecho de que usted haya firmado y aceptado colaborar inicialmente con esta entrevista, no la obliga a continuar hasta el fin de la misma, en caso de que no desee contestar alguna pregunta también está en su derecho de no hacerlo. Esta decisión no traerá ninguna repercusión negativa para la atención que está recibiendo en esta institución, ni para la que pueda recibir en el futuro.

Habiendo sido enterada del contenido de la presente y resueltas todas mis dudas acerca de la misma, Yo; _____, acepto participar voluntariamente en el estudio propuesto, conociendo mi derecho a abandonar mi participación en el momento en que lo juzgue pertinente.

Firma _____

Testigo

Testigo

Nombre

Domicilio

Parentesco

Nombre

Domicilio

Parentesco

A _____ (día) de _____ (mes) de 2004

ANEXO 4. Formulario de Características Sociodemográficas

Características Sociodemográficas

1. ¿Dónde vive usted? Estado: _____
 1. Urbano 2. Rural

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene? Años:

3. ¿Cuántas personas viven en su casa?

4. ¿Con quién vive? Comentarios

<input type="checkbox"/> 1. Cónyuge _____ <input type="checkbox"/> 2. Hijos _____ <input type="checkbox"/> 3. Padres _____ <input type="checkbox"/> 4. Suegro(a) _____	<input type="checkbox"/> 5. Hermano(a)s _____ <input type="checkbox"/> 6. Nuera(o)s _____ <input type="checkbox"/> 7. Tío(a)s _____ <input type="checkbox"/> 8. Otros _____
---	--

5. ¿Vive en casa:
 1. Propia 2. Rentada 3. Otra _____

6. ¿Usted habla alguna lengua indígena? 1. Sí 2. No

7. ¿Alguno de su familia habla alguna lengua indígena? 1. Sí 2. No
 ¿Quién? _____

8. ¿Cuál fue el último grado que usted aprobó?

<input type="checkbox"/> 1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Preescolar <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 4. Secundaria	<input type="checkbox"/> 5. Preparatoria <input type="checkbox"/> 6. Técnicos, comerciales, normal <input type="checkbox"/> 7. Profesional <input type="checkbox"/> 8. Postgrado
---	---

9. ¿Cuál es su estado conyugal?

<input type="checkbox"/> 1. Casada <input type="checkbox"/> 2. Unión libre <input type="checkbox"/> 3. Unión de visitas <input type="checkbox"/> 4. Esposo ausente temporal	<input type="checkbox"/> 5. Separada <input type="checkbox"/> 6. Divorciada <input type="checkbox"/> 7. Viuda
--	---

10. ¿Cuántas veces se ha casado o unido?

11. ¿A qué edad se casó la primera vez y la última o actual

¿La semana pasada usted ...?

<input type="checkbox"/> 1. Trabajó <input type="checkbox"/> 2. No trabajó, pero tenía trabajo <input type="checkbox"/> 3. Buscó trabajo <input type="checkbox"/> 4. Era estudiante	<input type="checkbox"/> 5. Se dedicó a los quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> 6. Está jubilada o pensionada <input type="checkbox"/> 7. Está incapacitada permanente para trabajar <input type="checkbox"/> 8. No trabajó
--	--

13. ¿Además de esa actividad la semana pasada usted...?

- 1. Vendió algún producto (ropa, alimentos, etc.)
- 2. Ayudó a trabajar en algún negocio familiar
- 3. Hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa, etc...)
- 4. ¿A cambio de un pago lavó, planchó o cocinó?
- 5. Ayudó a trabajar en actividades agrícolas o en la cría de animales
- 6. No trabajó

14. ¿Cuánto gana usted por su trabajo?

- 1. Al día
- 2. A la semana
- 3. Al año
- 4. Al mes
- 5. Sin pago
- 6. NR

15. ¿Qué edad tiene su esposo actual?

16. ¿Cuál fue el último grado que aprobó su esposo actual?

- 1. Ninguno
- 2. Preescolar
- 3. Primaria
- 4. Secundaria
- 5. Preparatoria
- 6. Técnicos, comerciales, normal
- 7. Profesional
- 8. Postgrado

17. ¿La semana pasada su esposo actual...?

- 1. Trabajó
- 2. No trabajó, pero tenía trabajo
- 3. Buscó trabajo
- 4. Era estudiante
- 5. Se dedicó a los quehaceres del hogar
- 6. Esta jubilada o pensionada
- 7. Esta incapacitada permanente para trabajar
- 8. No trabajó

18. ¿Cuánto gana su esposo por su trabajo?

- 1. Al día
- 2. A la semana
- 3. Al mes
- 4. Al año
- 5. Sin pago
- 6. NR

19. ¿Reciben otros ingresos en la familia?

- 1. Remesas
- 2. Programas
- 3. Familiares
- 4. Ayudas
- 1. Sí
- 2. No
- 5. Otros

20. Por alguno de sus familiares o por el trabajo que usted realiza ¿Tiene derecho a servicio médico..

- 1. Ninguno
- 2. IMSS
- 3. ISSTE
- 4. Paraestatales (PEMEX, Ejército, Marina)
- 5. Empresas Privadas
- 6. Otro _____

21. ¿Aproximadamente cuánto es el ingreso familiar mensual?

22. ¿Cuántos hijos tiene usted.. ? esposo?

23. ¿Qué edad tiene el hijo menor ?

El mayor

24. ¿Cuántos hijos viven con usted ?

25. ¿Cuántos hijos estudian?

26. ¿Recibe de algún hijo alguna ayuda? 1. Sí 2. No

- 1. Económica
- 2. Ayuda con el trabajo

- 3. Compañía
- 4. Cuidados

27. ¿Recibe ayuda de alguna otra persona? 1. Sí 2. No

Quién ? _____

- 1. Económica
- 2. Ayuda con el trabajo

- 3. Compañía
- 4. Cuidados

28. ¿Recibe ayuda de algún programa? 1. Sí 2. No

- 1. Oportunidades
- 2. Procampo

- 3. Otro
- 4. Ninguno

ANEXO 5. Guía de entrevista a mujeres en tratamiento por cáncer cervicouterino en el INCAN

1) Características sociodemográficas y económicas como: edad, escolaridad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, condiciones de la vivienda, condición de actividad, ingresos y posesiones de la familia y propios, riqueza que controla personalmente, dependencia económica, estado civil, edad al matrimonio, personas con las que vive, vive con su pareja, abandono.

2) Relaciones familiares: estructura familiar, parentescos, jerarquías en la valoración de los miembros en el hogar, distribución de los alimentos, asignación de tiempo y recursos, tiempo disponible para actividades diferentes de la crianza de niños, edad de los hijos, apoyo familiar, distribución de tareas.

3) Toma de decisiones y autonomía: normas y tradiciones culturales refiriéndose específicamente a las relaciones de poder dentro de los hogares, acceso de las mujeres a recursos, estatus socioeconómico y a toma de decisiones en la vida familiar, control a la movilidad extra hogareña, grados de autonomía, violencia doméstica.

4) Sexualidad y conducta reproductiva: edad de inicio de relaciones sexuales, compañeros sexuales, posibilidades de decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, placer sexual en las relaciones, posibilidad de negociar métodos de prevención de ITS, posibilidad de negociar uso de anticonceptivos con sus parejas, creencias entorno al cuerpo de la mujer, embarazos, fecundidad, deseo de tener más hijos, responsabilidad en el cuidado y crianza de los hijos, infidelidad de la pareja, hijos fuera de matrimonio tanto de la mujer como del hombre, y abuso sexual.

5) Cuidado de la salud: estado de salud, seguridad social en salud, acceso a servicios de salud, gastos en salud, periodicidad, transporte, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, autonomía para decidir acudir a los servicios de salud, pide permiso para ir al médico, cuando, porqué, cuando no tiene que pedir permiso, pide dinero para sus gastos médicos, sí/no, porqué, a quién, se lo dan fácilmente, sí/no, porqué, conciencia de autocuidado, cada cuanto asiste a servicios médicos, porque motivo, acude a los servicios de salud preventivos, utiliza el servicio preventivo del cáncer de la matriz o Papanicolaou, considera que sirve, dónde lo realizan, cuánto vale, a quién se los practican o quién lo necesita, conocimiento de alguien que se haya hecho un Papanicolaou, disponibilidad para hacerse un Papanicolaou.

(Bajo el supuesto que todas las mujeres con un diagnóstico de Cacu se realizaron la prueba del Papanicolaou)

6) Percepciones acerca del Papanicolaou: cuándo fue la primera vez que se hizo un Papanicolaou, a qué edad, por qué motivo, para qué se lo practicó, presentaba alguna molestia, quién se lo recomendó, de qué le sirvió, quién la acompaña, a dónde fue, transporte, forma de acceso al servicio, gastos, quién se lo realizó, género del prestador, que información obtuvo acerca de la prueba, cómo fue el trato del personal de salud y de la persona que le hizo la prueba y el lugar donde se le practicó, percepción acerca de su experiencia, qué piensa el esposo, la familia, en especial su suegra, cuál es su percepción sobre la práctica de la prueba del Papanicolaou especialmente en la (exhibición de sus genitales) que sintió (pudor, vergüenza, pena), qué le molestó, qué le gustaría que cambiara, le explicaron cuando debía de volver, conoció los resultados, que tiempo tardaron los resultados, se los leyó algún médico, le dieron alguna indicación, cuando cree que debe practicarse la siguiente prueba. Utilización del Papanicolaou: cada cuánto se lo hace, periodicidad, le han detectado alguna enfermedad.

7) Diagnóstico del cáncer cervicouterino: cuando le diagnosticaron el cáncer, qué diagnóstico le dieron, dónde, quién se lo hizo, cómo se lo dijo, qué sintió, qué hizo cuando lo supo, a quién se lo comunicó, se lo dijo a su pareja, cómo reaccionó, qué dice su esposo acerca del diagnóstico, existe desconfianza?, celos? la culpa por su enfermedad? se asocia o no con la infidelidad de él, como cambió su esposo a partir del diagnóstico y porqué, la apoya, siguen teniendo relaciones sexuales, le indicaron prevención, uso de condón, cómo reaccionó el esposo, le ayuda, la acompaña a las consultas, quién le ha brindado ayuda, en qué ha consistido esa ayuda, cómo ha cambiado su vida desde el momento del diagnóstico, su esposo le ha sido infiel después del diagnóstico, como lo sabe, porqué lo hace él, qué significa para usted tener cáncer cervicouterino, siente discriminación, rechazo, estigma, a quien considera le da este tipo de cáncer, porqué cree que da, cómo se previene, cómo se detecta, conoce a otra persona con el mismo diagnóstico? Cómo siente que la trata el personal de salud, qué problemas presenta, piensa que el Cacu se puede curar, cómo cree que se puede ayudar a las mujeres con Cacu.

8) Tratamiento del cáncer cervicouterino: recibió tratamiento, porqué, dónde, qué tipo de tratamiento le dieron a usted y a su pareja, cómo reaccionó su pareja? de qué forma han contribuido los tratamientos para su estado de salud? qué implicaciones han tenido estos tratamientos en su vida, en sus relaciones sexuales, en su vida de pareja, le ha sido infiel su

pareja, porqué considera que ha ocurrido esto? la han apoyado en su tratamiento, quién, su pareja o familia, cómo siente que la han apoyado, si el esposo no la apoya, porqué, estigma, rechazo, qué problemas ha tenido para continuar el tratamiento, cuánto tiempo cree que le llevará y qué espera al final del tratamiento.

ANEXO 6. Listado de mujeres entrevistadas

Grupo I: Mujeres menores de 40 años de edad, con al menos un hijo menor de 12 años.					Grupo II: Mujeres mayores de 40 años de edad, con hijos mayores de 12 años o sin hijos.				
ID	Código	Nombre	Edad	Edad Hijo Menor	ID	Código	Nombre	Edad	Edad Hijo Menor
1	004	Laura	32	11	1	001	Socorro	57	21
2	007	Pilar	44	10	2	002	Sara	46	18
3	009	Guadalupe	37	17	3	003	Susana	45	14
4	010	Ana María	37	18	4	005	Isabel	70	34
5	018	Rosalinda	44	9	5	006	Ángela	53	28
6	021	Irlanda Regina	39	18	6	008	Violeta	44	14
7	022	Rosario	36	11	7	011	María Isabel	61	22
8	024	Teresa	29	2	8	012	María del Carme	44	19
9	027	Rosalinda	34	15	9	013	Angelina	46	14
10	028	Braulia	38	4	10	014	Bertha	55	37
11	030	Leticia	41	14	11	015	María	56	26
12	031	Teresa	28	6	12	016	María Lucía	62	sh
13	032	Janet	30	3	13	017	Lucina	44	20
14	033	Marisela	39	16	14	019	Alicia	48	14
15	034	Florentina	39	11	15	020	Lidia	63	sh
16	035	Yolanda	43	12	16	023	Francisca	54	sh
17	036	Sofía	35	10	17	025	Esmeralda	68	45
18	037	Florencia	44	12	18	026	María	64	sh
19	038	Sara	32	0	19	029	Justa	55	16
20	039	Amalia	39	12	20	043	Elodia	46	13
21	040	Margarita	36	5	21	045	Magdalena	47	13
22	041	Manuela	40	4	22	046	Guillermina	54	11
23	042	Rosalinda	29	9	23	047	Antonia	57	16
24	044	Santa	25	4	24	049	Lina	42	19
25	048	Guadalupe	32	1	25	050	Elvira	73	34

ANEXO 7. Fichas de las entrevistas

Estas fichas se realizaron para cada una de las entrevistas, pero debido a su amplitud, sólo se presentara una muestra de tres fichas realizadas con el resumen del contenido de las entrevistas.

No de Entrevista: 004	Fecha: 14/01/2004	Nombre: Laura	Edad: 32
Escolaridad: Técnica	Estado civil: Soltera	Ocupación actual: No trabaja	
No de Hijos: 01	Servicio médico: IMSS	Lugar de residencia: Poza Rica Veracruz (Zona Urbana)	
	Ingresos mensuales: \$1200		
Causa de la enfermedad: Deficiencia en la calidad del servicio			
<p>La señora Zaleta padece un tumor maligno en el cuello del útero. En la entrevista cuenta que vive con su hija y su madre en una casa propia, pertenece a una familia de seis hermanos, que su madre enviudó tempranamente y que sin ayuda sacó adelante a sus hijos. Su padre trabajaba en PEMEX y su madre es costurera. De su infancia manifiesta que su madre era muy estricta y que sus salidas eran muy controladas, hubo carencias económicas en su casa y por ello tuvo que salir a trabajar, después hizo una carrera técnica (secretaria) por su cuenta. Siempre fue muy independiente, parte de su sueldo lo destinaba para ayudar a su familia de manera voluntaria. Tuvo su primera relación sexual a los 18 años con un abogado y quedó embarazada a los 19 años, tiene una niña. Con él vivió por espacio de dos años en la casa de su madre, pero la relación se terminó por infidelidad de su compañero. Posteriormente tuvo otras dos parejas, el tipo de protección que utilizaba, según ella, era el DIU que lo llevo durante ocho años sin interrupción. Comenta que durante ese tiempo se hacia chequeos anuales de sangre, orina y Papanicolaou en el IMSS. La primera prueba de Papanicolaou fue a los 20 años de edad y que en esa ocasión sintió pena e incomodidad, pero que a través de los años se fue acostumbrando al examen. Su médico nunca encontró ninguna anomalía, solamente se le detectaban pequeñas infecciones que eran erradicadas con medicamentos. Sin embargo, desde hace un año empezó a sentir molestias y muchos dolores en el bajo vientre y después de practicarse la laparoscopia y la colposcopia le detectaron el Cacú. Nunca imaginó la magnitud de la enfermedad. Se le han realizado los tratamientos con quimioterapia y se le va a practicar la histerectomía, comenta que ha sido una etapa muy difícil, la acompañan su madre y su hermana. Considera que el IMSS le falló porque no le practicaron bien los exámenes, que ella no tuvo la culpa, pero hay muchas personas como ella que no son concientes de las implicaciones de esta enfermedad.</p>			

No de Entrevista: 007	Fecha: 17/01/05	Nombre: Pilar	Edad: 44
Escolaridad: 3° Primaria	Estado civil: Casada	Ocupación actual: Hogar	
No de Hijos: 05	Servicio médico: Ninguno	Lugar de residencia: Sta Lucia, Municipio Ocuilan	
	Ingre. mens. famil. \$1600-2000	Estado de México (rural).	
Causa de la enfermedad: Deficiencia en la calidad del servicio, infecciones			
<p>Doña Pilar Colin nació en Santa Mónica, municipio de Ortega, (Edo. de México), la tercera de siete hijos, estudio sólo hasta 3° de primaria porque no le gustaba estudiar, luego se dedicó a ayudarlo a su mamá en las ventas ambulantes de (tortillas, nopales, etc.) aunque no le gustaba. En su adolescencia no le gustaba ir a bailes, tampoco tenía amigas o amigos, se la pasaba en casa. Cuando cumplió los 18 años de edad, conoció a su esposo y lleva 27 años de casada. Actualmente su esposo trabaja de jornalero, tiene 52 años y estudio sólo la primaria. Comenta que antes del matrimonio nunca tuvo relaciones sexuales, pero que la primera vez con su esposo fue violenta, éste la tomó por la fuerza y la maltrataba física y psicológicamente porque no tuvo sangrado. Nunca reveló a nadie esta situación, a pesar de que su marido la sigue agrediendo por diversas circunstancias. Cuenta que con sus tres primeros hijos no hubo planificación, razón por la cual fueron muy seguidos, pero no planificaba porque para ese momento vivían con la suegra y entre ella y su marido le impedían salir de la casa o acudir al médico. Durante los ocho años que vivieron con ella era tan fuerte el dominio de la suegra que no le permitía vacunar a sus hijos porque según ésta, una vez una de sus nietas tenía gripe y fue vacunada, la niña murió después y la señora decía que por la vacuna se había muerto; doña Pilar vacunaba a sus hijos a escondidas. Cuenta además que por esa época su esposo entregaba el gasto a su madre y era ella quien se ocupaba de comprar los alimentos. Si ella quería salir, le debía pedir permiso a su esposo porque éste era muy celoso y generalmente le negaba la salida incluso para ver a sus padres. Luego de tener sus tres primeros hijos, comenzó a planificar con pastillas que le recomendó una vecina, pero tuvo que suspenderlas porque le ocasionaron menstruaciones irregulares. Su esposo sabía de esto porque le decía que si se embarazaba era problema de ella, pero nunca le acompañó al médico. Luego del cuarto embarazo tuvo un aborto por un exceso de fuerza. Una señora le sugirió la ligadura, su esposo estuvo de acuerdo, pero tuvo que asistir sola a la clínica de Atizapan, a escondidas de su suegra; allí le pusieron el DIU porque la ligadura debía ser con el consentimiento del esposo. Estuvo asistiendo anualmente a chequeos médicos del dispositivo durante cuatro años y luego se lo cambiaron; posteriormente cuándo estuvo trabajando como vendedora ambulante, tuvo que retirárselo a raíz de que su esposo empezó a desconfiar de ella y le exigió que tuvieran otro hijo, aunque ella no quería, tuvo que aceptarlo, él insistió. Luego de ese embarazo se vio en la misma situación, ya que su esposo “se fue al otro lado” y le pidió que se lo quitara definitivamente, para ese entonces tenía 39 años.</p> <p>Con el Programa de Oportunidades comenzó a asistir a pláticas donde le informaron sobre el <i>virus del papiloma humano</i> y empezó a realizarse las pruebas de Papanicolaou anualmente, comenta que al comienzo le daba pena pero después se acostumbró al examen. Cuando el detectaron el virus se dirigió a otro ginecólogo para confirmar los resultados y posteriormente sus hijos la llevaron a Cancerología en Tres Marías, pero su marido nunca la acompañó ni la apoya. Comenta que nunca sintió ninguna anomalía, sólo presentaba flujos amarillos y que en los exámenes nunca le dijeron nada. Tiene muchos temores y creencias acerca de la operación y de saber que perderá su matriz. También considera que su esposo le fue infiel en varias ocasiones, incluso cree que tenía encuentros con prostitutas.</p>			

No de Entrevista: 009	Fecha: 18/01/05	Nombre: Guadalupe	Edad: 37
Escolaridad: 3° Primaria	Estado civil: separada	Ocupación actual: trabaja	
No de Hijos: 04	Servicio médico: Ninguno	Lugar de residencia: México D. F. (urbano)	
	Ingre. mens. Famil. \$1000		
Causa de la enfermedad: Deficiencia en la calidad del servicio			
<p>Doña Guadalupe comenta que nació en el D. F., en su niñez vivió con sus padres y siete hermanos, su padre era velador y su madre se dedicó al hogar hasta que el padre comenzó a embriagarse y la abandonó, entonces se empleó en casas de familia. Cuenta que estudió hasta 3° de primaria porque su mamá les pidió a ella y a sus hermanos que trabajaran. A la edad de siete años se fue a vivir y a trabajar con una señora en los oficios domésticos, esta señora la llevo a la escuela donde aprendió a leer y escribir, le compraba ropa y le daba de comer. Allí ganaba 300 pesos al mes que su madre cobraba para mantener la casa. A la edad de 12 años tuvo que dejar de vivir con la señora que la protegía porque uno de los hijos la acosaba sexualmente. En adelante se empleó como doméstica en casas de familia, donde tuvo que soportar malos tratos y encierros. A los 15 años se fue a vivir con su primer novio a casa de la suegra. El compañero era bebedor y la celaba a todo momento, le prohibió trabajar y entre éste y la suegra la maltrataban, dice que tuvo que soportar muchas cosas por sus tres hijos, que debió aguantar esta situación de la misma forma como lo hizo su madre en el hogar. Como el dinero que le daba su esposo no alcanzaba, cuenta que decidió vender dulces y frutas al lado de la casa, pero las cosas fueron muy difíciles porque sus suegros intervenían todo el tiempo en su relación de pareja. A los 24 años de edad le pidieron que se fuera y ella decidió dejar esa casa y salir con sus hijos. En cuanto a planificación familiar, cuenta que a sugerencia de un médico amigo utilizó pastillas para planificar, pero debido al malestar que le producían, las dejó. Después del tercer embarazo, deseaba operarse, pero por la edad no se lo permitieron en el centro de salud, desde ese momento comenzó a utilizar el DIU y asistía cada año al chequeo y a las pruebas de Papanicolaou. Señala que nunca le informaron de alguna anomalía, pero que a los 32 años empezó a sentir muchos dolores, debilidad y pérdida de peso, una médica le retiró el dispositivo para que regulara su menstruación, pero le sobrevinieron una serie de hemorragias y fue cuando le informaron que tenía un cáncer en estado avanzado. En ese momento se dio cuenta, además, que tenía tres meses de embarazo y los médicos tuvieron que esperar a que diera a luz para retirarle la matriz y eliminar el cáncer. En ese lapso de tiempo advierte que la atención en el Centro de Salud fue deficiente y que los médicos fueron poco sensibles frente a su problemática. Comenta que ese momento fue muy difícil para ella debido a la delicada situación de salud en la que se encontraba, comenzó el tratamiento de quimioterapia y continuaban las hemorragias semanales al punto que tuvo varios paros cardíacos. En ese momento su hijo recién nacido estuvo al cuidado de su cuñada pues el padre se dedicó a las drogas y se desentendió de la familia. Fue una situación tan cruda que en las circunstancias en que se hallaba debió salir a buscar a sus hijos y evitar que su esposo le robara las pocas cosas le quedaban. Posteriormente fue ayudada por una vecina a ubicarse en otra vivienda y salir a trabajar en el comercio informal; para ese momento sus hijos mayores tenían entre 16 y 17 años, su hija estaba embarazada y su hijo terminó en la drogadicción. Doña Guadalupe tuvo una nueva recaída y fue internada para practicarse unas diálisis en el riñón; entre sus hijos y algunas trabajadoras sociales del centro de salud, reunieron el dinero para comprar el catéter que necesitaba. En este panorama tan desolador, la entrevistada comenta que nunca tuvo apoyo de la familia en el tratamiento, ni moral ni mucho menos económico. Aunque el cáncer que presenta se encuentra controlado, le ha ocasionado daños severos en el intestino y en estas condiciones continúa trabajando para mantenerse y sin contar con algún tipo de seguro médico.</p>			

ANEXO 8. Características de las entrevistadas

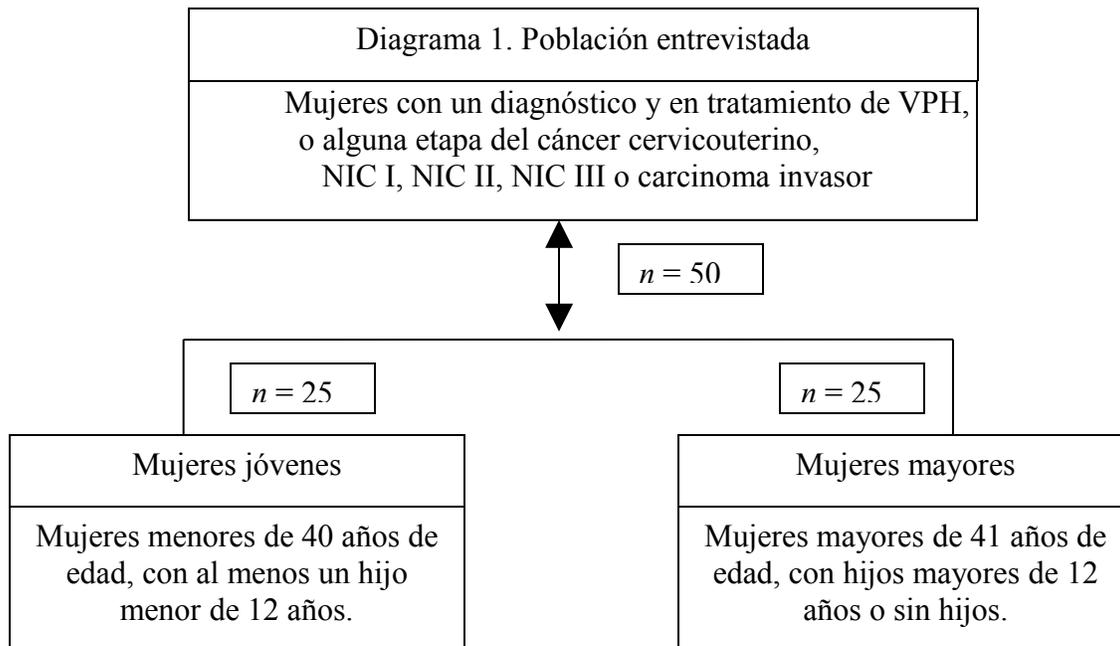
A partir de las entrevistas realizadas a 50 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que se encontraban en tratamiento en el servicio de Hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), presentamos a continuación una revisión de las características sociodemográficas de las mujeres, permitiendo establecer un contexto sobre las condiciones socioeconómicas en las que viven las entrevistadas y si estas condiciones se relacionan con la autonomía, en el cuidado y atención del cáncer cervicouterino.

Inicialmente se dividieron las mujeres entrevistadas en dos grupos para su posterior análisis y comparación, estos dos grupos son: Mujeres Jóvenes (20 a 40 años) y Mujeres Mayores (41 en adelante)

El grupo de *Mujeres Jóvenes* conformado por menores de 40 años de edad, unidas o alguna vez unidas, las cuales desde una perspectiva de género se pueden considerar como insertas en relaciones de pareja basadas en el control y la dominación masculina. Relaciones en las cuales se limitan las capacidades de construcción de la autonomía, la toma de decisiones y el cuidado de su cuerpo. Otra característica importante en este grupo es que tenían hijos menores de 12 años de edad, lo que representaba una responsabilidad de la madre en cuanto a su educación, alimentación o vestido, generando una preocupación de las mujeres hacia el bienestar de su familia incluso, en muchos casos, en detrimento de su propia salud.

El grupo de las *Mujeres Mayores* se conformó con las de 41 años de edad en adelante, unidas o alguna vez unidas, la mayoría con hijos mayores de 12 años de edad, y otras sin hijos. Cabe anotar que este grupo podría presentar una mayor duración en sus uniones conyugales; relaciones en las cuales por el tiempo de unión no se manifestaba demasiado el control por parte de sus parejas, y sus hijos ya no representan una gran responsabilidad para ellas; por el contrario, eran un apoyo tanto económico como moral. Esto posibilitaba, de alguna manera, que tuvieran una mayor autonomía, libertad de movimiento, toma de decisiones y un mayor cuidado de su salud.

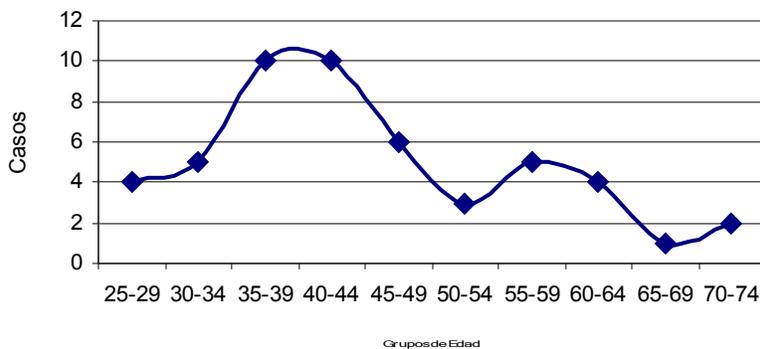
Se realizó una revisión de las características sociodemográficas de las mujeres, permitiendo comparar sus condiciones de acuerdo con el grupo de pertenencia. El diagrama 1 sintetiza la información anterior:



Estructura por edad

El cáncer cervicouterino por ser una enfermedad desarrollada a partir de la transmisión sexual del virus del papiloma humano se puede presentar en las mujeres después de la primera relación sexual; en México se ha detectado en una edad promedio de 17.5 años.⁶ Sin embargo, se considera como grupo de riesgo principal a las mujeres entre los 25 y los 64 años de edad.

Gráfica 1. Estructura por edad de las entrevistadas con cáncer cervicouterino



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

⁶ Según la ENSAR2003.

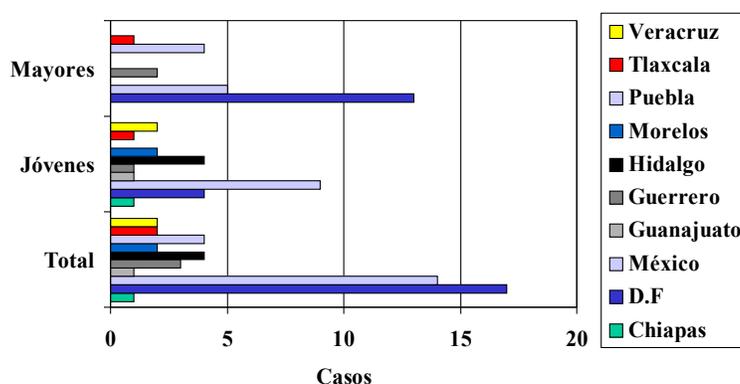
Las entrevistadas en el estudio oscilaron entre los 25 y 73 años de edad, con una edad media de 45 años y con una mediana y una moda de 44 años. Las edades donde hay una mayor proporción de mujeres en tratamiento se encontraron entre los 35 y 49 años, prácticamente en las edades finales de su etapa reproductiva (Ver Gráfica 1).

Entidad de residencia

Las mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, no tienen ninguna afiliación a un seguro de salud y proceden de diferentes lugares del país, además del DF., por ser un Instituto de carácter nacional. Las entrevistadas provenían de 10 estados, principalmente de las regiones centro y sur del país (gráfica 2).

El grupo de Mujeres Jóvenes proviene de nueve estados del país, principalmente del Estado de México y de estados de la región centro y sur del país. De cierta manera, esto muestra la concentración de los servicios especializados para la atención del cáncer cervicouterino en el Distrito Federal y la baja cobertura de atención y capacidad resolutive respecto al cáncer cervicouterino en algunos estados; además, señala la necesidad de movilidad de las mujeres jóvenes en busca de atención especializada para su enfermedad. Contrario a las mujeres mayores, las cuales sólo proceden de cinco estados aledaños al DF en la región centro, esto sugiere que las mayores presentan más limitaciones a la hora de movilizarse en busca de atención especializada, limitaciones que pueden ser de orden económico, físico y de salud o por las escasas redes familiares que le puedan brindar apoyo para su movilización y posterior atención en la capital del país.

Gráfica 2. Entidad de residencia de las mujeres, con cáncer cervicouterino, entrevistadas

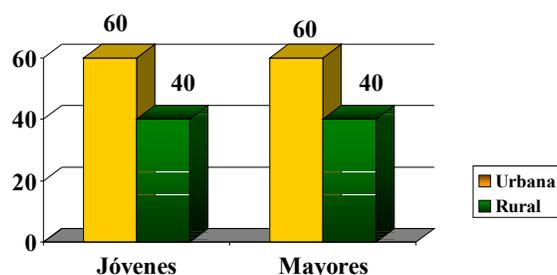


Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino En el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

Área de residencia

El área de residencia para el análisis se dividió en urbana y rural, y aunque se observó que algunas mujeres no definen claramente esto se les explicó homologando a si vive en la ciudad o en el campo, división mejor comprendida por las mujeres. De esta manera, la distribución de las entrevistadas según el área de residencia fue similar en ambos grupos, procediendo 60% de área urbana y 40% de área rural (gráfica 3).

Gráfica 3. Área de residencia de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas

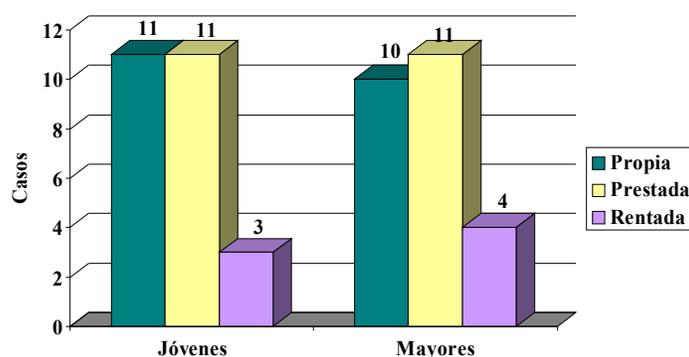


Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

Condiciones de vivienda

Las mujeres que asisten al INCAN son principalmente de bajos recursos económicos; sin embargo, 44% de las entrevistadas afirmaron habitar en casa propia, 43% en casa prestada, y tan sólo 13% de ellas pagaban renta. Una posible explicación puede ser que debido a su condición económica no tendrían con que pagar una renta y por lo mismo suelen establecer arreglos familiares en los cuales comparten la vivienda. Además, en algunos casos, refirieron que la casa de su propiedad era una “choza” o “campamento”.

Por su parte, las jóvenes tienen un mayor apoyo en cuanto a vivir en vivienda prestada (44%) respecto a las mayores (40%). La vivienda prestada en muchos casos es de propiedad de los suegros o de sus padres, en pocos casos ésta pertenece a uno de sus hijos (gráfica 4).

Gráfica 4. Condición de la vivienda de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas

Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

El tamaño promedio de los hogares en donde viven las entrevistadas oscila entre 4.5 y 4.8 personas por familia. Las jóvenes se ven insertas en hogares más grandes, con un promedio de 5.4 personas, ya que generalmente al comienzo de la relación empiezan conviviendo con los suegros o con sus padres y que viven con todos sus hijos adolescentes o solteros. El número de personas en los hogares de las mayores es de 4.2 en promedio, esto se debe principalmente a la búsqueda de independencia de los suegros en su propia vivienda y a la salida de los hijos mayores o casados del hogar. Sin embargo, en estos hogares existe la presencia de hijas jóvenes o separadas con los nietos que regresan a la casa materna.

Población Indígena

Las mujeres indígenas en la muestra seleccionada fueron identificadas a partir de la pregunta sobre si habla una lengua indígena. Así, dentro de las entrevistadas se encontraron tres que hablaban una lengua indígena además del español. Del total de entrevistadas 22% afirmó que aunque ellas sólo hablaban el español, su familia, padres, esposo o abuela hablan una lengua indígena, y así, de alguna manera se establecía una procedencia de una comunidad indígena.

Seguridad social

Las mujeres que asisten al Instituto Nacional de Cancerología generalmente no tienen ninguna afiliación a una institución de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE. El INCAN atiende prioritariamente a población abierta a cargo de la Secretaría de Salud. En este sentido, la mayoría

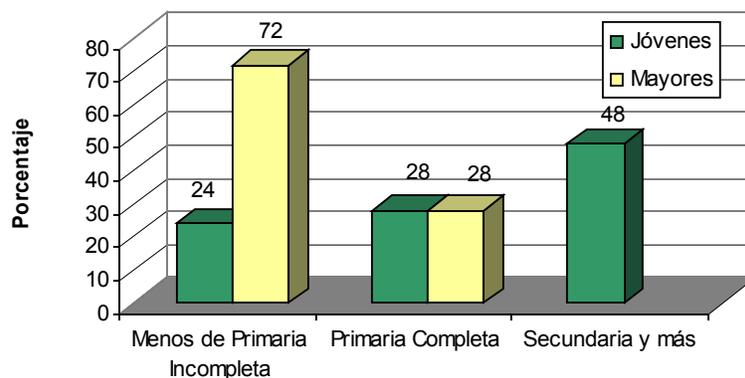
de las entrevistadas (49) no tenían ningún seguro de salud, sólo una manifestó ser derechohabiente del IMSS, pero debido a una mala experiencia acerca de su atención, decidió continuar con su etapa de diagnóstico en un servicio de salud particular, el cual la remitió a tratamiento en el INCAN.

Escolaridad

La escolaridad de las entrevistadas es relativamente baja dado que el promedio se encuentra en 4to de primaria. Aquí se observa una diferencia más marcada entre los dos grupos de mujeres, ya que las jóvenes presentaron un mayor nivel escolar, 48% afirmó haber cursado hasta la secundaria y un año de preparatoria, mientras que 72% de las mayores señaló poseer la primaria incompleta, 28% primaria completa y hubo cuatro casos sin ningún nivel de escolaridad. La diferencia del nivel de escolaridad entre estas dos generaciones puede ser un reflejo del cambio en el acceso de las mujeres a la educación que se ha dado en los últimos años en México.

Es importante tener en cuenta que el nivel de escolaridad influye en el acceso a la información que tienen las personas sobre enfermedades, autocuidado e incluso en la socialización de los problemas de salud, así como en el manejo de su sexualidad, contribuyendo a disminuir o aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad como, por ejemplo, el cáncer cervicouterino.

Gráfica 5. Escolaridad de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas

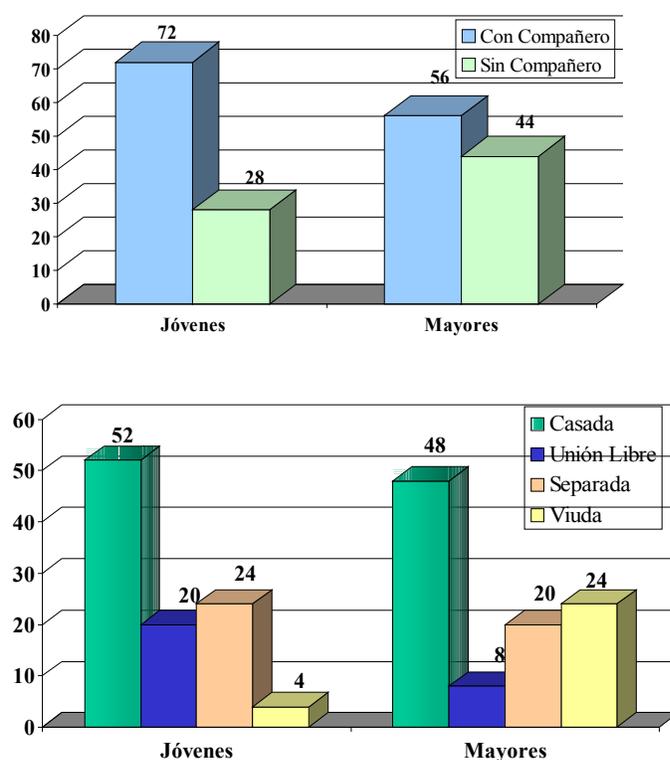


Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

Estado conyugal

El 50% de las entrevistadas mayores de 25 años de edad afirmaron estar casadas, por el civil, matrimonio católico o por ambos; el 20% de las jóvenes manifestó que vivían en unión libre y tan sólo 8% del grupo de las mayores se encontraban en unión libre. Llama la atención que en las historias de vida de estas últimas se observa que su relación también pudo haber comenzado como una unión libre y en el transcurso del tiempo haber consolidado la unión con el matrimonio.

Gráfica 6. Estado conyugal de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

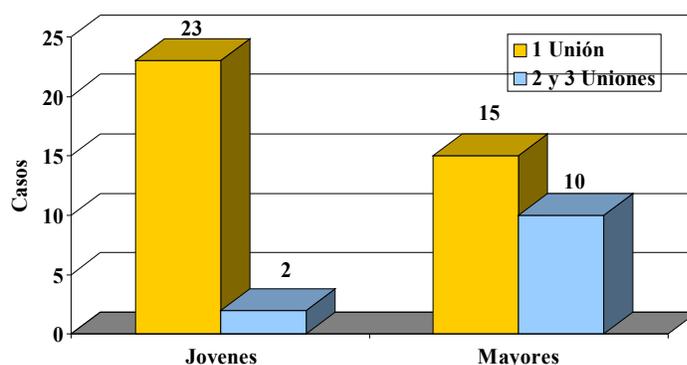
En cuanto a las jóvenes que no tenían un compañero permanente, predominaron las que se encontraban separadas (24%); mientras que en el grupo de las mayores predominaron las viudas (24%) y las separadas (20%).

En general, las jóvenes entrevistadas se encontraban principalmente con un compañero (72%), mientras que en las mayores este porcentaje fue menor (56%). Para nuestra investigación

el estado conyugal constituyó una de las categorías más importantes en el análisis desde una perspectiva de género, ya que es una variable que nos aporta aspectos sobre la convivencia en la pareja, la sexualidad y la manera como afecta la autonomía de las mujeres y su autocuidado.

Las entrevistadas manifestaron haber tenido entre una y tres uniones máximo, y el mismo número de compañeros sexuales en su vida, lo que confirma que el cáncer cervicouterino como una enfermedad desarrollada a partir de una infección de transmisión sexual, no necesariamente se basa en múltiples compañeros sexuales como factor de riesgo, sino más bien en la falta de prevención y control de su sexualidad.

Gráfica 7. Número de uniones de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005.

De acuerdo con las entrevistadas, las jóvenes en su gran mayoría (92%) habían tenido una sola unión; una de ellas manifestó haber tenido dos uniones, y otra, tres. Respecto a las mayores, en una menor proporción quizás por la edad (mayor tiempo vivido), 56% afirmó haber tenido una sola unión y 44% entre dos y tres. Estas mujeres con más de una unión en la vida consideraron haber “fracasado” a temprana edad; sin embargo, la segunda unión la consideraron como una relación más estable; en pocos casos, se dio una tercera unión estable.

La primera unión de las entrevistadas se da entre los 14 y los 34 años de edad, con una edad promedio de 18 años. Las jóvenes tuvieron su primera unión entre los 14 y 27 años, con una media de 18 años, mientras que las mayores tuvieron su primera unión entre los 14 y los 34 años, con una edad promedio de 19 años. Se observa una temprana unión en los dos grupos y sin mayores cambios en las dos generaciones en cuanto a la edad de la primera unión. Asimismo, la

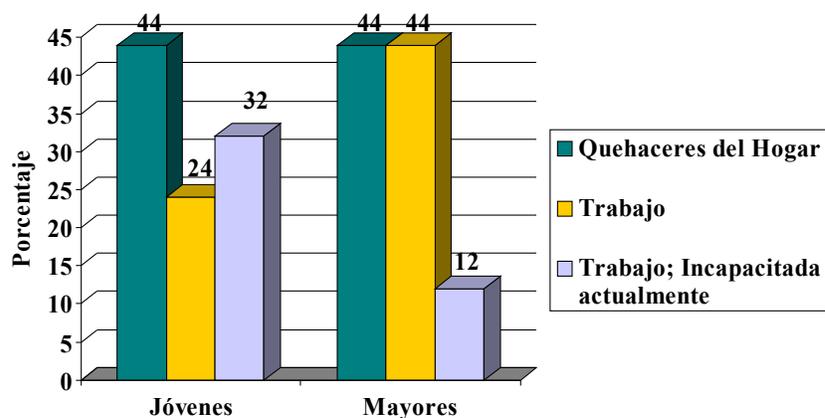
segunda y tercera unión se da igualmente desde temprana edad, entre los 18 y 40 años, con una media de 24 años.

Actividad u ocupación

La actividad de las entrevistadas está asociada a su estado conyugal, y para su estudio la dividimos en tres: Las dedicadas a los quehaceres del hogar, 44% en ambos grupos, generalmente son casadas o viudas que dependen de los hijos mayores.

Las que en el momento de la entrevista trabajaban eran 24% de las jóvenes y 44% de las mayores. Esta diferencia en parte se explica por el estado conyugal, ya que una buena parte de las mayores, 44%, no tenían un compañero, generalmente eran jefas de hogar que necesariamente debían trabajar para mantener a sus hijos menores y en otros casos, con hijos mayores casados a temprana edad y con necesidades económicas y dificultades para ayudar a la madre.

Gráfica 8. Actividad de las mujeres con cáncer cervicouterino entrevistadas



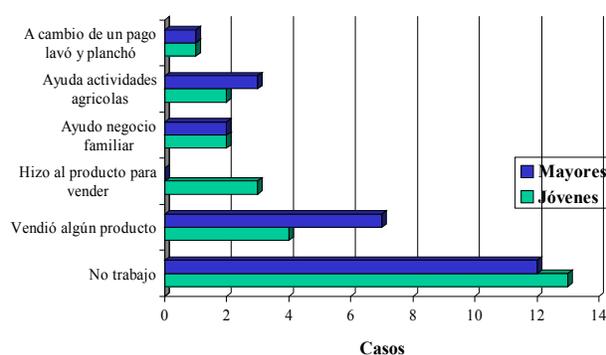
Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005

Finalmente, la tercera categoría que se encontró fue la de mujeres que estuvieron trabajando y que a raíz de la enfermedad se hallaron incapacitadas temporal o definitivamente. Teniendo en cuenta que fueron entrevistadas en el área de hospitalización, algunas de ellas manifestaron no estar trabajando en ese momento, aunque esperaban recuperarse con el tratamiento y reintegrarse al trabajo. El 32% de las jóvenes afirmó estar incapacitada para trabajar; el mayor porcentaje se explica porque antes de la enfermedad pudieron estar trabajando,

pero al contar con un apoyo económico de la pareja dejaron su trabajo sin tener mucha presión económica. Aquéllas que expresaron su deseo de continuar trabajando se preocupaban más por una subsistencia que por dejar un patrimonio para sus hijos. En el caso de las mayores incapacitadas (12%) y sin pareja conyugal se observó una mayor presión económica por continuar trabajando para mantener a su familia, así como para pagar su tratamiento.

A grandes rasgos se observa que el cáncer cervicouterino, tanto en las primeras etapas de su desarrollo, como en su tratamiento, no les implica una incapacidad total. Por ejemplo, algunas expresaron que los momentos más difíciles son la histerectomía, la radioterapia y la quimioterapia, así como el proceso de recuperación de estas terapias. Es incapacidad definitiva en los casos en los cuales el tratamiento del cáncer genera efectos colaterales o ya se encuentra en un estado de avance significativo. Algunas de las actividades a las que se dedicaban fueron las siguientes: en el grupo de las mayores, vender algún producto 28% y ayudar en las actividades agrícolas 12%. Las jóvenes se dedicaron a la venta de un producto 16% y preparar un producto para vender 12%. En general, prefieren las actividades que de alguna forma pudieran hacer en casa, en algunos casos inducidas por sus compañeros o ante la imposibilidad de dejar a sus hijos menores solos.

Gráfica 9. Número de uniones de las entrevistadas con cáncer cervicouterino



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005

Ingresos

Los ingresos que las mujeres recibían por estas labores oscilan entre los 40 y los 6000 pesos al mes, sin incluir algunas mujeres que no reciben pago por su trabajo. Las mujeres jóvenes percibían entre 240 y 6000 pesos al mes con un promedio de 1470 pesos y una mediana de 700

pesos mensuales, similar al ingreso de las mujeres mayores que era entre 40 y 4500 pesos, con un promedio de ingresos de 1445 y una mediana de 1570 pesos al mes. Como podemos observar, son mujeres de bajos ingresos, que en promedio reciben entre uno y dos salarios mínimos, a veces como único ingreso del hogar o en algunas ocasiones como una entrada complementaria; sin embargo, constituye un ingreso muy bajo para mantener a la familia, además de asumir los costos del tratamiento para su enfermedad.

3.2.9.1. Perfil sociodemográfico de los compañeros o esposos

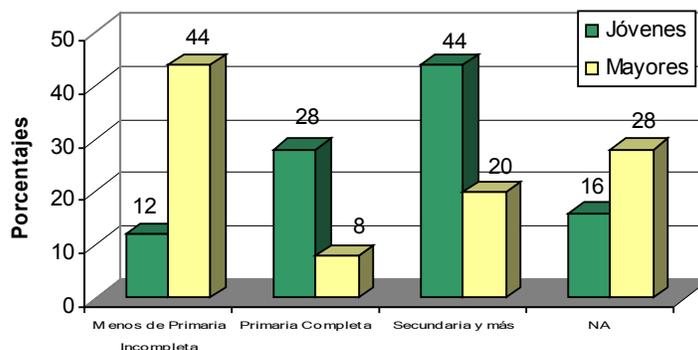
Estructura por Edad

Las parejas de las entrevistadas tienen una edad promedio de 47 años, con una edad mínima de 31 años y una máxima de 82 años y son en promedio alrededor de 3 años mayores que ellas. Los compañeros o esposos de las mujeres jóvenes oscilan entre los 31 y 52 años con una media de 39 años de edad, mientras que los de las mujeres mayores oscilan entre los 42 y los 82 años, con una media de 58 años.

Educación

La escolaridad del esposo puede influir en factores como un mejor ingreso en la familia ó posiblemente un mejor trato hacia su mujer, generando relaciones de género más equitativas en la familia.

Gráfica 10. Escolaridad de las parejas de las entrevistadas con cáncer cervicouterino



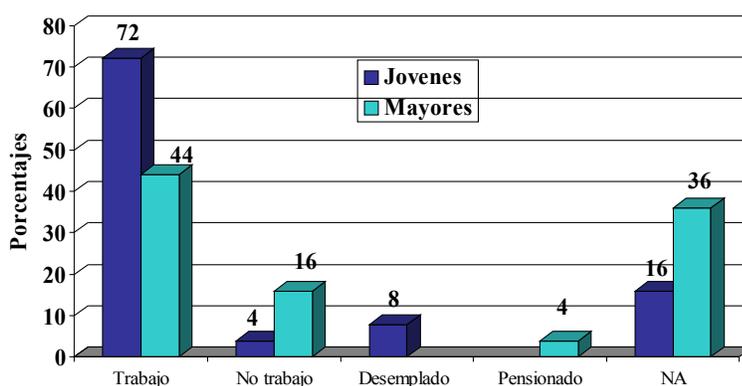
Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005

Las parejas de las entrevistadas tienen en general un mejor nivel de educación que ellas, con un promedio de primer año de secundaria. En el caso de las mujeres mayores, sus esposos presentan un mayor nivel de escolaridad predominando un 44% con secundaria y superior, mientras que las parejas de las mujeres mayores predomina un nivel educativo inferior el 44% con primaria incompleta o sin estudios. Cuando el compañero o esposo no se encontraba presente a la hora de la entrevista, algunas mujeres no informaron sobre la escolaridad por desconocimiento por lo cual se clasificó como NA (No Aplica), el promedio fue de (28%) en mujeres mayores respecto a las mujeres jóvenes con el (16%).

Actividad laboral

El hecho de que el compañero o esposo trabajara, de alguna manera contribuía estabilizar las condiciones económicas de las entrevistadas, ya que les permitía tener más posibilidades para atender su problema de salud y mantener el tratamiento.

Gráfica 11. Actividad laboral de las parejas de las entrevistadas con cáncer cervicouterino



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005

Como podemos observar, en el (72%) de los casos ellos trabajaban, el 8% estaba desempleado, el 4% no tenía ninguna actividad remunerada y de 16% restante no se tuvo información. En el grupo de esposos de las mujeres mayores la proporción de parejas que

trabajaban era menor (44%), y un 16% no trabajaba. Esto se puede asociar a la edad, pues se encontró un 4% que estaba pensionado, y el 36% no dio información al respecto.

Ingresos

De los compañeros o esposo que reciben ingresos por su trabajo, de acuerdo con lo que manifestaron las entrevistadas, los ingresos oscilaban entre 100 y 9000 pesos, con una media de 2600 pesos, alrededor de dos salarios mínimos al mes. Aunque es relativamente bajo para sostener un hogar, es un ingreso mayor al que perciben ellas. Los ingresos de las parejas del grupo de las jóvenes, son mayores con una media de 3100 pesos al mes, oscilando entre los 1500 y 6000 pesos mensuales. Mientras que los esposos o compañeros del grupo de las mujeres mayores son más dispersos oscilando entre los 100 y los 9000 pesos, pero con una media menor de 1900 pesos al mes.

Ingresos de la familia

En general, sumando los ingresos del hogar que perciben las entrevistadas y sus parejas, el ingreso de estos hogares es de un promedio de 2600 pesos al mes, con un rango entre los 70 y los 9000 pesos al mes. Como se observa, los ingresos en los hogares de las mujeres jóvenes tienden a ser levemente mayores, con un ingreso promedio de 2700 pesos al mes, oscilando entre los 500 y 10,000 pesos al mes. Mientras que los ingresos en los hogares del grupo de las mujeres mayores tienen un promedio de 2500 pesos al mes, y con un rango entre 70 y 9000 pesos mensuales.

3.2.9.2. Perfil Sociodemográfico de los hijos

Número de Hijos

Como señalamos anteriormente, las entrevistadas con cáncer cervicouterino, se caracterizan por percibir ingresos bajos, con escaso nivel de escolaridad, y con una alta natalidad con un promedio de 3.5 hijos. Se encontraron 3 mujeres sin hijos, mientras que otras tuvieron 9 hijos en total. Al respecto existen también diferencias entre los dos grupos; por ejemplo, las Mujeres Jóvenes tienen una menor fecundidad, 3 hijos en promedio, mientras las mujeres mayores tienen 4 hijos en promedio

Además de los nacimientos, se registró un número relativamente alto de abortos sobre los cuales las entrevistadas expresaron haber sido espontáneos. En el grupo de mujeres jóvenes, 6 refirieron haber tenido un aborto, y una presentó 2. Con relación a las mujeres mayores, 4 de ellas afirmaron haber tenido un aborto, una del grupo dijo que tuvo 2 abortos y otra manifestó haber tenido cuatro abortos.

Edades de los hijos

La edad de los hijos es importante en este estudio ya que permite identificar el grado de responsabilidad que la madre tiene aún sobre ellos o si pueden constituir un apoyo para ellas, bien sea económico o de acompañamiento, principalmente respecto a la atención del cáncer cervicouterino.

De esta forma se advierte que las mujeres jóvenes tienen un hijo menor entre 1 y 18 años con una edad promedio de 10 años; y un hijo mayor entre 8 y 26 años con una edad promedio de 17 años; y como ya vimos, con una media aproximada de 3 hijos por mujer. No obstante, sólo un promedio de 2.5 hijos vivían al momento de la entrevista, sugiriendo la salida del hogar de alguno de ellos posiblemente por matrimonio o por trabajo. En cuanto a los hijos que permanecían en el hogar 1.6 hijos en promedio continuaban estudiando.

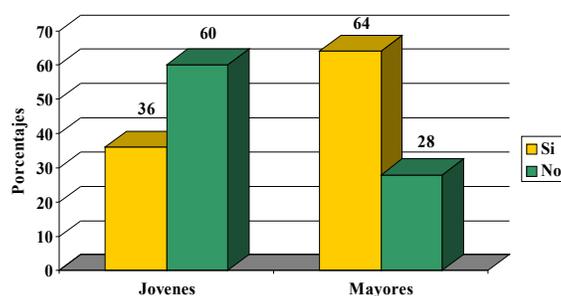
Por otra parte, el grupo de mujeres mayores en promedio tienen un hijo menor entre los 11 y los 45 años, con una edad promedio de 22 años y un hijo mayor entre los 18 y los 54 años, con una edad promedio de 33 años. Las mujeres mayores sólo conviven con 1.7 hijos en promedio, de los 4 hijos que tiene cada mujer y de los que permanecen en el hogar, un número reducido 0.5 hijos en promedio, continuaban estudiando. A pesar de que los hijos sean mayores de edad, parece claro que las mujeres continúan asumiendo responsabilidad hacia ellos, no solo de atención, sino en algunos casos, también económica.

Apoyo de los hijos

Un eje importante de análisis es ver cómo los hijos se pueden convertir en un apoyo para las mujeres con cáncer cervicouterino, así encontramos que en el grupo de las mujeres jóvenes el 36% consideró tener un apoyo de sus hijos, el cual es alto considerando que en muchos casos no alcanzaban los 18 años, mientras en el grupo de las mayores este apoyo es superior con un 64% de mujeres que reciben un recurso de parte de sus hijos.

Cuando a las entrevistadas se les preguntó si recibían algún tipo de ayuda de parte de sus hijos bien fuera: económica, para sus labores, acompañamiento o cuidados, las mujeres valoraron más la ayuda económica y los cuidados respecto a la compañía o la ayuda en las labores domésticas. Así 12% de las mujeres jóvenes recibieron ayuda con cuidados y el 24% con ayuda económica; mientras que 12% de las mujeres mayores recibieron ayuda en acompañamiento y cuidados, pero la ayuda económica fue mayor, pues el 52% de ellas la recibió.

Gráfica 12. Apoyo de los hijos de las parejas de las entrevistadas con cáncer cervicouterino



Fuente: Estudio cualitativo de entrevistas a profundidad a mujeres con cáncer cervicouterino en el servicio de hospitalización del INCAN, 2005

3.2.9.3. Otros apoyos

Familiares

Se quiso igualmente establecer si existen otro tipo de apoyos para las mujeres enfermas de cáncer cervicouterino, y entre ellos se encontró la ayuda familiar. En las mujeres jóvenes el 44% expresó recibir un apoyo familiar de parte de una gran variedad de familiares como padres, suegros(a), hermanos(as), tíos(as), cuñados(as), familiares en general y hasta vecinos o amigos. El 24% con acompañamiento y cuidados, y el 20% recibían ayuda económica

En el caso del grupo de las mujeres mayores, solo el 28% expresó recibir una ayuda familiar, de la madre, hermanos(as) y sobrinos, reduciéndose el número de familiares o personas más allegadas; 16% recibió apoyo económico y el 8% acompañamiento y cuidados que fueron complementados con los de los hijos o el esposo.

Programas gubernamentales de asistencia en salud

Respecto a los programas dedicados a ayudar a las mujeres en materia de salud y con recursos económicos, se encontraron 10 mujeres que recibían apoyo de algún programa. En el grupo de las mujeres jóvenes, una de ellas recibía la ayuda del Programa “Madre soltera” del D F; dos de ellas estaban participando en el Programa “Oportunidades” de la Secretaría de Desarrollo Social y otras dos recibían la ayuda de “Procampo” de la Secretaría de Agricultura, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación Por su parte, en el grupo de las mujeres mayores una de ellas contaba con el apoyo de “Oportunidades”, tres recibían la ayuda de “Procampo” y una de ellas tenía el apoyo del Programa de “Apoyos Monetarios a los Adultos Mayores del D. F.”. Estos programas representan, sin lugar a dudas, una gran ayuda para mejorar las condiciones económicas y de salud de las mujeres.

Bibliografía

- Academia Mexicana de los Derechos Humanos (2000). Los derechos de la mujer en la legislación nacional. Agosto: 77.
- Acosta-Lorente M (2006). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona, España: Editorial Crítica.
- Alliance for Cervical Cancer Prevention ACCP (2007) Prevención del cáncer cervicouterino. Disponible en: http://www.alliance-cxca.org/espanol/ACCP_recs_2007_factsheet_Spanish.pdf.
- Alonso P, Lazcano EC y Hernández M (2005). Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. México, DF: Editorial Médica Panamericana. Págs. 385.
- Arillo-Santillán E, Lazcano-Ponce E, Peris M, Salazar-Martínez E, Salmerón-Castro J, Alonso De Ruíz A (2000). El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica. Sal Pub Mex; 42:34-42.
- Ariza M, Oliveira O (1999). Género y clase como ejes de inequidad: Una mirada metodológica. En: Actas del I Congreso Mexicano de Ciencias Sociales, COMECOSO, 19 al 23 de abril de 1999; México, D F.
- Barbieri T (1992). *Las mujeres y la crisis en América Latina*. Lima: Editorial Saywa.
- Barret M (1980). *Women's oppression today*. Londres: Editorial Verso.
- Batliwala S (2000). El significado del empoderamiento de las mujeres, nuevos conceptos desde la acción En: León M (compiladora) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogota, Colombia: Editores Tercer Mundo: 187 - 212.
- Benedit JL, Anderson GH, Maticic JP (1992). A comprehensive program for cervical cancer detection and management. AM J Obstet Gynecol;166:1254-1259.
- Bingham A, Bishop A, et al (2003). *Factor affecting utilization of cervicouterino cancer prevention services in low-resource settings*. USA: Program for Appropriate Technology in Health.
- Blumer H (1982). *El Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Editorial Punto Hora.
- Boneparth E y Stoper E (1988). *Women, power and policy: Towards the year 2000*, (Comps.) New York: Pergamon.
- Bonino-Méndez L (s/f). *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*, Disponible en: http://www.menprofeminist.org/02.info/22contri/2.05.es/2.es.masc/54es_mas.htm
- Bosch X (2008). Avanzando en la búsqueda de puntos de evaluación para los estudios de vacunación contra el HPV. En: Memorias del congreso Vacunas de GSK: Protección del cáncer cervicouterino. European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia EUROGIN: 3-4.
- Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et. al. (1995). Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. J Nat Cancer Inst. 87:796-802.

Bourdieu P (1991). *El sentido práctico*. España: Taurus Humanidades.

Cadwell *et al* (1990). Introductory thoughts on health transition. En: Cadwell J *et al.* (cords). *What we know about health transition: The cultural, social and behavioral determinants of health*. Camberra, Health Transition Center, Australian National University.

CancerNet (2007) Cáncer cervicouterino. Nacional Cancer Institute NCI. Disponible en: http://www.cancernet.nci.nih.gov/Cancer_Types/Cervical_Cancer.shtml#genetics

Cárdenas-Castillo M; Ceja-Hernández *et al.* (2003). Detección de cáncer cervicouterino en un centro de salud urbano en Jalisco. Cartel X Congreso de Investigación en Salud Pública: 5 al 7 de marzo. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.

Casique I. (2003). Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos. *Boletín Género y Salud en Cifras*. Secretaria de Salud de México; 1, (3): 13-19.

Casique I. (2003). Trabajo femenino, empoderamiento y bienestar de la familia. En: actas de la reunión Latin American Studies Association, (LASA 2003, 27 al 29 de marzo. Dallas, Texas.

Casique I. (2000). Abordando un proceso endógeno: la relación entre el trabajo extra doméstico femenino y el poder y la autonomía de las mujeres casadas dentro del hogar en México. Estudio presentado en la reunión anual de la Asociación Demográfica de los Estados Unidos de América (Marzo 23 a 25 de 2000). Los Ángeles – California: 159-188.

Castro C, Salazar G. (2001). *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora*. México, Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Castro R, Bronfman M (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión en: Figueroa JG (coord.), *La condición social de la mujer en el espacio de la salud*. México, DF: El Colegio de México: 205-238.

Castro R. (1996). En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S (Comp.). *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, DF. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano: 57-85.

Castro R (1995). The subjective experience of health and illness in Ocuilco: a case of study, en *Social, Science and Medicine*, 41, (7) Gran Bretaña: 1005-1021.

Castro R, Bronfman, M (1982). Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En: Bronfman M, Castro R (Coordinadores). *Salud, cambio social y Política. Perspectivas desde América Latina*: México, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud: 49 -64

Cazés D (1998). *La perspectiva de género: guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México, DF: Consejo Nacional de Población: 75-141.

Cervantes C, Ramos L, Saltijeral MT (2004). Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En: Torres-Falcón M (compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México, DF: El Colegio de México.

Chávez A, Uribe P, Palma Y (Coords.) (2007). La salud reproductiva en México: análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México: 227-235.

Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2000). Decreto: Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Diario Oficial de la Federación 23 de Mayo.

Connell RW (1987). *Gender and power*. Stanford, California: Stanford University Press.

Consejo Nacional de Población CONAPO (2005) México en cifras: Proyecciones de la Población de México 1970 a 2030. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>

Contraloría Social (2001). *Foro sobre cáncer cervicouterino en zonas rurales y marginadas*. México, DF: Programa Nacional de la Mujer.

Corsi J (1997). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

D'Aubeterre ME (2003). Los múltiples significados de robarse la muchacha: el robo de la novia en un pueblo de migrantes del estado de Puebla. En: Robichaux D (comp.). *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy*. México, DF: Universidad Iberoamericana: 249-264.

De Lauretis T (1987). Tecnologías de género. En: *El género en perspectiva*. Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, México DF: 231-278.

Denman C y Haro JA (2000). *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.

De Oliveira O (1998). Familia y relaciones de género en México. En: Schmukler B (coord.). *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*, México, DF: Edamex - Population Council: 23-52.

Der Aa van P (1996). Poder y autonomía. *Roles cambiantes de las mujeres del Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo No 14. Organización de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, Documento en formato PDF.

Dixon-Mueller R (1993). The Sexuality Connection in Reproductive Health, *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 5, pp. 269-281.

Dixon-Mueller R (1999). Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En: Zeidenstein S, Moore K (editoras). *Apreniendo sobre sexualidad, una manera práctica de comenzar*. New York: The Population Council, International Women Health Coalition: 157-181.

Dumont L (1975). *Introducción a dos teorías de la antropología social*. Barcelona: Editorial Anagrama.

ENSAR (2003). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

- ENSA (2000). Encuesta Nacional de Salud. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Escandón C, Benítez-Martínez MG, Navarrete-Espinoza J. Vásquez-Martínez JL, Martínez-Montañez OG, Escobedo-de la Peña J (1992). Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex*; 34 (6): 607-614.
- Fernández AM (1999). Orden simbólico. ¿Orden político?. *Revista zona erógena*, Buenos Aires.
- Flores-Luna L, Vargas-Aquino H *et al.* (2003). Supervivencia del cáncer cervicouterino en mujeres del Hospital Central Militar. Cartel X Congreso de Investigación en Salud Pública: 5 al 7 de marzo Instituto Nacional de Salud Pública, 2003, Cuernavaca, Morelos: 49.
- Foucault M (2002). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad del saber*. México, DF: Siglo XXI editores.
- Foucault M (1999). *Historia de la sexualidad. II. El uso de los placeres*. México, DF: Siglo XXI editores.
- Frederiksen H (1969). Feedbacks in economic and demographic transition. *Review Science*; 166:837-847.
- Frenk J (2000). *La salud de la población hacia una nueva salud pública*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, segunda edición.
- Frías-Mendivil M (1999). Cáncer cervicouterino en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 45:251-252.
- García B (2002). Reestructuración económica, trabajo y autonomía de la mujer en México. En: Urrutia E (Coordinadora). *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México, aportes desde diversas disciplinas*. México, DF: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México: 87-120.
- Glaser B, Strauss A (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser B (1978). Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. *Sociology Press*. Mill Valley: Calif. 164p.
- Globocan (2002). Cancer Mondial Statistical Information System. International Agency for Research on Cancer IARC. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>
- [Goldie SJ](#), [Grima D](#), [Kohli M](#), [Wright TC](#), [Weinstein M](#), [Franco E](#) (2003). A comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine. *Int J Cancer*;106(6):896-904.
- Goloubinoff M (2003). ¿Por qué se roba a la novia? Las razones de una costumbre negada pero viva. En: Robichaux D (comp.). *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy*. México, DF: Universidad Iberoamericana: 237-248.
- González-Serratos R (2004). Comparación de psicoterapia de grupo vs. psicoterapia individual entre mujeres sobrevivientes de abuso sexual y/o incesto en la infancia. En: Torres-Falcón M (compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México, DF: El Colegio de México: 271-303.

González S (2004) La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. En: Torres-Falcón M (compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México, DF: El Colegio de México.

Harper D (2008). Presentación clínica de la vacuna de GSK con coadyuvante AS04 contra el cáncer cervicouterino. En Memorias del Congreso Vacunas de GSK: Protección del cáncer cervicouterino. European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia EUROGIN: 7-8.

Hawkesworth M (1999). Confounding gender, *Debate Feminista*: 20 (10):3-40.

Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce EC, Alonso de Ruiz P, López-Carrillo L, Rojas R (1994). Evaluación del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino en la ciudad de México. Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional. *Gac Med Mex* 130:201-9.

Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, Britton RC, Gaitán E, Montalván P, García M, Rawls WE (1990). Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;109(1):6-26, jul.

Hewitt M, Devesa S, Breen N (2002). Papanicolaou tests use among reproductive-age women at high risk for cervicouterino cancer: analyses of the 1995 National Survey of Family Growth. *American Journal of Public Health*; 92 (4)

Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. (1999) Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *J National Cancer Institute*, 91(3): 252-258.

Instituto Nacional de Cancerología (2004). LXXXIII Sesión de la Junta de Gobierno. O-01/2005. Informe de auto evaluación del Instituto. Ejercicio del año 2004.

Instituto Nacional del Cáncer. España (2000). Información general sobre el cáncer de cuello uterino. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/patient>), Información del PDQ para pacientes, s. p.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática INEGI (2001). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabuladores básicos. Disponible en:

http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver3/MDXQueryDatos.asp

Jiménez-Pérez LM, Contreras-Estrada MI. (2003). Cobertura del Papanicolaou y variables asociadas. Unidades primer nivel, Guadalajara. X Congreso de Investigación en Salud Pública: 5 al 7 de marzo. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos: 51.

Juárez F, Gayet C, Sánchez MÁ, Conde C (2003). Infecciones de transmisión sexual en México: el impacto de la cultura en el uso del condón. En: Documento presentado en el Annual Meeting of the Population Association of America, Minneapolis.

Juárez F, Quilodrán J, Zavala ME (1996). De una fecundidad natural a una controlada: México 1950-1980. En: Juárez F, Quilodrán J, Zavala ME (coordinadoras), *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, DF: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano: 23-70.

Kant E (1987). *Filosofía de la Historia*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

- Lagarde M (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas M (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. En: Lamas M (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, DF: Miguel Ángel Porrúa / Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México, PUEG-UNAM: 327-366.
- Lamas M (1996). La antropología feminista y la categoría “género”. En: Lamas M (compiladora), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, DF: Miguel Ángel Porrúa / Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México, PUEG-UNAM: 97-125.
- Langer Ana (1999). Planificación familiar y salud reproductiva o planificación vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Brofman M, Castro R (coord.). *Salud, cambio social y política perspectivas desde América Latina*. México, DF: EDAMEX: 253-288.
- Langer A, Lozano R (1998). Condición de la mujer y salud. En: *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, DF: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México: 33-82.
- Lazcano-Ponce EC, Rojas-Martínez R, López-Acuña M, López-Carrillo L, Hernández-Ávila M (1993). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la ciudad de México. En: *Salud Publica Mex*; 35 (1): 65-73.
- Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ávila M, López-Carrillo L, Alonso de Ruiz P, González-Lira G, Torres-Lobatón A *et al* (1995). Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervicouterino en México. En: *Rev Invest Clín*; 47 (5): 377-385.
- Lazcano-Ponce EC, Rascón-Pacheco RA, Lozano-Ascencio R, Velasco-Mondragón HE (1996a). Mortality from cervical carcinoma in Mexico: Impact of screening, 1980 – 1990. *Acta Cytol*. May-Jun. 40 (3): 506-12.
- Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Ávila M. (1996b). Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. Diagnóstico situacional. *Inst Nac Cancerol (Mex)*; 42:123-40
- Lazcano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Alonso de Ruiz P, Buiatti E, Hernández-Ávila M. (1996c). Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México: II. Propuesta de Reorganización. *Rev Inst Nac Cancerol (Mex)* 1996; 42(3):141-158.
- Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno JA, Hernández-Ávila M (2003) Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development *Salud Publica Mex*. 45 suppl 3:S449-S462.
- Lazcano-Ponce EC, Suárez L (2007). Cáncer cervicouterino. En Chávez A, Uribe P, Palma Y (Coords.). *La salud reproductiva en México: análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México: 227-235.
- Lazcano-Ponce EC, Palacio-Mejía LS, Allen-Leigh B, Yunes-Díaz E, Alonso P, Schiavon-Ermani R, Hernández-Ávila M (2008) “Decreasing cervicouterino cancer mortality in Mexico: effect of

Papanicolaou coverage, birthrate and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 17(10):2808-2817.

León M (compiladora) (2000). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá, Colombia: Editores Tercer Mundo: 245.

Lerner M. (1973). Modernization and health: A model of the health transition. En: Trabajo presentado en la Reunión Annual de la American Public Health Association, Noviembre de 1973, San Francisco, California.

Leslie, J. (1992), "Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women", The Population Council/International Center for Research on Women (mimeografiado).

Levi-Strauss C (1967). *Las estructuras elementales del parentesco*. Argentina: Editorial Eudeba.

Margraves JL, Palmer RH, Zapka J, *et al.* (1993). Using patient reports to measure health care system performance. *Clin Perform Qual Health Care*;1:208-13.

Martín-Moreno E (1999). *Años de vida perdidos por cáncer cervicouterino ¿un problema de género?*, Tesis de Maestría en Demografía, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

Martínez C, Leal G (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*; 17, 3 (51): 547-569.

McCarthy J, Maine D (1992). A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. En: *Studies in Family Planning*; 23 (1): 23-33.

McCracken G (1988). The long interview. *Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods*, Vol. 13, CA, Sage.

Mohar A, Frías-Mendivil M, Sushil-Bernal L, Mora-Macias T, G. de la Graza J (1997) Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 253-258.

Moore B (1996). *La injusticia: las bases sociales de la obediencia y la rebelión*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

Mosley H, Chen L (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. En: *Population and Development Review*; 10 Suppl.: 25-45.

Munoz N, Franceschi S, Bosetti C, *et al.* (2002). Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*; 359(9312):1093-101.

Navarro B (1997). *Campaña en contra de la violencia hacia la mujer en México*, tesis, México, UNAM.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Omran AR (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. En: Milbank Memorial Fund Quarterly; 49: 509-538.

Organización de los Estados Americanos (OEA) (1994) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belen do Para”, 9 de Junio en Belen do Para: Brasil.

Organización de las Naciones Unidas (2005). *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Documento en formato PDF.

Organización Panamericana de la Salud (2005). La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres: su contribución en la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil

Organización Panamericana de la Salud (1992). Memorias Mujer, Salud y Autocuidado. Grupo de Trabajo OPS.

Organización Panamericana de la Salud (1991). Hoja informativa. Programa mujer salud y desarrollo. Cáncer cervicouterino. Disponible en: <http://209.85.215.104/search?q=cache:V-K7eUGvMfQJ:www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/CervicalCancerSP.doc+cancer+cervicouterino+OPS&hl=es&ct=clnk&cd=2>

Oliveira O, Ariza M, Eternod M (1996). Trabajo e inequidad de género. En: La Condición Femenina: Una Propuesta de Indicadores. Informe Final, México, SOMEDE/CONAPO.

Palacio-Mejía LS (2002). *Distribución de la mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990-2000*. Tesis de Maestría en Demografía, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte.

Palacio-Mejía, LS; Rangel-Gómez G, Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E. (2003). Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. En: Salud Publica Mex; 45, Supl. (2): S190-S200.

Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E. (2005). *Cáncer cervicouterino, una enfermedad de la pobreza: diferencias en la mortalidad por áreas urbanas y rurales en México*. En: Alonso P, Lazcano-Ponce EC y Hernández M (Coords). Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. México, DF: Editorial Médica Panamericana: 189-202.

Panesso-Arango Y (2000). Autocuidado de la salud: reflexiones desde los aportes de género. En: Primer Simposio Internacional de Salud y Género, Sociedad Cubana de Medicina Familiar, (Octubre 25 al 28 de 2000). Santiago de Cuba, Cuba.

Parker R, Aggleton P (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción*. Documentos de Trabajo No. 9. Programa de Salud reproductiva y Sociedad, México, DF: El Colegio de México.

Puentes E, Gómez-Dantés O, Martínez T (2006). Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud.

- Ravelo P (1995). Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la Salud en el Trabajo Femenino. Género y Salud Femenina: Experiencias de Investigación en México. CIESAS. VAG. INN. Salvador Zubiran. México.
- Registro Histopatológico de Neoplasias RHMN (2001) Morbilidad por cáncer cervicouterino. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud de México.
- Restrepo HE, González J, Roberts E, Litvak J (1987). Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. En: Boletín of Sanit PANM; 102: 578-592.
- Riquer F (1995). *Aspectos sociodemográficos de la población rural y urbana*. Situación de la mujer en México No. 18. México, DF: Consejo Nacional de Población: 30.
- Rubin G (1975). El tráfico de mujeres. Notas sobre la economía política del sexo. En: Lamas M (comp.): 35-96.
- Sai F, Nassim J (1989). The need for a reproductive health approach. En: *International Gynecol Obstet*, Suppl. (3): 103-113.
- Sánchez C (2003). Identidad, género y autonomía. Las mujeres indígenas en el debate. *Memoria: Revista mensual de política y cultura*, N° 174, México, DF, agosto.
- Salles V, Huirán R (1995). Familia, Género y pobreza. En: El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual, marzo/abril, México.
- Saltijeral MT, Ramos-Lira L, Caballero MA (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental, *Salud Mental*; 21, (2): 10-18.
- Schiffman M, Castle PE (2005). The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. *N Engl J Med*; 353:20.
- Schrijvers J (1985). *Mothers for life. Motherhood and marginalization in the Northern Central Province of Sri Lanka*, Delft, Eburon.
- Scott, Coltrane (1996). *Family man: Fatherhood, housework and gender equity*. New Cork: Editorial Oxford University.
- Scott J (2001). Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría postestructuralista. En: *Debate Feminista*, México, DF: IFE – UNIFEM.
- Scott J (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M (comp.): 265-302.
- Secretaría de Salud de México (2007). Bases de datos de Mortalidad 1979-2006. Bases de datos en formato de Cubo dinámico multidimensional de defunciones. Dirección General de Información en Salud. México, DF. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/#>
- Secretaría de Salud de México (2007). Datos y proyecciones con base en el Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SSA, 1990-2006. México: DF.

Secretaría de Salud de México (2006). Cobertura Efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003. México, DF: 73.

Secretaría de Salud de México (2002). Anuario Estadístico 2001. México, DF.

Secretaría de Salud de México (1994). *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria.* México, D. F: SSA.

Secretaría de Salud de México (1998). *MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.* México, Diario Oficial de la Federación. Fecha de Modificación en D.O.F: 6 de marzo de 1998; 31 mayo 2007.

Serman F (2002). Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. En: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 67 (4): 318-323.

Shanley M, Pateman C (1991). *Feminist interpretations and political theory*, (Comp.) Pennsylvania State: University Park, University Press.

Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) (2005). Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud de México. Disponible en: http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/modules/events/event_0003.html

Silverman K (1988). *The acoustic mirror*, Bloomington, Indiana: University Press.

Szasz I, Lerner S (2003). Aportes teóricos y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos. México, DF: El Colegio de México.

Szasz I (2001). *Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción: Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México.* Documentos de trabajo, Sexualidad, Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, DF: El Colegio de México.

Szasz I (1999). Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En: Brofman M, Castro R (Coord.). *Salud, cambio social y política.* México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública: 109-121.

Szasz I (1998). Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. En: Figueroa JG (Compilador). *La condición de la mujer en el espacio de la salud.* México, DF: El Colegio de México: 313-331.

Szasz I (1995). La condición social de la mujer y la salud. En: González-Montes S (comp.) *Las mujeres y la salud*, México, DF: El Colegio de México: 13-26.

Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G (2005). Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex*; 47 (5): 342-350.

Tirado-Gómez LL, Pelcastre-Villafuerte B, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M. (2003). La paciente con cáncer cervicouterino. Un estudio cualitativo de los conocimientos, prácticas y utilización de los servicios de salud. X Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 al 7 de marzo, Cuernavaca, Morelos: 57.

Torres-Falcón M (Compiladora) (2006.). *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. México: DF: El colegio de México.

Torres-Falcón M (compiladora) (2004). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México, DF: El Colegio de México.

Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velázquez O, Tapia R, Sepúlveda J. (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Vamos Mujer (2004). *Entre Nosotras: Aspectos subjetivos del trabajo con mujeres*. Medellín, Colombia.

Vargas V (1992). Autonomy, development and cooperation, *Women in development: Advancing towards autonomy; poverty and development*, La Haya, Ministry of Foreign Affairs Development Cooperation Information.

Vetterling-Braggin M (1982). “Feminity”, “Masculinity” and “Androgyny” (comp.). Totowa NJ, Littlefield A (Comp.).

Villaseñor M, Contreras M (2003). Significación social del cáncer cervicouterino en Jalisco y Colima. X Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 al 7 de marzo. Cuernavaca, Morelos: 49.

Villegas-Arrizón A, Anderson N, Vásquez-León C *et al.*(2003). Estrategias para incrementar cobertura del Papanicolaou en el estado de Guerrero. X Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 al 7 de marzo, Cuernavaca, Morelos: 48.

Vizcaíno AP (1999). *Análisis de la incidencia del carcinoma cervicouterino: un estudio de tendencias temporales en 25 países (1973-1991)* Francia: Universidad de Santiago de Compostela, Lyon.

Walby S (1986). *Patriarchy at work*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Wright T (2008) Vacunación para prevenir el cáncer cervicouterino. En Memorias del Congreso Vacunas de GSK: Protección del cáncer cervicouterino. European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia EUROGIN: 11-13.

Yllán B, Ortiz E, Hernández J (1994). *Proyecto de trabajo del centro de atención a la violencia intrafamiliar* (CAVI), Mecanograma, México, DF: Procuraduría Federal de Justicia del Distrito Federal.

Zapka JG, Puleo E, Taplin SH, Goins KV, Yood MU, Mouchawar J, Somkin C, Manos MM. (2004) Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up—the importance of communication. *Preventive Medicine*; 39:81-90.

Zapka JG, Taplin SH, Solberg LI, Manos MM. A (2003). Framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*;12(1):4-13.

Zapka J, Palmer R, Margraves J, Nerenz D, Frazier H, Warner C (1995). Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. *J Ambul Care Manage*;18:73-83.

Zolla C, Carrillo AM (1998). Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En: Figueroa JG (Compilador), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, México, DF: El Colegio de México: 167-198.

Índice de cuadros

<i>Cuadro 1. Prácticas en el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del CACU, según la ENSAR del 2003.....</i>	<i>92</i>
<i>Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres, según tiempo de utilización del Papanicolaou</i>	<i>95</i>
<i>Cuadro 3. Características de salud reproductiva de las mujeres, según utilización del Papanicolaou, ENSAR 2003. México</i>	<i>100</i>
<i>Cuadro 4. Determinantes sociodemográficos, acceso a los servicios de salud y autonomía que determinan el cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas, ENSAR de 2003.....</i>	<i>109</i>

Índice de Gráficas

Figura 1. Historia natural del cáncer cervicouterino.....	20
Figura 2. Niveles de prevención del cáncer cervicouterino	21
Gráfica 1. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cervicouterino por regiones del mundo 2002	27
Gráfica 2. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer cervicouterino por países del mundo, 2002	28
Gráfica 3. Tasas de mortalidad ajustadas de cáncer cervicouterino para la Región de América Central.	29
Gráfica 4. Casos de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990-2006	31
Gráfica 5. Tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1990-2006.....	33
Gráfica 6. Tasa bruta y estandarizada de mortalidad por cáncer cervicouterino, México, 1979-2006.....	34
Gráfica 7. Tasas de mortalidad cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años de edad, 1979-2005	35
Gráfica 8. Porcentaje de mujeres que realizaron un Papanicolaou en el último año, según varias encuestas	83
Gráfica 9. Coberturas del Papanicolaou cada tres años, 1980 – 2004. México	84
Gráfica 10. Tiempo transcurrido entre la última prueba del Papanicolaou	84
Gráfica 11. Institución donde se realizó el Papanicolaou.	86
Gráfica 12. Entrega de resultados por institución donde se realizó el Papanicolaou	87
Gráfica 13. Tiempos de entrega de resultados por institución donde se realizó el Papanicolaou	88
Gráfica 14. Prácticas de prevención mediante el uso del Papanicolaou	89
Gráfica 15. Recibió tratamiento según la ENSA 2000 y ENSAR 2003	91
Gráfica 16. Coberturas del Papanicolaou, Oportunidades Urbano 2002.	96
Gráfica 17. Aspectos que indican el poder de decisión de las mujeres en la familia	102
Gráfica 18. Aspectos analizados sobre las normas del comportamiento sexual.....	104
Gráfica 19. Aspectos analizados sobre la participación de los hombres en el cuidado y crianza de los hijos..	105
Gráfica 20. Aspectos analizados sobre la participación de la pareja en las actividades del hogar.....	106
Gráfica 21. Aspectos analizados sobre la violencia doméstica.....	107