

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

**

Editoras

Magalí Civera Cerecedo
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional
de Antropología
e Historia



Consejo Nacional
para la
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2007

Comité editorial

Xabier Lizarraga Cruchaga
Abigail Meza Peñaloza
Florencia Peña Saint Martin
José Antonio Pompa y Padilla
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

PERCEPCIONES CORPORALES Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA ZONA SUR DE CALAKMUL, CAMPECHE

Luvia del C. Padilla Rebolledo
Dolores O. Molina Rosales

El Colegio de la Frontera Sur, Unidad Campeche

RESUMEN

En este artículo se presenta parte de los resultados de una investigación sobre la percepción del cuerpo y su relación con el tratamiento del cáncer cervicouterino (CaCu). El estudio se realizó en el sur de Calakmul, Campeche, durante el periodo agosto 2002-octubre de 2004. La información se generó a partir de 37 entrevistas abiertas con parejas de diez comunidades. Se seleccionaron patologías relacionadas con el CaCu por ser un problema de importancia estatal y por tratarse de un padecimiento en el que la atención temprana aumenta la posibilidad de éxito. Los resultados indican que el tratamiento se ve afectado por la forma en que se representa socialmente a la enfermedad, lo que implica diferentes modos de padecimiento de la misma y por tanto la selección de diferentes tipos de atención.

PALABRAS CLAVE: cáncer cervicouterino, padecimiento, enfermedad, tratamiento, Calakmul.

ABSTRACT

In this article we present partial research results on the corporal perceptions and its relationship with the treatment of Cervical Cancer (CC). The research was done at the south of Calakmul, Campeche from August 2002 to October 2004. We applied open interview to 37 couples distributed in ten towns. We

selected women with cervical cancer and diseases related with C.C. Cervical Cancer is an important medical problem at state level and its early attention increase the possibility of survival. We found that the attention of CC is influenced by the disease perceptions. The women used different ways of treatment outside of direct allopathic attention like as homeopathic medicine.

KEYS WORDS: cervical cancer, illness, disease, treatment, Calakmul.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas en relación con el tratamiento del cáncer cervicouterino (CaCu) en América Latina han demostrado que dicha patología representa un problema de salud pública. Las estimaciones indican que cada año se reportan 500 000 casos nuevos de CaCu en el mundo, y que éste es responsable de 190 000 muertes anuales con un porcentaje mayor de ocurrencia en los países en desarrollo (78%). Dentro de los países latinoamericanos, México ocupa el primer lugar en mortalidad de esta enfermedad (Carrillo *et al.* 2004)

Por otro lado, si se evalúa el problema desde la detección se observa que ésta presenta anomalías debido a la mala planeación en las tomas de la prueba del papanicolaou (PAP). El Program For Appropriate Technology in Health (PATH) reportó que la mayor parte de tomas de PAP se están haciendo en mujeres donde el riesgo de que una displasia avance a estadios mayores es inferior en comparación con aquellas mayores de 35 años, en donde el riesgo aumenta y a quienes realmente se debería estar dirigiendo el programa de detección (PATH 2002, Alonso 2000, Alleyne 1996).

El panorama negativo se agudiza al considerar que los encargados de diseñar los programas de detección oportuna de CaCu tampoco toman en cuenta “barreras de tipo cultural”, que limitan el éxito de sus programas (Byrd *et al.* 2004). Para el caso de la toma de papanicolaous hay que considerar que no todas las mujeres están dispuestas a la realización de la prueba, porque implica permitir que un desconocido explore una parte de su cuerpo que no debe ser expuesta a nadie por pudor o por considerarla un espacio privado. Al respecto, Jameson (1999) analiza lo que él llama “los saberes ingenuos sobre la detección y el tratamiento”. En este estudio se encuentra que la creencia en la

naturaleza sagrada de la sexualidad humana, la ansiedad que provoca la falta de confidencialidad dentro de la comunidad, así como la asociación de la toma del PAP con la actividad sexual son una limitante clave en la detección oportuna. Otros estudios identifican que el considerar al cuerpo femenino como algo malo y pecaminoso también limita los tratamientos exitosos (Langer *et al.* 1996), así como la falta de aprobación por parte de los esposos para permitir el papanicolaou, sobre todo si quien toma la muestra es un varón (Alonso 2000).

Dentro del grupo de mujeres a quienes se les detecta alguna patología relacionada con CaCu también existen problemas pues no todas continúan con el tratamiento. Algunas experimentan desesperación por la dificultad de explicar lo relacionado con sus malestares, por el tiempo que gastan en su atención y el costo del tratamiento (Isla 2000). Aunado a esto están las limitantes que surgen en la calidad de la atención a la paciente por parte del personal de salud. En el caso de Calakmul, las mujeres no siempre conocen sus resultados debido a que el sistema público de salud sólo entrega resultados en los casos de que se presente algún tipo de patología que requiera atención médica. Los médicos, enfermeras o promotores de la zona son quienes las contactan en caso de requerir su traslado a una clínica de segundo nivel o de neoplasias. De esta manera, después de la toma del PAP ellas no siempre conocen el resultado del estudio, asumen que si no les dijeron nada es que están bien.

Por otro lado, desde la perspectiva de la paciente, no siempre se tiene la información completa del problema. Algunas reciben la atención indicada por los médicos, pero no se les proporciona información suficiente para identificar mejor su problema de salud, por lo que al ser atendidas no se sienten necesariamente satisfechas, pues su vivencia corporal y emocional de su padecimiento es diferente a lo diagnosticado clínicamente. En este artículo se presentan resultados de una investigación sobre la relación entre la percepción de la enfermedad, el conocimiento sobre los cuidados al cuerpo y la continuidad en el tratamiento de problemas relacionados con CaCu.

ANTECEDENTES

En México, como en otros países latinoamericanos, se han realizado avances en cuanto al programa de atención y detección oportuna del CaCu; sin embargo, estos programas no consideran que la percepción que se tiene de la enfermedad, del tratamiento y de la vivencia del cuerpo sea un elemento clave en la aceptación y continuidad del tratamiento clínico. En este artículo se presentan datos sobre la importancia de la percepción del cuerpo y la vivencia que las mujeres tienen del tratamiento clínico del CaCu.

El estudio de la percepción de procesos de salud-enfermedad se puede abordar desde dos corrientes teórico-metodológicas: el enfoque interpretativo o el enfoque normativo. El primero hace “hincapié en el papel que los factores sociales (cultura, sistemas cognoscitivos, estructura social, etcétera), desempeñan en la constitución de las percepciones subjetivas” (Castro 2000: 35). Desde esta postura la experiencia individual se explica en función de fuerzas sociales cercanas al sujeto. El foco de interés está en las formas particulares en que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida, de tal “manera que se transforman en experiencias significativas para ellos” (Castro 2000: 36).

Dentro del enfoque normativo se ubican cuatro tradiciones que basan sus estudios en el análisis de relaciones clave: 1) el de conducta frente a la enfermedad;¹ 2) de clase social y su impacto en las percepciones de salud y enfermedad; 3) las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, y 4) la medicalización y el patriarcado (Castro 2000).

La tradición en la que se inscribe la investigación ahora presentada corresponde a la de los estudios basados en el concepto de representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Esta postura permite analizar las concepciones que la sociedad se forma acerca de la enfermedad, lo que los enfermos interiorizan y les permite orientar sus relaciones sociales para restablecer su estado de salud o vivir dentro de su estatus de enfermos (Herzlich y Pierret 1985).

¹ En inglés: *Illness behavior*, traducido comúnmente como carrera del enfermo y se aplica particularmente en estudios sobre utilización de servicios.

De acuerdo con la literatura, las representaciones sociales son un vínculo entre lo social y lo subjetivo, hacen que lo desconocido resulte familiar, son el marco en el que nuevas expresiones se insertan para encontrar un nicho en el nuevo entorno (Jodelet 1988, Farr 1988). Moscovici plantea que al estudiar las representaciones “debemos identificar ambos elementos: aquello que es desconocido y la metáfora que se utiliza para volverlo algo más familiar. Aquello que se busca representar, y la imagen significativa que sirve para ese propósito” (Castro 2000: 66).

El análisis de las representaciones sociales también permite identificar lo que Kleinman (1978) llama narrativas del padecimiento (*illness narratives*), que corresponden a la historia que cuenta el enfermo sobre los eventos que marcaron su periodo de enfermedad y recuperación. Estas narrativas a su vez permiten reconstruir los modelos explicativos (*explanatory models*) de que disponen los individuos al hablar de sus padecimientos. Para Kleinman, “estos modelos explicativos son mapas cognitivos donde se organiza el conjunto de creencias y nociones que los individuos tienen acerca de la etiología, del origen de los síntomas, de la patología, del desarrollo de la enfermedad y del tratamiento” (Castro 2000: 116).

Para esta investigación también se consideró que la vivencia de la enfermedad se manifiesta en la experiencia inmediata sobre la atención al cuerpo, por lo que se diseñó una estrategia metodológica que permitiera analizar de qué manera los informantes habían desarrollado una historia en relación con el cuidado y atención del cuerpo (percepción corporal). Esta historia se reconstruyó mediante el análisis de los cambios puberales (crecimiento de senos, menarquia, ensanchamiento de los hombros, cambio de voz) y las formas de abordar cambios significativos en la edad adulta, tanto para hombres como para mujeres.

ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo se llevó a cabo durante los meses de junio del 2002 a febrero de 2003, en 11 comunidades que se encuentran al sur del municipio de Calakmul, Campeche. Éste colinda al norte con Champotón, Campeche; al sur con Guatemala; al este con Quintana Roo y

Belice, y al oeste con Candelaria y Escárcega, Campeche (figura 1). En el mapa se observan las unidades de atención a la salud con las que cuentan en el municipio.

Éste se seleccionó pues la población reúne las características identificadas como factores de riesgo para desarrollar con mayor probabilidad un CaCu: multiparidad, baja escolaridad, y vida sexual activa entre los 16 y 19 años (Hernández *et al.* 2000). Además de encontrarse en una zona rural, en donde la cobertura del programa de detección oportuna de CaCu puede ser menos eficiente (Alonso *et al.* 2000).²

Las comunidades en las cuales se identificaron mujeres con problemas relacionados con el CaCu fueron: Ricardo Payro Jené (Polo Norte), El Manantial, Unidad y Trabajo, Cristóbal Colón, Ley de Fomento Agropecuario, José María Morelos y Pavón (El Cibalito), Manuel Crescencio Rejón (Frontera Sur), Ojo de Agua, Pioneros del Río Xnohá, Santa Rosa y El Tesoro (véase figura 1).

MÉTODO

La herramienta principal para la recolección de información fue la entrevista abierta, puesto que para la identificación de las representaciones sociales sólo se puede partir del discurso de una serie de sujetos sobre un tema. La selección de los informantes fue mediante la técnica de “bola de nieve” (Bryman 2001). Las primeras informantes para comenzar la “cadena” se ubicaron gracias a la participación del personal de salud de la zona, quienes facilitaron registros de mujeres con algún problema relacionado con el CaCu. Una vez establecido el contacto con cada una de ellas, se hablaba con el esposo y a ella se le solicitaba información sobre conocidas suyas con algún problema similar. De esta manera se identificaron a 44 mujeres, de las cuales sólo 21 participaron en la investigación y, de éstas, sólo se cuenta con el testimonio de 16 esposos.³ Además de la entrevista abierta, a cada infor-

² Estos autores estiman que en áreas rurales sólo 30% de las mujeres se han realizado por lo menos un papanicolaou y sólo el 40% conoce la utilidad de la prueba.

³ No se tuvo el mismo número de hombres que de mujeres, porque: 1) no todas tenían esposo, 2) no todos los esposos aceptaron participar, 3) algunos no tuvieron tiempo para colaborar con nosotros.

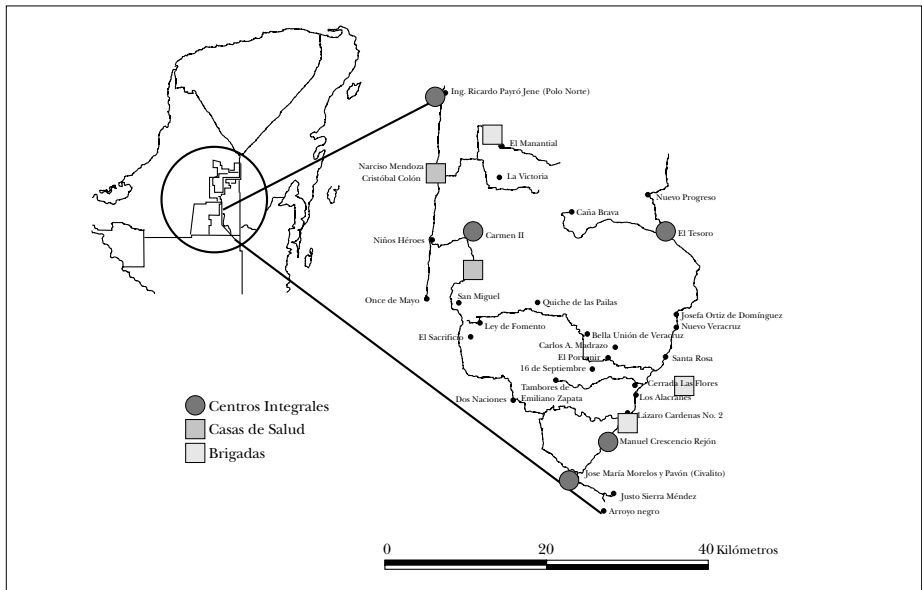


Figura 1. Ubicación de las comunidades estudiadas en el Municipio de Calakmul, Campeche. Se muestra la reserva de la biosfera.

Fuente de bases digitales del Colegio de la Frontera Sur. Calakmul, Proyecto “Adaptabilidad de poblaciones mayas y poblaciones migrantes de Calakmul, Campeche”. Edición digital e impresión: El Colegio de la Frontera Sur, modificado por las autoras.

mante se le aplicó un cuestionario para caracterizar su situación socio-económica y otro con respuestas tipo likert para analizar sus actitudes ante el tratamiento (Bryman 2001).

Cada entrevista abierta se transcribió en Word y para su análisis se utilizó el programa Nudits 5. La información de los cuestionarios socioeconómicos y el tipo likert se capturó en Excel. El análisis del discurso de cada una de las entrevistas ayudó a la comprensión de las representaciones sociales que tienen las parejas sobre el cáncer y el cuerpo, su percepción sobre la enfermedad y el cuerpo y su situación en ese momento, así como las rutas de atención que siguen en función de dichas representaciones.

RESULTADOS

Percepción del cuerpo

La reconstrucción de la historia de atención al cuerpo y la búsqueda de lo que éste representa para los informantes fue clave, puesto que se asumió desde el inicio de la investigación que esto podría influir en la vivencia de la enfermedad. Se identificaron cuatro rubros para caracterizar lo anterior: información y educación sexual, etapas de transición en el ciclo de vida, cuidados particulares al cuerpo, conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS).⁴

a) *Información y educación sexual*: la información sobre educación sexual ha sido escasa tanto para hombres como para mujeres. Las *mujeres* comparten la visión de que su cuerpo es algo que se debe cuidar, pero sobre todo de los hombres, por lo que cuando se presentan los cambios puberales se establece una prohibición implícita de noviazgo, salvo que sea para casarse. No se habla mucho del cuerpo y platicar de sexualidad entre mujeres es un tema tabú, ya que se considera algo malo o pecaminoso. Ante la curiosidad por los cambios puberales quisieran preguntar cosas a sus madres, pero declaran miedo a hacerlo. Es desde el embarazo que sobre todo las suegras proporcionan información sobre cuidados específicos a su cuerpo, especialmente durante el parto y el puerperio.

La experiencia de los *hombres* con su cuerpo se remite a aspectos psicosociales, es decir, es más importante prepararse para ser proveedores y responsables del hogar que brindar cuidados especiales a su cuerpo. Los cambios puberales son importantes en tanto emiten señales a los otros de su madurez, pero no consideran que en este proceso se deban cuidar de manera particular. Lo que sí estiman importante es que a partir de los cambios puberales se deben preocupar por tener un trabajo y buscar una mujer con quien comenzar un nuevo hogar, por lo que el noviazgo ya es permitido.

⁴ Esta categoría no se consideró al inicio de la investigación; sin embargo cuando la información se analizó, se descubrió como un ítem emergente que arrojaba información importante para la interpretación general de los datos, por lo que se decidió codificarla.

b) *Etapas de transición en el ciclo de la vida*: no se identifica a la adolescencia como tal, pero sí el inicio de la etapa adulta. Las *mujeres* se pueden casar a partir de los 13 o 15 años. Los motivos de matrimonio pueden ser porque las fueron a pedir, porque eran golpeadas y/o las llevarían a otro lugar. Consideran que la planificación familiar no es importante pues hay que tener todos los hijos que Dios mande o los que se ven en las bolitas de la matriz después del parto.⁵ Una limitante para seguir teniendo hijos es haber sufrido problemas durante el último parto o haber procreado “muchos” hijos.

Los *varones* declararon haberse casado entre los 15 y 21 años porque así tenía que ser, porque eran golpeados o necesitaban atención femenina (alguien que realizara labores domésticas por ellos, pues en sus casas no se les atendía igual o ya querían independizarse). Con el inicio del matrimonio no se discute sobre planeación familiar. El número de los hijos se determina sobre la marcha y depende del sexo de los hijos previos y de la salud de la esposa (por ejemplo, tener ya hijos varones o la realización de cesáreas).

c) *Cuidados particulares al cuerpo*: entre los cuidados al cuerpo que les enseñaron a las *mujeres* están los referentes a la matriz, como no cargar cosas pesadas (hernias en la matriz), no bañarse con agua fría (enfriamiento en la matriz), no comer limón porque corta la sangre (alteraciones menstruales), cambiarse frecuentemente de toallas durante la menstruación (infecciones). Consideraron que debe dar esta información y la referente a los cambios puberales siempre la madre, pues les ayuda a que no se espante ante los cambios y a no tener relaciones antes del matrimonio, pues de eso depende su felicidad.

Los *hombres* no identificaron cuidados físicos al cuerpo en lo general, pero esperan darles alguna información a sus hijos para que tomen precauciones, sobre todo en lo referente a ITS. Consideran que dar información a los hijos sobre cómo cuidarse los ayuda a no casarse jóvenes y así poder seguir estudiando, además de que no se enfermen con facilidad (que no adquieran infecciones de transmisión sexual) y sepan vitaminarse.

d) *Conocimiento sobre ITS*: las *mujeres* dijeron saber sobre las ITS gracias a la información que les proporcionan los médicos mediante

⁵ Se refieren a la lectura que la partera hace de la placenta después del parto.

las pláticas del programa OPORTUNIDADES, por el promotor o por charlas dentro del grupo religioso. Las mujeres identifican al SIDA, cáncer,⁶ al virus del papiloma humano y la gonorrea como ITS. Entre las causas de estos problemas identifican a la promiscuidad, inyectarse con jeringas usadas, por castigo divino, por usar el dispositivo intrauterino (DIU) o porque ya se tiene la enfermedad dentro del cuerpo y sólo hay que desarrollarla. Creen que tanto mujeres como hombres son susceptibles de adquirir una ITS, pero ellos son los que están más expuestos porque salen de la comunidad por motivos de trabajo, asumiendo que fuera de ésta podrían tener relaciones sexuales con otras mujeres.

Los *varones* por su parte dijeron haber obtenido información de los medios de comunicación, dentro del grupo religioso y por medio del médico, una vez que la enfermedad se ha presentado, es decir, por la experiencia misma. Identifican al SIDA, gonorrea, sífilis y cáncer como ITS. Las causas que les atribuyen son hereditarias, fortuitas o por falta de prevención durante las relaciones extramaritales. Consideran que ambos pueden contagiarse por igual.

Como se observa, mujeres y hombres de Calakmul tienen poca información sobre educación sexual e incluso en la discusión el tema lo consideran un tabú. Cuando se habla de cuidados al cuerpo es porque está viviendo algún evento como embarazo, parto o menarquia. Las mujeres dijeron cuidarse más en relación con aspectos que afectan su matriz, mientras que los hombres se mostraron más preocupados por evitar infecciones de transmisión sexual. La poca información que previene sobre ITS la adquieren de los medios de comunicación y en los grupos religiosos. La transición más importante en el ciclo de vida tiene que ver con la primera unión. La adolescencia no es un ciclo visible pues ya de la infancia se pasa a la adquisición de responsabilidades como preparación para el matrimonio. Así pues, el cuerpo se percibe como un instrumento para la reproducción biológica y social. Sus cuidados y la información que se considera importante están relacionados con los roles sociales que los individuos juegan a lo largo de su ciclo de vida. Por ejemplo, a las niñas se les enseña a cuidarse de los hombres, mien-

⁶ Si bien es cierto que el cáncer no es una ITS, ellos la relacionan ya que se les ha mencionado que en algunos casos el origen del CaCu se vincula con la transmisión del virus del papiloma humano.

tras que éstos se preocupan de que sus hijos no contraigan infecciones de transmisión sexual en relaciones sexuales eventuales.

Representaciones sociales del CaCu en el sur de Calakmul

La mayor parte de entrevistadas no sabían exactamente cuál era su problema de salud, debido a que el personal de salud no les había informado con detalle sobre el caso o bien porque ellas no entendieron claramente en qué consistía el tratamiento al que se les invitaba a participar. En cualquiera de estas circunstancias, el temor a preguntar evitó que todas caracterizaran a la enfermedad desde el punto de vista de la medicina alópata, lo que también permitió que para un sector el conocimiento local tomara un papel predominante dentro de las explicaciones que tenían sobre el estado de salud de las mujeres. De esta manera identificamos dos tipos de representaciones sociales: a) el CaCu desde el discurso alópata, y b) el CaCu de las de su vivencia personal.

a) *Representación social CaCu desde el discurso alópata*: aquí se agrupan las parejas que supieron que las señoras estaban enfermas de CaCu, porque tuvieron información por parte del personal de salud. Las *mujeres* reconocieron al cáncer como una enfermedad que implica dolor, como algo maleado y que sí tiene cura siempre y cuando se atienda oportunamente. Identifican al PAP como método de prevención y no de tratamiento. Sugieren que tienen cáncer debido a quistes en la matriz y que se soluciona con una operación (en realidad se refieren a las conizaciones cervicales⁷ que se realizan en algunos casos). Las explicaciones de los *hombres* fueron más limitadas dentro de este tipo de representación. Esto se puede deber a que no asisten a las pláticas que dan los médicos rurales y no se involucran en el proceso hasta que sus esposas son canalizadas a la clínica de displasias. Suponen que las causas por las que sus cónyuges desarrollaron alguna patología relacionada con CaCu se deben a haber tenido muchos hijos, lo que hace que su matriz “se cansé” o “se joda”, asumen que ya no tienen cura, sin embargo saben que el PAP es un método de prevención.

⁷Se extrae una pequeña muestra de tejido en forma de cono del cuello uterino y se examina bajo un microscopio para buscar signos de cáncer. Si se extirpa todo el tejido afectado, esta biopsia también puede servir como tratamiento.

b) *Representación social CaCu desde la vivencia personal*: en este tipo de representación se ubican a las parejas que no saben exactamente lo que implica tener CaCu, pero explican su padecimiento en función de las vivencias corporales que percibieron a partir de la aparición de la enfermedad. En este caso, la fuente principal de información es la propia comunidad y/o los medios de comunicación (en especial la radio). Las *mujeres* que comparten este tipo de representación tratan de evitar que fuera del ámbito privado se sepa que tienen alguna patología relacionada con CaCu, pues se supone que este tipo de afecciones sucede a mujeres promiscuas o que “andan de traviesas”.⁸ Por pláticas con el personal de salud suponen que su afección es curable, pero no saben exactamente cómo se realiza el proceso de atención. También asumen que la herencia es causa de cáncer o bien que se desarrolló porque no se atendieron de otras enfermedades. Los hombres por su parte mencionan que han visto o escuchado las manifestaciones físicas de la enfermedad, como labios morados o disminución de la menstruación. Saben que existe también el cáncer de los senos, pero no pueden explicar su origen, pues sólo reconocen que algo pasa dentro del cuerpo.

Tipos de atención

Después de analizar las vivencias de las señoras se identificaron cuatro niveles de atención: atenderse siempre con el médico rural, canalización a una clínica de segundo nivel, tratamientos tradicionales y compra de medicamentos. Los dos primeros tipos de atención corresponden a mujeres que se ubican dentro de la representación social del CaCu desde el discurso médico y los últimos tipos de atención las agrupan con la representación social desde su vivencia personal.

1) *Médico rural*: cuando las mujeres consultan con los médicos de la comunidad y no son canalizadas a otro nivel de atención. Éstas acudieron a la consulta porque no se sentían bien y el galeno decidió realizarles el PAP. Debido a los resultados que tuvieron no fue necesario avanzar más en el proceso de atención. En estos casos, los esposos des-

⁸ Sobre todo cuando el diagnóstico ha implicado contagio por virus de papiloma humano.

conocen el padecimiento de sus cónyuges, por lo que no las consideran enfermas y su participación en el proceso es nula.

2) *Canalización*: mujeres que fueron enviadas para su atención a clínicas de segundo nivel en Escárcega o Chetumal. Acudieron inicialmente con el médico rural por tener algún malestar. En esta fase inicial del proceso de atención sus esposos no se involucraron, pero una vez que las canalizaron para las conizaciones uterinas la participación de éstos o de algún familiar fue constante.

3) *Tratamientos tradicionales*: en esta ruta se ubican a que fueron diagnosticadas por el médico con alguna patología relacionada con CaCu, pero a quienes no les quedó claro el problema; por tanto, no comenzaron el tratamiento alópata pero sí buscaron atenderse con remedios caseros, curanderos y/o hierbateros. Éstas no acudieron con el médico rural por tener algún malestar, sino que el PAP se les realizó como parte de los requisitos de atención a la salud demandados por el programa OPORTUNIDADES. La participación del esposo o parientes en este caso no es importante y el padecimiento se trata de ocultar a los demás. Algunas de ellas atribuyen las causas de su enfermedad a fenómenos sobrenaturales, como decir a otros que estaban enfermas cuando la curandera les había advertido que no lo hicieran. Otras relacionan su padecimiento con alguna conducta de poco cuidado ante ciertas condiciones ambientales, “como inyectarse cuando su sangre aún esta caliente, después de regresar de la milpa”. El dinero en este caso fue considerado como un factor importante para no continuar con el tratamiento alópata, así como no tener quien las apoyara en sus labores cotidianas durante sus ausencias en busca de atención médica.

4) *Automedicación*: mujeres que consiguieron medicinas con vendedores que llegaron a la comunidad o las compraron en algún viaje fuera de ésta.⁹ En este grupo tampoco les queda claro a ellas en qué consistió el tratamiento, ni se sintieron bien atendidas por los médicos. En estos casos el dinero también jugó un papel clave en el abandono del tratamiento alópata y considerar que el problema mejorará con la

⁹ En ninguna de las localidades en donde se realizó trabajo de campo existen farmacias. La compra no la hacen siempre las mujeres, pues pueden encargarla a algún familiar o conocido que viaje fuera de la comunidad

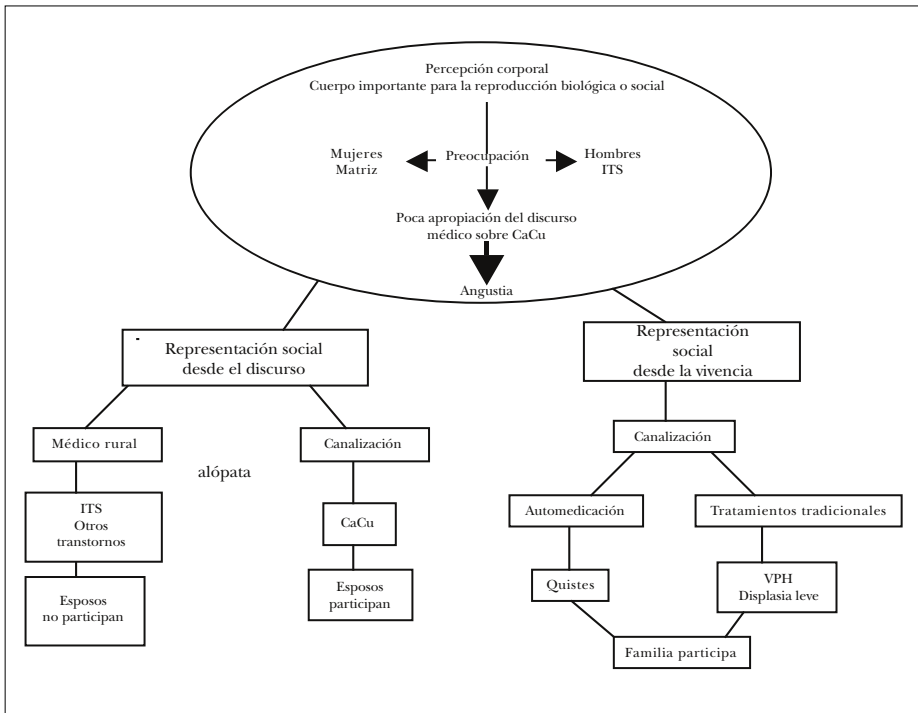


Figura 2. Representaciones sociales y tipo de atención al CaCu en el sur de Calakmul, Campeche.

Fuente de bases digitales del Colegio de la Frontera Sur. Calakmul, Proyecto “Adaptabilidad de poblaciones mayas y poblaciones migrantes de Calakmul, Campeche”. Edición digital e impresión: El Colegio de la Frontera Sur, modificado por las autoras.

compra de medicamentos sugeridos por quienes los venden o han experimentado un problema similar.

Aunque se distinguen estos cuatro tipos de atención, cabe aclarar que la mayoría de las mujeres retrasó en cierta medida el inicio del tratamiento sugerido por los médicos. Aun cuando hayan aceptado ser canalizadas, echaron mano de remedios caseros o de algún medicamento sugerido por alguien. En la figura 2 se muestra un esquema con la relación que se establece entre la percepción corporal, las representaciones sociales, el tipo de tratamiento a seguir y la participación de los familiares.

DISCUSIÓN

Como se puede observar en los resultados de este estudio, si bien es cierto que el CaCu implica la lectura de síntomas específicos para su diagnóstico clínico, en el caso de las informantes esto no quedó del todo claro. La falta de comprensión sobre el diagnóstico permitió la emergencia de dos tipos de representaciones sociales que, combinadas con las vivencias particulares de cuidado al cuerpo, implicaron cuatro tipos de tratamiento.

La representación social del CaCu desde el discurso médico llevó a dos tipos de tratamiento. El primero (médico rural) corresponde a mujeres con problemas relacionados con infecciones de transmisión sexual u otro tipo de desórdenes ginecológicos, mientras que el segundo (canalización) abarca a las que presentan CaCu. Las que tuvieron tratamiento sólo con el médico rural no necesitaron ser canalizadas, pero no supieron exactamente de qué se les atendió y sus esposos no participaron en ninguna fase de la atención.

La representación social del CaCu desde la vivencia personal correspondió a aquellas que necesitaban ser canalizadas a un segundo nivel de atención. En todos los casos se cumplió con ese requisito; sin embargo, las mujeres recurrieron además a la compra de medicamentos (automedicación) recomendados por otros, así como a la búsqueda de atención por parte de curanderos, yerbateros o hueseros (tratamientos tradicionales). En estos casos los familiares participaron en ambos tipos de atención.

Ambas representaciones sociales surgen independientemente de la percepción corporal, en la que se identifica que el cuerpo es un instrumento para la reproducción biológica y social. En este sentido, para ellas la mayor preocupación radica en el cuidado de la matriz y a los hombres no les gusta la idea de adquirir una ITS; sin embargo, aunque ambas preocupaciones podrían estar relacionadas con la prevención del CaCu, en el discurso esto no se identificó como tal. Los cuidados reportados para evitar problemas con la matriz con ITS no guardan relación con aspectos preventivos para la detección oportuna del CaCu.

El mayor éxito del tratamiento del CaCu sucede cuando se da una mejor vinculación entre discurso médico y las representaciones sociales

de quien padece. Algo clave en esta situación es que la vivencia del padecimiento, por parte de las mujeres, y lo que implica para su cuerpo, las hace pensar, sentir y organizarse de determinada manera, e incluso las hace percibir a su cuerpo diferente conforme el proceso avanza. Herzlich (1973) propone que a la enfermedad se le puede ver como destructiva, liberadora o como una ocupación. Asumirla como destructiva implica que se evite verse a sí mismo como enfermo. Vivir la enfermedad como liberadora lleva a verla como algo que ayuda al individuo a descansar de sus tareas cotidianas. Mientras que pensarla como una ocupación lleva al enfermo a mantenerse pendiente de la forma de salir de ella. Para el caso de las mujeres de este estudio, la enfermedad les hizo mantenerse ocupadas, por lo menos durante un tiempo en busca de solución a su padecimiento, independientemente del tipo de atención seleccionada.

REFERENCIAS

ALLEYNE, S. G.

- 1996 Detección oportuna del cáncer del cuello de útero, *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*, año 75, vol.121, no. 6, diciembre, OPS, EUA.

ALONSO DE R., P., E. LAZCANO P. Y M. HERNÁNDEZ A.

- 2000 Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control, *Panamericana*, julio, UNAM, México.

BRYMAN, A.

- 2001 *Social research methods*, Oxford, EUA.

BYRD, T. L., S. K. PETERSON, R. CHÁVEZ Y A. HECKERT

- 2004 Cervical cancer screening beliefs among young hispanic women, *Prev. Med.*, 38 (192-7).

CARRILLO, A. ET AL.

- 2004 Utilidad en la combinación de oligonucleótidos universales para la detección del virus del papiloma humano en cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, *Salud pública de México*, no. 46, tomado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

CASTRO, ROBERTO

- 2000 *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, UNAM/CRIM, México.

FARR, R. M.

- 1988 Las representaciones sociales, en S. Moscovici, *Psicología social II*, Ediciones Paidós, España.

HERZLICH, C. Y J. PIERRET

- 1987 *Illness and self in society*, The John Hopkins University Press, EUA.

ISLA, V.

- 2002 Cáncer cervicouterino. El cáncer que no debe matar, en *Agenda salud*, no. 25, tomado de: www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda21.htm-69k

JODELET, D.

- 1988 La representación social: fenómenos, concepto y teoría, en S. Moscovici, *Psicología social II*, Ediciones Paidós, España.

JAMESON A. ET AL.

- 1999 Barriers to pacific women´s use of cervical screening services, *Australian and New Zealand journal of public health*, 23.

KLEINMAN, A.

- 1978 Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, *Social science and medicine*, 12: 85-93.

LANGER, A., K. TOLBERT Y M. ROMERO

- 1996 *Las enfermedades de transmisión sexual como problemas de salud pública: situación actual y prioridades de investigación* (versión electrónica), recuperado en diciembre del 2002, de <http://www.hsps.harvard.edu/organizations/healthhneat/spanish/course/sesion5/langier.html>

PATH

- 2002 *Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino*, tercera edición, recuperado en diciembre de 2002, de www.PATH.org

