

Percepción del riesgo y prevención del cáncer ginecológico y mamario en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires.

Marisa Ponce.

Cita:

Marisa Ponce (2005). *Percepción del riesgo y prevención del cáncer ginecológico y mamario en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Tandil.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/viii Jornadas aepa/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eY7r/hkr>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER GÉNITO MAMARIO EN MUJERES ADULTAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lic. Marisa Ponce

*Instituto Gino Germani. IIGG. Uriburu 950 Piso 6 (1114)
marisa_ponce@2vias.com.ar*

RESUMEN

El estudio apunta a conocer la percepción del riesgo y las prácticas preventivas del cáncer genito mamario que tienen las mujeres de 50 a 64 años que residen en la Ciudad de Buenos Aires. Varios estudios encontraron que, a pesar de que las mujeres mencionan la prevención y los chequeos médicos como aspectos importantes para la salud, la asistencia a los controles ginecológicos disminuye al finalizar el periodo reproductivo. El objetivo principal de la investigación es indagar sobre los aspectos que contribuyen o dificultan la adopción de medidas preventivas en las mujeres adultas. La percepción del riesgo se encuentra afectada por la presencia de sesgos culturales que lleva a las mujeres a no considerar determinadas problemáticas que pueden afectar su salud. Al analizar los riesgos percibidos por las mujeres y sus prácticas preventivas frente al cáncer se observa que sus comportamientos de cuidados están estrechamente vinculados a acontecimientos significativos de sus vidas como el inicio de la sexualidad, el embarazo y la entrada a la menopausia, los cuales se consideran prioritarios frente a otro tipo de cuidados. Si bien, y a diferencia de la época de su juventud, en la etapa adulta parecería existir una mayor consideración por parte de las mujeres hacia las patologías genito mamarias, ello no necesariamente implica una mayor frecuencia en la asistencia a los controles. En parte, ello se debe a la influencia que ejercen los determinantes de género y a los efectos que todavía producen los miedos a esta enfermedad.

Introducción

El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama siguen siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, a pesar de que ambas enfermedades se pueden prevenir. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en el año 2000 que habría 470.606 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 233.372 defunciones al año entre las mujeres de todo el mundo. Más del 80 por ciento de estas cifras se presentaría en los países en desarrollo, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres (OPS, 2004). Asimismo, se estima que la mortalidad por cáncer de mama se ha incrementado en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe en los últimos años (Robles y Galanis, 2002).

Esta situación resulta sorprendente si se tiene en cuenta que hoy en día el cáncer ginecológico es totalmente prevenible y se puede curar, a bajo costo y con un bajo riesgo, mediante técnicas sencillas de detección junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados (OPS, 2004). En tal sentido, se ha comprobado que la prevención mediante la realización de estudios de control, como el Papanicolau, la colposcopia, la mamografía y el examen físico de mamas contribuye a la detección temprana de patologías genito mamarias e incide en la reducción de la mortalidad por estas causas. Sin embargo, a pesar de que estas técnicas han estado, en teoría, disponibles para todas las mujeres en casi todos los países de América Latina desde hace varios años, muchas mujeres no asisten a los controles ginecológicos y en consecuencia muchas mueren como consecuencia de estas enfermedades (López Carrillo, 1996).

En la Ciudad de Buenos Aires persisten grandes diferencias en los comportamientos que tienen las mujeres con respecto a las medidas preventivas en salud. Los resultados de varios estudios muestran que estas prácticas son menos frecuentes en las mujeres de edad más avanzada, las más pobres, las que no tienen cobertura, y las que poseen menor educación (López y Findling, 2003; Ramos et al 2001, López y Tamargo, 1995). La periodicidad en los controles ginecológicos es un aspecto fundamental para la prevención del cáncer, a pesar de lo cual los datos revelan que la concurrencia de las mujeres a dichos controles disminuye al finalizar el periodo fértil, lo que coloca a las mujeres adultas en una situación de mayor vulnerabilidad. Conocer los motivos por los cuales las mujeres dejan de asistir a los controles médicos en el momento en que los mismos son primordiales para su salud es un paso importante para revertir esas situaciones.

En la Argentina, si bien existen estudios sobre comportamientos preventivos de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos de ambos sexos que aportan información relevante para nuestro objeto de estudio¹, no abundan en cambio investigaciones que estudien en profundidad a las mujeres mayores.

El objetivo general de este trabajo es conocer la percepción del riesgo y las prácticas preventivas del cáncer ginecológico que tienen las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires. Los objetivos específicos apuntan a indagar acerca de los motivos que contribuyen o dificultan la adopción de pautas de cuidados.

Al comienzo de este trabajo se presentan datos de fuentes secundarias sobre el cáncer ginecológico en América Latina y Argentina, así como información sobre salud y prevención recabada en diferentes estudios realizados en nuestro país. Posteriormente se presentan los resultados de un estudio cualitativo en curso que realizó entrevistas en profundidad a mujeres adultas que pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos y medios de la Ciudad de Buenos Aires. La línea interpretativa que se ha seguido deriva de una perspectiva sociocultural que utiliza un marco conceptual afín al enfoque de la construcción social del riesgo y de la perspectiva de género.

I. El contexto del problema

Según un informe de la OPS (2004), durante los últimos 40 años la mortalidad por cáncer cérvicouterino y las tasas de incidencia en América Latina y el Caribe no descendieron tan significativamente como lo hicieron en América del Norte. En la mayoría de los países de la región las tasas anuales de incidencia de cáncer cérvicouterino estandarizadas por edades en el año 2000 se mantuvieron altas, generalmente por arriba de 20 casos por cada 100.000 mujeres. Argentina se ubica por debajo de estos valores, con una tasa de incidencia de

¹ Ver Bibliografía consultada

14.2 por cada 100.000 mujeres en el mismo año. Con respecto a la mortalidad, si bien las cifras difieren entre los países de la región, ningún país muestra una tasa tan baja como la de Canadá, donde, en 2000, se registró una tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino de 1,17 defunciones por cada 100.000 mujeres. En ese periodo, la tasa de mortalidad en la Argentina fue casi cuatro veces superior (4.4) a la de dicho país.

Aunque las tasas de incidencia y mortalidad aumentan con la edad, la mayor carga absoluta del cáncer cérvicouterino recae sobre las mujeres de mediana edad. Un análisis de los datos sobre mortalidad por cáncer cervicouterino notificados por los países de América Latina y el Caribe indica que las mujeres que tienen entre 35 y 54 años concentran la mayor proporción de las defunciones anuales. Además, las muertes por cáncer cérvicouterino en la Región de las Américas representan un gran número de años de vida potencial perdidos. Según la OPS, en 1995 murieron de cáncer cérvicouterino 6.065 mujeres entre los 35 y los 64 años en 16 países, lo cual ocasionó la pérdida de 183.487 años de vida potencial si se parte del supuesto de una esperanza de vida al nacer de 75,8 años. Según el mismo informe, en América Latina y El Caribe la supervivencia de las mujeres con cáncer cérvicouterino es más baja que en los países desarrollados porque a menudo solicitan atención cuando la enfermedad ya está avanzada. La baja supervivencia también se relaciona con una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto, lo que revela fallas en los programas de prevención de la mayoría de los países de la región.

Con respecto al cáncer de mama el informe permite conocer que algunos países de América Latina, siguen un patrón similar a lo que ocurre en los países desarrollados, como Canadá y Estados Unidos, en los cuales conforme aumenta la mortalidad general también crece el cáncer de mama, en tanto que el cáncer cérvicouterino disminuye. Esta transición puede apreciarse en el caso de la Argentina donde la tasa de incidencia de cáncer de mama estandarizada por edad es varias veces mayor que la de cáncer cervicouterino (64.7 y 14.1 respectivamente por cada 100.000 mujeres en el año 2000) (OPS, 2004).

Un informe sobre Mortalidad por Cáncer en Argentina realizado en la Universidad de Buenos Aires² muestra que en el periodo 1997-2001 el cáncer de mama ocupó el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer en las mujeres de la Argentina (20,4)³ y el cáncer de útero se posicionó en segundo orden (10,7)⁴. Los datos revelan diferencias en las tasas de mortalidad de las provincias. La Ciudad de Buenos Aires presenta la mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama (23,8) y concentra la menor tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en todo el país (2,2). La mortalidad por edad muestra que en la Ciudad de Buenos Aires, al igual que en la mayoría de las provincias, la mortalidad por cáncer de mama aumenta a medida que avanza la edad. En el grupo de 50 a 54 años la tasa ajustada de mortalidad es de 68,1 por cada 100.000 mujeres, valor que asciende a 76,8 en la franja de 60 a 64 años. En esta jurisdicción la tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello de útero es menos uniforme, las cifras aumentan hasta los 54 años (7,9 c/ 100 mil mujeres de 50 a 54), disminuyen en el grupo de 55 a 59 años (4,0), y vuelven a aumentar entre los 60 y 64 años (7,0).

Dada la magnitud de este problema y el carácter prevenible de estas enfermedades, las muertes por cáncer ginecológico resultan inaceptables y ponen de manifiesto la importancia de considerar al cáncer femenino como un tema de salud pública prioritario. Además, el número creciente de mujeres de edad mediana y avanzada, vinculado -junto con otros fenómenos demográficos- al aumento de la esperanza de vida (más ventajoso para las mujeres en relación con los hombres), es una realidad que conlleva la necesidad de desarrollar acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres adultas (OMS, 1990).

La detección temprana de patologías genito-mamarias contribuye a evitar el cáncer e incide en la reducción de la mortalidad por estas causas. Las técnicas de control, como el Papanicolau, la colposcopia y la mamografía, permiten identificar lesiones mínimas, antes de la manifestación de síntomas. Es por ello que la asistencia periódica de las mujeres a los controles ginecológicos es un aspecto central para la prevención de este tipo de enfermedades.

En la Ciudad de Buenos Aires aún persisten diferencias en los comportamientos que tienen las mujeres relativos a los cuidados de la salud. Así lo revelan varios estudios que ponen de manifiesto las desigualdades

² Atlas de Mortalidad por Cáncer en Argentina 1997-2001. Área de Investigación del Instituto de Oncología Ángel Roffo. Universidad de Buenos Aires.

³ Los valores corresponden a la tasa ajustada por edad calculada cada 100.000 mujeres. Esta medida permite comparar las tasas de mortalidad entre poblaciones independizándose del efecto que puede producir una estructura etárea distinta.

⁴ 4,5 corresponden al cáncer de cuello de útero; 1,6 a cuerpo de útero; 4,6 no han sido especificadas.

existentes, ya que la pobreza, la escasa educación y las dificultades en el acceso a los recursos y a los servicios de salud son factores que afectan el ejercicio de las prácticas preventivas, implicando riesgos severos para la salud de muchas mujeres (Ramos et al 2001, López y Tamargo, 1995).

Algunos datos sobre prevención de la salud femenina proceden del Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del año 1994⁵. Si se toma en consideración la práctica de control ginecológico puede mencionarse que, si bien más de la mitad de las mujeres en edades fértiles del Aglomerado de Buenos Aires efectuaron controles ginecológicos en el último año (56%), el porcentaje de controles era menor en las mujeres más pobres (46.8% con NBI y 58.1% sin NBI) y las de edad avanzada: el porcentaje de consultas era menor entre las mujeres más jóvenes (26% 15-19 años), luego se acrecentaba hasta los 34 años (59% 20-24; 63% 25-29; 68% 30-34 años), y disminuía a partir de esa edad (63% 35 a 39; 59% 40 a 44; 60% 45 a 49 años) (López y Tamargo, 1995).

En el año 2001, otra encuesta, la de Condiciones de Vida (ECV, 2001) presentó información consistente con la del Módulo de Metas Sociales⁶. La información sobre las mujeres mayores de 25 años muestra que en el último año las mujeres que se atendían en el subsector público realizaban menos controles (39%) que las que lo hicieron en el subsector privado (61%) y el de obras sociales (53%). Por el contrario, de las mujeres que declararon no haber realizado nunca una consulta ginecológica, las que se atendían en el subsector público eran más del doble de las que se atendían en los subsectores privado y de obras sociales (7% contra 2.7% y 2.9% respectivamente). Entre otros datos, se observa que, en el último año, el examen de la mamografía era una práctica que se acrecentaba conforme aumentaba la escolaridad de las mujeres (12% primaria sin terminar; 30% secundario completo; 56% posgrado o universitario completo).

La Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires realizada en 2002⁷ también encontró diferencias en las prácticas preventivas de las mujeres vinculadas a los controles ginecológicos y específicamente a la realización del Papanicolau⁸. La maternidad aparece como un factor de importancia que incide en la realización de controles: mientras que el 85% de las mujeres no madres nunca se realizaron controles, sólo el 2% de las mujeres con hijos declararon no haber sido controladas. De acuerdo con este informe, los comportamientos de cuidados están relacionados con los acontecimientos que tienen lugar en cada etapa de la vida de las mujeres. Probablemente el comienzo de su vida sexual, la intención de tener hijos o la entrada en la menopausia sean factores que estimulen la necesidad de realización de consultas ginecológicas y, por ende, la práctica de controles complementarios. Los datos de esta encuesta también ponen en evidencia la menor frecuencia de prácticas preventivas en las mujeres adultas. En el último año, el porcentaje más alto de mujeres que se hicieron el examen de Papanicolau se observó en franja de 30 a 49 años (64%), valor que duplicó al registrado en mujeres mayores de 60 años (31%). Además, si se tiene en cuenta la periodicidad anual aconsejada por los especialistas la situación de las mujeres adultas es aún más desfavorable.

Resultados similares también fueron encontrados en la Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención realizada en la Universidad de Buenos Aires (López 2001-2003)⁹. Uno de los hallazgos de esta investigación

⁵ El Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales se aplicó en el marco de la Encuesta Permanente de Hogares en mayo de 1994 con el fin de evaluar aspectos relativos a la salud infantil, salud materna y nutrición. Los datos que aquí se presentan se obtuvieron de una publicación realizada por el INDEC y corresponden al cuestionario IV aplicado a mujeres de 15 a 49 años que residían en el Aglomerado del Gran Buenos Aires. La implementación de dicho Módulo constituyó uno de los primeros intentos en nuestro país por relevar información sobre condiciones de salud a nivel local, dado que hasta ese momento no se habían realizado en Argentina estudios sobre demografía y salud.

⁶ Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida corresponden al Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense). La información se obtuvo del procesamiento de la base de datos del Siempro (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales del gobierno de la Nación).

⁷ Se trata de un estudio por muestreo, que incluyó 7.220 hogares y 19.850 personas distribuidos en todos los Centros de Gestión y Participación de la Ciudad (CGP). Con el fin de analizar la situación de la población de Buenos Aires, se relevó información sobre el empleo, la situación laboral, la pobreza, la vivienda, la educación, la salud, y el hábitat. Los datos que se presentan corresponden a una publicación sobre aspectos referidos a la salud, realizada por la Dirección de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

⁸ El conjunto de estos datos también es de carácter indicativo dado que la mitad de las preguntas respecto a la realización de Papanicolau no ha sido autorrespondida.

⁹ La encuesta se realizó en el marco de un proyecto Ubacyt (2001-2003), dirigido por Elsa López, que tenía como objetivo estudiar los programas gubernamentales de Salud Reproductiva y las prácticas preventivas de las mujeres de distintos sectores de la Ciudad de Buenos Aires. La información se obtuvo de los programas de Procreación Responsable y Salud Reproductiva, el Programa PAP y la realización de entrevistas en profundidad a los responsables de dichos programas, así como de una encuesta telefónica por cuotas de edad a mujeres de 15 a 69 años que residían en la Ciudad de Buenos Aires.

muestra que, a pesar de que más de la mitad de las mujeres encuestadas (53%) señalaba que la prevención y los chequeos constituyen aspectos imprescindibles para la salud, (respuesta más frecuente entre las mujeres con mayor educación y las de 40 a 54 años), la frecuencia en la asistencia a las consultas ginecológicas disminuía notablemente a partir de los 35 años. El porcentaje de mujeres que en el último año efectuó un Papanicolau disminuía a partir de los 39 años, situación que se reiteraba en el examen de colposcopia. La mamografía aumentaba hasta los 54 años y luego disminuía. Los datos recabados en esta investigación evidencian la prevalencia relativamente baja de las prácticas del control del cáncer, y la importancia de incluir el tema como un punto clave de los problemas a resolver (López y Findling, 2003).

Por último, resulta importante mencionar las dificultades que tienen algunos programas destinados a prevenir dichas enfermedades en la captación de las mujeres adultas. La información disponible del Programa de Atención Preventiva de la Salud de la Mujer (PAP) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires muestra que, en 1999, más de la mitad de las mujeres concurrentes al programa de prevención del cáncer de cuello de útero tenían de 25 a 44 años (55%) y que la mayor parte de las concurrentes al programa de prevención del cáncer de mama tenían de 35 a 44 años (30%). La menor presencia de las mujeres adultas señala la importancia de que los programas dirijan sus acciones hacia las mujeres en situación de mayor riesgo, desarrollando estrategias que favorezcan la demanda por parte de esta población (Datos relevados en el Proyecto Ubacyt 2001-2003)¹⁰.

La prevención de cáncer ginecológico obliga a una rutina de comportamiento que, según hemos observado, no es homogénea para el conjunto de las mujeres. Tal como revelan las encuestas, los comportamientos preventivos varían según la edad de las mujeres y sus posibilidades de acceder a determinados recursos, como la educación y la cobertura de salud. No obstante esta información es sumamente relevante, creemos que para comprender este problema también es importante indagar otros aspectos relativos a las vidas de las mujeres. En tal sentido, el abordaje desde distintos enfoques, cuantitativos y cualitativos, constituye una herramienta central para avanzar en los conocimientos sobre la salud femenina.

II Mujeres adultas frente al cáncer ginecológico: aportes de un estudio cualitativo

Marco conceptual

El estudio parte del supuesto de que las actitudes y las prácticas de cuidados frente a la salud y la enfermedad no pueden comprenderse a través de una lógica individual y racional, según la cual los sujetos parecen ser los únicos responsables de su salud y agentes que actúan racionalmente para evitar riesgos. En oposición a este enfoque consideramos que la percepción del riesgo y las prácticas preventivas requieren el estudio de la **dimensión social** del sujeto y su **cultura**. En tal sentido, nos proponemos estudiar a las mujeres adultas en tanto seres sociales y analizar sus actitudes y pautas de cuidados desde una perspectiva sociocultural. Siguiendo a Pujadas Muñoz (1997), los testimonios subjetivos permiten comprender a los sujetos a la luz de su historia vital, de sus experiencias, de su visión particular y, a la vez, comprender estos aspectos como el reflejo de una época, de las normas y los valores sociales compartidos con la comunidad de la que forman parte.

Dados los objetivos planteados, en este trabajo las **prácticas preventivas** se refieren a las actitudes y los comportamientos que tienen las mujeres acerca de las prácticas de control del cáncer génito mamario y sus métodos de detección: el Papanicolau, la colposcopia, la mamografía y el examen físico de mamas. Estas prácticas requieren ser analizadas en relación a otros cuidados de la salud sexual y reproductiva como la atención del embarazo y el parto, la anticoncepción, el aborto, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, y los trastornos de la menopausia y postmenopausia. Así como también, en relación con las historias de cuidados familiares.

El término **percepción de riesgo**, alude a las nociones que tienen las mujeres sobre los riesgos o los peligros (considerados indistintamente) que pueden afectar la salud de las personas. El concepto de **riesgo**, se define según nociones procedentes del enfoque de la *construcción social del riesgo*, vinculado al campo de la

¹⁰ Los porcentajes fueron calculados a partir de información procedente de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

sociología y la antropología (Douglas, 1996; Calvez, 1998; Beck, 1998). Los representantes de este enfoque se oponen a considerar el riesgo como un asunto individual o privado. Por el contrario, sostienen que las posibilidades que los sujetos tienen de identificar y evitar determinados riesgos dependen de la organización social a la que pertenecen. De acuerdo con Mary Douglas (1996), “la experiencia que los individuos tienen de su entorno es mediada por categorías conceptuales que se elaboran en la interacción social, y el uso que hace el individuo de los sistemas de clasificación depende de su posición en un determinado ordenamiento social. De esta manera, cuanto más aislada está una persona y cuanto más dispersa es su red social, tanto más tenderá a decidir sus propias reglas de riesgo”. La autora sostiene que las definiciones acerca de la aceptabilidad o el rechazo de ciertos peligros no son neutrales, sino que constituyen juicios morales, relacionados con los principios éticos, los valores y las normas dominantes en cada cultura en un momento histórico.

Desde este punto de vista, consideramos importante analizar la influencia que ejercen los determinantes de **género** en los cuidados de la salud femenina. Una de las razones para incorporar este enfoque a los estudios sobre la salud de las mujeres, radica en que dicho enfoque permite hacer visibles un conjunto de factores que afectan especialmente la salud de la mujer. “La perspectiva de género, más que explorar en el interior de los cuerpos femeninos, da un paso hacia afuera para investigar las maneras en que las vidas de las mujeres pueden enfermarlas” (Doyal, 1995). El concepto de género remite a un conjunto de normas, estereotipos, valores, creencias, prácticas y actitudes que determinan el modo socialmente aceptado de ser “mujer” y “varón”, en una determinada cultura, según procesos históricos y sociales. Las normas de género asignan roles y responsabilidades que generalmente implican una distribución desigual de los recursos, y relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres. Estos arreglos económicos y sociales pueden afectar negativamente la capacidad de las mujeres de percibirse en riesgo y tomar decisiones eficaces e informadas respecto de su salud y su bienestar.

Metodología y fuentes de información

La metodológica de investigación es de tipo cualitativa. Este enfoque privilegia una perspectiva *emic* que permite entender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los sujetos que protagonizan esa realidad y comprender las dimensiones subjetivas y simbólicas de la población con la que se trabaja. De este modo se obtienen descripciones y explicaciones sobre los procesos sociales, narradas en las propias palabras de los actores/as sociales (Taylor y Bodgan, 1996). La técnica de recolección de información se basa en entrevistas en profundidad y relatos de vida realizadas a mujeres de 50 a 64 años, que han tenido hijos, y que pertenecen a los estratos socioeconómicos bajo y medio de la Ciudad de Buenos Aires. La unidad de análisis es cada una de las mujeres.

Para la conformación de la muestra se tuvo en cuenta la edad de las mujeres y el estrato socioeconómico (nivel educativo, ocupación, cobertura médica). La muestra incluye mujeres que en la actualidad efectúan controles ginecológicos y otras que no los realizan. El procedimiento de muestreo fue intencional y no al azar ya que el estudio no persigue representatividad estadística. El contacto con las mujeres se realizó por medio de la técnica de bola de nieve, y por fuera del ámbito de los servicios de salud. El estudio se encuentra actualmente en su etapa de trabajo de campo. Hasta el momento se realizaron un total de 23 entrevistas. El tamaño final de la muestra estará dado por el criterio de saturación teórica (Glasser y Strauss, 1967).

Para la realización de las entrevistas en profundidad se utilizó un guión con los temas a tratar. Las entrevistas fueron individuales y la participación de las mujeres se realizó con la obtención previa del consentimiento informado. La modalidad de la entrevista fue de carácter no estructurado, siguiendo el modelo de una conversación informal. Los relatos de vida se obtuvieron en el marco de las entrevistas en profundidad. La guía de preguntas incluía los siguientes ejes temáticos: datos sociodemográficos, vida cotidiana, familia, roles de género, redes de apoyo, sexualidad y reproducción, representaciones sobre la salud y la enfermedad, autopercepción de la salud, prácticas preventivas, menopausia, nociones sobre riesgos y peligros, conocimientos e ideas sobre el cáncer genito mamario y sus métodos de detección y tratamiento, consulta ginecológica, entre otros temas. El trabajo de campo se realizó en noviembre y diciembre de 2004 y en mayo y junio de 2005.

Características sociodemográficas de las entrevistadas

Las mujeres que participan en este estudio tienen de 50 a 64 años, nacieron en una época donde los métodos de detección del cáncer ginecológico aún no estaban completamente difundidos. Alcanzaron un nivel educativo superior al de sus madres, aunque no todas terminaron sus estudios. De las 23 mujeres que componen esta muestra, 3 tienen estudios primarios (una sola mujer los completó), 14 tienen estudios secundarios (8 sin completar) y 6 estudios universitarios (4 sin terminar). La mayoría de las mujeres que no completaron sus estudios dicen que hubieran querido hacerlo. Varias dejaron de estudiar porque desde pequeñas tuvieron que trabajar para ayudar a sus padres con la economía del hogar. Otras interrumpieron sus estudios al comenzar un noviazgo o en el momento de casarse. Algunas mujeres con estudios avanzados hicieron mención a las presiones paternas en la elección de la carrera a seguir, hecho que –según ellas– influyó en el abandono de sus estudios.

En general, las mujeres se casaron antes de cumplir los 25 años y tuvieron su primer hijo al año siguiente de haber contraído matrimonio. Los primeros controles ginecológicos en muchos casos coinciden con el primer embarazo. La mayoría tuvo 2 o 3 hijos, aunque en dos casos el total de hijos asciende a 5. Con excepción de tres mujeres, todas han trabajado fuera del hogar. En la actualidad doce de ellas continúan haciéndolo. Se desempeñan/ron como: comerciantes (7), empleadas domésticas o de mantenimiento (4), empleadas administrativas (3), maestras (2), acompañante de anciano (1), modista (1), profesora de educación física (1), historiadora (1). Sus trayectorias laborales han estado estrechamente vinculadas a la nupcialidad y/o al nacimiento de los hijos, circunstancias en las que dejaron de trabajar.

Las actividades del hogar están a cargo de las mujeres y muy pocas cuentan con la ayuda de otras personas para el desempeño de estas tareas. Excepto tres mujeres que viven solas, las demás viven en familia, aunque la composición del hogar varía según las transformaciones ocurridas en la familia como consecuencia de la viudez de algunas mujeres y/o la salida de los hijos del hogar. En general el núcleo familiar es incompleto. Con respecto a la cobertura de salud, 8 mujeres tienen una cobertura privada, 8 tienen obra social y 7 se atienden en el hospital público. Una de las características en común que tienen las mujeres es que todas han pasado por la etapa de la menopausia, aunque algunas todavía no han superado este periodo.

Riesgos percibidos y problemáticas de la vida actual

¿La prevención de la salud es un tema prioritario para las mujeres? ¿Se percibe al cáncer como un riesgo? La percepción de riesgo constituye un factor ineludible para comprender los comportamientos de los sujetos frente a la salud y la enfermedad (Mendes Diz, 2001).

Según las opiniones de algunas de las entrevistadas, los riesgos o peligros que pueden perjudicar a las personas son la inseguridad y el clima hostil que se vive actualmente, producto de los delitos, los robos y las agresiones. Muy pocas mujeres mencionaron a las enfermedades como un riesgo posible y entre ellas el cáncer obtuvo pocas menciones. De acuerdo con sus percepciones de la realidad, la adversidad estaría más ligada a las amenazas que atentan contra la libertad y la seguridad de los bienes y las personas que a los problemas específicos de salud. Las percepciones divergen junto con la diversidad de las experiencias sociales que caracterizan la vida colectiva (Calvez, 1998).

No obstante, los peligros percibidos parecen tener efectos para la salud de las mujeres. La sensación de inseguridad conlleva a que el miedo y el temor se conviertan en un tipo de padecimiento frecuente. Ello, a su vez, afecta las prácticas cotidianas y de cuidados como, por ejemplo, salir a caminar o andar en bicicleta, actividades para la salud que algunas entrevistadas dejaron de realizar por temor a sufrir una agresión.

¿Qué cosas les preocupa a las mujeres? Las principales preocupaciones giran en torno a la situación económica familiar y el futuro de los hijos, problemáticas vinculadas a las necesidades inmediatas de sus vidas y sus prioridades sentidas (Pinto Dias, 2001). Mantener la independencia económica sin tener que recurrir a la ayuda de los hijos y alcanzar una vejez digna son temas frecuentes a los que aluden las entrevistadas. Otro tema que les preocupa tiene que ver con las posibilidades que tienen los hijos de llevar a cabo sus proyectos, en un contexto que se percibe como desigual y de extrema competencia. A diferencia de la época de su juventud, las

mujeres opinan que la vorágine y la dinámica de la vida actual, y el predominio de valores ligados al consumo y al individualismo, afectan la vida de los jóvenes y sus posibilidades para alcanzar las metas propuestas.

La salud y la enfermedad, en cambio, parecerían ocupar un lugar menos prioritario dentro de las problemáticas concretas de las vidas de las mujeres. Las preocupaciones sobre estos temas giran en torno a los riesgos que pueden afectar a algunos miembros de la familia (los hijos y los nietos) como, por ejemplo, la inseguridad o las adicciones. A primera vista, la propia salud de las mujeres no parece constituir un tema prioritario.

Sin embargo, resulta importante señalar que al indagar sobre temas específicos de salud, la salud es valorada como el aspecto más importante de la vida de una persona y la prevención se considera un asunto central. Las mujeres acuerdan en que “si se tiene buena salud, lo demás no importa”, “el dinero y los problemas van y vienen, la salud no”.

Los riesgos relacionados con la salud

El punto de vista social incluye juicios morales sobre el tipo de sociedad en el que deseamos vivir (Douglas, 1996). La mayoría de las entrevistadas opina que los “nervios” y el “stress” son los principales factores que atentan contra la salud de las personas. Estos padecimientos aparecen vinculados al ritmo de vida actual, a las exigencias cotidianas, a los problemas laborales y económicos y al miedo y la inseguridad que se experimenta hoy en día. En estas circunstancias las mujeres dicen que viven “siempre corriendo”, preocupadas por cumplir con todas sus obligaciones, y sin tiempo para dedicarle a las cosas que las hace sentir bien. “Calma” y “tranquilidad” son algunas de las necesidades que tienen en común. Sin embargo, al mismo tiempo señalan que “no tener nada que hacer” y “carecer de proyectos”, sobre todo en esta etapa de la vida, también puede ser perjudicial para la salud y el bienestar de las mujeres.

Otros riesgos que identifican las mujeres se relacionan con determinados hábitos de comportamiento como, por ejemplo, el sedentarismo, la mala alimentación, el fumar y el tomar en exceso. Si bien las mujeres perciben que estos factores pueden causar daños a la salud, muchas de ellas manifiestan dificultades para modificar ciertas conductas. La imposibilidad para dejar de fumar es una preocupación que aqueja a varias entrevistadas y pone en evidencia la falta de apoyo y de recursos tendientes a revertir esta situación. La actividad física, percibida como una de las medidas preventivas más importantes, no es una práctica que realicen todas las mujeres. La falta de tiempo, el cansancio, el desgano, e incluso la imposibilidad de compartir estas actividades en compañía de amigas, constituyen obstáculos para el ejercicio de estas prácticas. Sí han interiorizado pautas de cuidados relacionadas con la alimentación.

Desde el punto de vista de las mujeres, la falta de información y de campañas preventivas que contribuyan a “concientizar” a la población también son aspectos que tienen consecuencias negativas para la salud. Sobre estos temas, varias mujeres coinciden al afirmar que la ausencia de comportamientos de cuidados no constituye un problema de educación sino más bien que es resultado de la falta de recursos y de apoyo social. El acceso a la información es percibido como un aspecto esencial para la adopción de medidas preventivas y en este sentido opinan que la escuela es un ámbito importante para la difusión de conocimientos sobre salud y prevención.

¿Cuáles serían los problemas de salud que pueden afectar a las mujeres adultas? Independientemente de los padecimientos propios, las mujeres consideran que los problemas cardíacos y la hipertensión son algunos de los problemas de salud más frecuentes que podrían tener las mujeres de edad avanzada. Este es un dato importante ya hoy en día se hace hincapié en la importancia de detectar y prevenir estas patologías en la población femenina, que durante mucho tiempo fueron consideradas enfermedades exclusivas de los varones. Si bien varias entrevistadas efectúan chequeos médicos, en algunos casos la indicación de estos estudios se produjo en circunstancias en las que las mujeres acompañaban a sus maridos a una consulta médica con el cardiólogo.

Algunas mujeres también consideran que gran parte de los problemas de salud que se manifiestan en la vida adulta comienzan con la menopausia. No obstante varias entrevistadas dijeron que han atravesado esta etapa sin mayores complicaciones, otras -en cambio- experimentaron cambios físicos y/o en el estado de ánimo, trastornos en el sueño, y otros síntomas como sudoración y calores o sofocones. Un aspecto a tener en cuenta es

que en la mayoría de los casos, la entrada en etapa de la menopausia ha motivado la asistencia de las mujeres a una consulta médica.

Otros problemas de salud mencionados son la osteoporosis, la diabetes, el aumento de peso y el colesterol. Algunas mujeres relacionan estas enfermedades con la menopausia. La mayoría conoce cómo prevenir la diabetes pero no todas poseen información sobre las medidas que contribuyen a evitar la osteoporosis, a pesar de que muchas mujeres expresaron tener problemas en los huesos.

El cáncer, fundamentalmente el cáncer de mamas y el de útero, también es percibido como un problema de salud que puede afectar a las mujeres adultas, pero a ello hicieron referencia sólo algunas entrevistadas que en general han tenido amigas, hermanas y otras personas muy cercanas con esta enfermedad. Al indagar acerca de las preocupaciones que tenían las mujeres respecto de su propia salud, sólo dos entrevistadas mencionaron el cáncer como una preocupación concreta. A otras mujeres, en cambio, les preocupa más el Alzheimer, el Parkinson, o los problemas cardíacos, debido a que son antecedentes de salud familiar. Una sola mujer mencionó problemas vinculados a las infecciones de transmisión sexual debido al rechazo del uso del profiláctico por parte de los varones adultos.

Barreras en la percepción de riesgo

A partir de los testimonios de las mujeres es posible identificar un conjunto de factores que pueden afectar negativamente la percepción de riesgo relativo al cáncer. Un aspecto que se observa en las conversaciones con las mujeres es que tienen grandes dificultades para hablar sobre el cáncer porque creen que se trata de una enfermedad muy triste y dolorosa, que no se puede evitar y que casi siempre lleva a la muerte. Varias entrevistadas dijeron que evitan nombrar el cáncer y prefieren no pensar en esta enfermedad, porque creen que si piensan mucho podrían enfermarse. Algunas mujeres, sin embargo, consideran que el cáncer dejó de ser un “tabú” y que en la actualidad se puede hablar “más abiertamente” acerca de esta problemática. No obstante, para la mayoría es un asunto difícil de abordar, que genera muchos temores. La asociación del cáncer con la muerte en algunos casos lleva a no considerar el riesgo.

Otro de los factores está ligado a la naturalización de determinados síntomas que se consideran “femeninos” y que suelen asociarse con la menstruación o con los dolores del parto -cuando lo que manifiestan es en realidad la presencia de un problema de salud. Esto les sucedió a algunas de las entrevistadas que tuvieron dificultades para reconocer la presencia de problemas ginecológicos y, en consecuencia, postergaron la visita al médico.

La ausencia de síntomas y de dolor también implica que varias mujeres no consideren los riesgos. Esta es una de las razones más frecuentes para no realizar una consulta ginecológica. Y se relaciona con el modo en que algunas mujeres conciben la salud. Estar sano en algunos casos significa “no tener síntomas de grandes cosas”, “no enfermarse”, “no tener nada”, “que no duela nada”. De este modo, la visita al médico carece de sentido y con ello se pierde la oportunidad de prevenir eventuales padecimientos. Estas circunstancias determinan que muchas mujeres efectúen consultas tardías o que posterguen la concurrencia al médico hasta el momento en que los síntomas se vuelven intolerables.

Junto a estas ideas, circula la creencia –muy arraigada en algunas mujeres- en que “uno conoce el propio cuerpo”, “uno siempre se da cuenta”, “siempre hay un aviso antes cuando algo anda mal”. Este tipo de opiniones fueron recogidas fundamentalmente al indagar acerca de la utilidad de los métodos de detección de las patologías genito mamarias, como el Papanicolau, la colposcopia y la mamografía. En tal sentido, es importante señalar dos aspectos. Por un lado, parece existir una valoración diferencial hacia estos estudios ya que algunas mujeres consideran menos importante el examen de mamografía en comparación con el Papanicolau y la colposcopia, porque creen que los problemas de las mamas son “más fáciles” de identificar que aquellos que detectan los otros estudios. Esta idea también lleva a algunas mujeres a pensar que el autoexamen de mamas es suficiente para saber si existe algún problema. En consecuencia, algunas postergan el examen de mamografía o directamente no se realizan este estudio. Por otro lado, los datos ponen de manifiesto cierto desconocimiento en torno a la utilidad de estas prácticas de control, cuya principal ventaja es que permiten detectar lesiones mínimas

antes de la manifestación de síntomas. Sin embargo, ninguna de las entrevistadas hizo referencia a ello. La falta de información sobre estos temas implica un obstáculo para la detección temprana.

Los seres humanos, en general, no perciben las bajas probabilidades, a no ser que las instituciones estén enfocadas en esa dirección (Douglas, 1996). Al indagar sobre las trayectorias de cuidados, las mujeres dicen que en la época de su juventud el cáncer era una enfermedad “impensada”, algo que “nunca les podía llegar a pasar”. Por este motivo muchas mujeres pasaron varios años sin asistir a los controles. Sostienen, además, que las prácticas de control estaban menos difundidas que ahora. La adultez, la proximidad de la vejez y el haber tenido experiencias de personas cercanas con la enfermedad, son algunos de los aspectos que las llevó a considerar la importancia de prevenir estas enfermedades.

No obstante, un dato significativo, es que en la vida adulta, algunas mujeres asocian la ausencia de actividad sexual con la ausencia de problemas ginecológicos, motivo por el cual la asistencia a estos controles se considera menos importante que otro tipo de chequeos. Con relación a estos temas, también es importante señalar que el fin de la capacidad fértil puede llevar a algunas mujeres a no considerar determinados riesgos. Probablemente este sea el caso de las entrevistadas que no efectuaron consultas médicas a partir de que se les retiró menstruación y aquellas de edades más avanzadas que superaron la etapa de la menopausia y no volvieron a hacerse controles.

En la etapa de la vida adulta, la presencia de otros problemas de salud como, por ejemplo, la hipertensión, la diabetes o la osteoporosis, que afectan a varias entrevistadas, pueden adquirir mayor relevancia que otras problemáticas. Sin embargo, la prioridad en la atención gira en torno a los problemas que afectan a los miembros de la familia. La capacidad de las mujeres de percibir riesgos y adoptar medidas de autocuidado está estrechamente relacionada con los roles que desempeñan las mujeres y el lugar que ocupan dentro de la familia. Como dicen las mujeres, “la familia es lo primero”.

Autopercepción de la salud

A pesar del cansancio, los dolores en los huesos y las articulaciones y en algunos casos la falta de memoria, la mayoría de las mujeres opina que goza de buena salud. Adjudican la presencia de estos síntomas al paso de los años y los identifican como signos de “vejez”. Al referirse a estos temas diferencian a la salud física de la salud mental. A esta última la relacionan con los cambios en el estado de ánimo y con la sensación de nervios o stress. En distintas circunstancias, muchas mujeres mencionan que se sienten “angustiadas”, “sin ganas de salir de la cama”, y con “poco ánimo para hacer cosas”. Varias entrevistadas asocian estos estados con la llegada de la menopausia y dicen que a partir de ese momento “cayeron en una depresión”. En otros casos, las “crisis” aparecen vinculadas a ciertas transformaciones que tienen lugar en esta etapa de la vida, que no solamente son de orden físico, sino también de orden familiar, conyugal y social. La viudez que en muchos casos implica “aprender a afrontar la vida sola”, las obligaciones laborales y familiares que muchas veces significa “tener que estar en todos lados al mismo tiempo”, y sobre todo la salida de los hijos del hogar, determina que las mujeres se sientan solas y sin apoyo.

Frente a esta situación es posible identificar dos tipos de actitudes “hacia la vida”, por un lado, una actitud que podríamos denominar “negativa”, donde predomina la baja autoestima, la ausencia de motivaciones personales y una visión poco optimista del presente y el futuro, y -en contraste- una actitud “positiva” hacia la vida donde la adultez es percibida como “el comienzo de muchas cosas”, se vislumbra la posibilidad de llevar a cabo proyectos que antes habían sido postergados, se experimenta una mayor autonomía, e incluso se modifican las relaciones con los otros. Un hecho que si bien parece menor pero que surge de manera reiterada y espontánea en las entrevistas es que las mujeres “se animan” a hacer cosas que las “gratifican”, que en otro momento de sus vidas y por miedo al estigma no realizaban como, por ejemplo, “ir solas a tomar un café”. En esta etapa, otro hecho que es vivido como algo nuevo es poder decir que “no” cuando así lo sienten y “poner límites” a determinadas demandas y presiones familiares. Algunas mujeres hacen hincapié en la importancia de “quererse un poco más a uno mismo” y este tipo de actitudes conlleva la aspiración por estar bien y sentirse saludable.

Las actitudes “negativas” hacia la vida son más frecuentes en mujeres cuya principal y única ocupación es estar al cuidado del hogar y sus miembros. Tal como expresan algunas entrevistadas, la salida de los hijos del

hogar, significó para ellas que “todo estaba terminado”. En estas circunstancias algunas mujeres tienen grandes dificultades para generar espacios propios y dirigir acciones orientadas al bienestar y al autocuidado. Así lo expresan cuando dicen que “viven en un estado de encierro y aplastamiento”. El aislamiento determina que los individuos se perciban extremadamente vulnerables en un entorno de azares y peligros, adoptan respuestas pasivas o recurren a una lógica de retraimiento (Calvez, 1998).

Para la mayoría de las mujeres estar activas es uno de los aspectos más importantes para la salud y el bienestar. A pesar de las exigencias que implica el trabajo, la actividad laboral hace sentir bien a las mujeres. Las ventajas de tener un empleo se relacionan con la independencia económica, con la posibilidad de establecer vínculos con otras personas y con una sensación de vitalidad. “Ocupar el tiempo” es una necesidad en común y un modo de contrarrestar los “vacíos” que en algunos casos generan las transformaciones familiares. En opinión de las mujeres, “estar sin hacer nada”, “no tener la cabeza ocupada”, es la causa de muchos problemas de salud.

Ideas acerca del cáncer y los métodos de detección

De acuerdo con las opiniones de las mujeres, el cáncer adquiere diferentes significaciones: por un lado, se lo concibe como una enfermedad “terrible” y “traumática”, que es el tipo de definición más frecuente; o de un modo menos trágico, como una enfermedad “común que puede tener cualquiera”. Si bien solamente dos entrevistadas se refirieron al cáncer de esta manera, varias mujeres mencionaron que los avances de la ciencia y la mayor difusión de conocimientos contribuyeron a que el cáncer dejara de ser una palabra “prohibida”, sinónimo muerte.

En general, las mujeres consideran que el cáncer se puede prevenir y señalan la importancia de realizar chequeos médicos. Un dato significativo es que atribuyen al cáncer ginecológico mayores posibilidades de cura que a otros tipos de cáncer que se consideran “más agresivos” y “fulminantes”. Sin embargo, la noción de prevención aparece asociada a la manifestación de los “primeros síntomas”, hecho que vuelve a poner de manifiesto cierto desconocimiento en torno a la importancia de estas técnicas para la detección temprana de lesiones mínimas, no identificables a “simple vista”.

La mayoría de las mujeres relaciona el examen de Papanicolau, colposcopia y mamografía con el cáncer ginecológico y opinan que estas técnicas permiten identificar “quistes”, “tumores” o “fibromas”. Es importante destacar, que muy pocas mujeres hicieron alusión a las infecciones de transmisión sexual y su posibilidad de detección por medio de estas técnicas. Este no es un problema menor si se tiene en cuenta, por ejemplo, que la infección del virus del papiloma humano (HPV), cuya principal forma de transmisión es por vía sexual, es un factor vinculado al desarrollo del cáncer de cuello uterino. El autoexamen de mamas parece ser una práctica frecuente entre las mujeres, aunque no se efectúa en forma periódica y tampoco se conoce con exactitud el modo correcto de realización.

Una idea que circula entre las mujeres es que ante la eventualidad de un cáncer de útero, es preferible “que te saquen todo”, “que te vacíen”. Esta representación de la “cura” en algunos casos genera muchos temores y es un factor que puede desalentar la concurrencia a los controles médicos.

¿Quiénes son las mujeres que pueden tener cáncer? Hay acuerdo entre las entrevistadas acerca de que cualquier mujer puede padecer esta enfermedad, “el cáncer no selecciona”. No obstante, algunas entrevistadas establecen diferencias entre las mujeres que efectúan controles periódicos y las que no los realizan, considerando que la probabilidad de tener cáncer es menor entre las primeras. Señalan que la menopausia, los antecedentes familiares, y los malos hábitos como fumar son factores que pueden aumentar la posibilidad de padecer esta enfermedad. De todos modos, y al mismo tiempo, está siempre presente la idea de azar, de destino, y la creencia en que “el cáncer te toca porque te toca” o “porque te llegó la hora”; ideas que forman parte de sus visiones acerca de las enfermedades, la vida y la muerte. Para muchas mujeres el cáncer es consecuencia de los estados de angustia, los disgustos y las preocupaciones.

Los conocimientos que poseen sobre el cáncer los obtienen a partir de la televisión y de las experiencias propias o de personas cercanas con la enfermedad. El contacto con los servicios de salud y los profesionales médicos también constituye una oportunidad para acceder a mayor información. A pesar de ello y de la importancia que le atribuyen a la prevención, las mujeres tienen grandes dificultades para incorporar pautas de

cuidados. La efectividad de las prácticas preventivas obliga a una rutina de comportamiento que no siempre se lleva a cabo.

Prácticas preventivas del cáncer ginecológico

Para comprender el modo en que los individuos evalúan los riesgos, se requiere estudiar la relación entre los procesos sociales y los valores compartidos (Douglas, 1996).

La mayoría de las mujeres realizaron controles ginecológicos en el último año (Papanicolau, colposcopia y mamografía). De acuerdo con sus testimonios, estas prácticas forman parte de una historia de cuidados de la salud sexual y reproductiva que en general no es continua, sino que comienza, se interrumpe y en algunos casos vuelve a empezar. Un dato a tener en cuenta es que el tiempo transcurrido sin que algunas mujeres se efectuaran controles se sitúa entre 8 y 15 años.

La primera consulta ginecológica casi siempre se llevó a cabo después de que las mujeres contrajeran matrimonio, y era motivada fundamentalmente por el embarazo y, en menor medida, por la búsqueda de un método anticonceptivo. “Antes, no se usaba”; las consultas médicas consistían únicamente en las visitas al médico clínico. Esta modalidad tenía lugar en una época donde los valores sociales y las normas culturales y de género asignaban a la mujer la responsabilidad del cuidado del hogar y sus miembros, y la maternidad constituía el principal símbolo de la identidad femenina. Los mandatos culturales y familiares determinaban para las mujeres la prohibición de mantener relaciones prematrimoniales. La sexualidad estaba disociada del placer e indiferenciada de la reproducción. Las coerciones y prohibiciones que regían sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres al parecer implicaron relaciones conflictivas con el propio cuerpo y dificultades para la interiorización de pautas de cuidados. Según los relatos de las entrevistadas esta situación se pone de manifiesto a partir de la primera menstruación. La falta de recursos y de apoyo social también se hace evidente cuando las mujeres dicen que “se formaron solas”.

En términos generales es posible identificar tres tipos de trayectorias de cuidados. La primera es la más frecuente y en estos casos el primer Papanicolau y colposcopia tiene lugar en ocasión del primer embarazo. Si se tiene en cuenta la edad de las mujeres en dicha circunstancia, observamos que los primeros controles efectuados se sitúan aproximadamente entre los 19 y los 34 años¹¹. Luego de tener hijos, muy pocas mujeres (4) continuaron haciéndose controles en forma periódica y algunas mencionaron que los chequeos fueron cada 3 ó 4 años. Otras interrumpieron la visita al ginecólogo por un periodo de tiempo mayor. En general, son mujeres con estudios secundarios completos o sin terminar.

Si bien el acceso de las mujeres a los servicios de salud facilitó el aprendizaje de cuidados y el acceso a la información, ello no garantizaba la continuidad de las prácticas. Tal como revelan los datos, dichas prácticas están estrechamente vinculadas con el fenómeno de la reproducción y este hecho no puede comprenderse aisladamente del valor otorgado a la maternidad en nuestra cultura y –en relación a ello– a la importancia que adquieren los cuidados del embarazo y el parto. En tal sentido, se pone de manifiesto las dificultades que tienen las mujeres para adoptar medidas preventivas orientadas hacia otros ámbitos de la salud, que sean independientes de la reproducción.

En el ejercicio de los roles reproductivos, los cuidados hacia otras personas también determinan que las mujeres posterguen los cuidados de su propia salud. Este es un tema recurrente en los relatos de todas las entrevistadas. La vejez de los padres, la enfermedad del marido, las demandas de los hijos y el cuidado hacia los nietos ocupan un lugar central en las vidas de las mujeres, quienes suelen postergar la visita a los médicos y tienen grandes dificultades para considerar los riesgos.

Son pocas las mujeres que una vez que comenzaron con los chequeos ginecológicos nunca interrumpieron la visita al ginecólogo (3). Estas mujeres, a diferencia de las anteriores, hicieron su primer control antes de tener hijos y continuaron realizándolos periódicamente hasta la actualidad. Este tipo de trayectoria se observa en mujeres con nivel de estudios avanzados, que han tenido mayores posibilidades de acceder a la

¹¹ El límite superior de la edad no es preciso debido a que algunas mujeres tuvieron su primer hijo a edades más tardías que lo esperado, a causa de ciertas dificultades para quedar embarazadas. Por este motivo algunas ya habían realizado consultas con anterioridad.

información y a los conocimientos. Dos de estas entrevistadas dijeron que la presencia de profesionales médicos en su núcleo cercano motivó la realización de los controles ginecológicos. La incorporación de este tipo de pautas en forma temprana y rutinaria contribuyó al desarrollo de una actitud favorable hacia el cuidado y la adopción de prácticas preventivas perdurables.

El tercer tipo de trayectoria, en cambio, corresponde a mujeres que iniciaron los estudios de Papanicolau y colposcopia a edades más avanzadas, después de haber tenido hijos (entre los 43 y los 52 años, 4 casos). La escolaridad de estas mujeres es primaria o secundaria, la mayoría sin terminar. En general, las mujeres dicen que hicieron sus primeros estudios ginecológicos cuando pudieron acceder a una cobertura de salud y afirman que esa posibilidad también les permitió tener mayor información. Una de estas entrevistadas además señaló que sus primeros controles tuvieron lugar después de la muerte de su esposo, que estuvo enfermo durante 22 años, bajo su cuidado.

En general, las mujeres que en el último año se realizaron el Papanicolau y la colposcopia también se hicieron la mamografía, estudio que se recomienda una vez por año a partir de los cincuenta años de edad. La mayor parte de las entrevistadas realizó una consulta ginecológica ante los primeros síntomas de la menopausia, con lo cual podemos suponer que la entrada en esta etapa constituye un factor que favorece la realización de estos chequeos. Por el contrario, los controles parecen ser menos frecuentes en mujeres que han superado dicho periodo. 2 de 7 entrevistadas de 60 años o más nunca volvieron a hacerse chequeos luego de la menopausia y otras dos dejaron pasar 3 y 7 años respectivamente entre el control más reciente y el anterior.

Tal ha como sido mencionado, la ausencia de controles ginecológicos por tiempos prolongados es un hecho frecuente que se produce luego del nacimiento de los hijos. ¿Cuáles serían entonces los aspectos que influyen para que las mujeres vuelvan a hacerse estos estudios? La manifestación de síntomas no necesariamente vinculados con la menopausia; tener dolores y malestares que impidan el desempeño de las tareas cotidianas, padecer una enfermedad, o tener que asistir a otras personas enfermas, son hechos que ponen a las mujeres en contacto con los servicios de salud y en estas circunstancias, ya sea en forma directa o por derivación, llegan a realizar una consulta con el ginecólogo. Un dato que es interesante mencionar es que a partir de la menopausia dos de las mujeres entrevistadas comenzaron a asistir a un taller sobre menopausia que funciona en un centro de salud. Ellas dicen que su participación en estos encuentros significó un cambio favorable en sus actitudes y comportamientos de cuidados, así como también en su estado de ánimo e incluso en su sexualidad.

En síntesis, los testimonios de las mujeres expresan la diversidad que existe en el ejercicio de las prácticas preventivas: los distintos momentos de inicio, el tipo de periodicidad en los chequeos y las diferentes situaciones que las llevaron a iniciar, continuar, abandonar y/o retomar los estudios ginecológicos. Estas historias no hablan solamente de “las mujeres” como seres individuales y abstractos, sino de las mujeres y la cultura, su historia familiar, sus condiciones de vida, su relación con los servicios de salud, y sus redes de apoyo. Es a partir de estos aspectos, que podemos comprender sus historias de cuidados y sus posibilidades de atender su propia salud.

Aspectos que dificultan la prevención

Las mujeres entrevistadas manifiestan que las razones por las que algunas mujeres no se hacen el Papanicolau, la colposcopia y la mamografía podrían ser el pudor o la vergüenza que genera “mostrar el cuerpo”; y los miedos vinculados al espéculo, al dolor, a la búsqueda del resultado o a una eventual operación. También creen que algunas mujeres no se hacen chequeos por “dejadez”, término que para ellas significa “no preocuparse por las cosas de uno mismo”.

Sus opiniones también revelan otro tipo de dificultades relacionadas con el funcionamiento de los servicios de salud, que muchas veces actúa como obstáculo para la concurrencia a los controles médicos. Se trata de los problemas que tienen para conseguir turnos; los largos tiempos de espera para la atención; la imposibilidad de hacerse todos los estudios en una única consulta; las características de la consulta misma y el trato que reciben por parte de algunos profesionales, que muchas veces dificulta la comunicación.

La falta de información constituye un tema de suma importancia porque el acceso a los conocimientos, aunque no necesariamente implica la adopción de medidas preventivas, les permite a las mujeres tomar

decisiones eficaces e informadas sobre la salud. Una mujer de 54 años cuya madre tuvo cáncer de mamá manifestó que acudió a una consulta apenas se enteró que este tipo de antecedentes representaba un riesgo para su salud. Se enteró por medio de un cartel que leyó en el hospital mientras acompañaba a su madre a una consulta médica.

En cuanto a la variable tiempo, “el tiempo que se pierde”, como lo expresan las mujeres, es el tiempo que ellas pasan sin dedicar a sus actividades cotidianas, situación que se torna más compleja si no se cuenta con ningún tipo de apoyo. Para las amas de casa “las cosas de la casa hay que dejarlas de hacer ese día”. Las que trabajan fuera del hogar opinan que “la falta de tiempo” debido a las obligaciones familiares y laborales es lo que impide que las mujeres vayan al médico. Cuando ellas solicitan turnos, lo hacen fuera del horario de trabajo, o durante el fin de semana cuando no tienen que trabajar. Aunque digan que ausentarse de sus trabajos no sería problemático, esto no ocurre en la práctica. Dejar de trabajar y pedir permiso para ir al médico parecería ser algo impensable.

A la falta de tiempo se suma la falta de dinero, que se relaciona con la precariedad y la falta de empleo, situación que afecta a varias mujeres; con el hecho de no tener obra social y tener que atenderse en el hospital público; con “ganar la mínima” de jubilación o pensión, que en algunos casos implica que no alcance la plata para comprar medicamentos. Si bien existen arreglos familiares y de ayuda mutua donde los hijos contribuyen económicamente al hogar, es muy frecuente la preocupación por no molestar a los hijos, ni en el presente ni en el futuro.

Con relación a los hijos, hemos visto que el acontecimiento de un embarazo genera un momento propicio para la realización de estudios ginecológicos. Pero como dicen las mujeres “...después ya tenía familia...de los médicos, te olvidabas...”. Un dato que resulta importante mencionar es que las mujeres que tuvieron dificultades para quedar embarazadas, las que debieron realizar tratamientos para lograr el embarazo, y aquellas que padecieron experiencias “traumáticas” durante los partos, señalan que este tipo de acontecimientos provocó su alejamiento de los servicios de salud y un rechazo a tener que someterse nuevamente a controles.

¿Cuál es la situación de las entrevistadas que no se hicieron chequeos ginecológicos en el último año? Como ya ha sido mencionado, la ausencia de síntomas es una de las razones más frecuentes para no hacerse los estudios. La salud concebida como ausencia de enfermedad parece tornar sin sentido a la prevención, a pesar de que las mujeres digan que es importante. Otra de las razones que dificulta la interiorización de pautas de cuidados tiene que ver, en palabras de las entrevistadas, con “la falta de voluntad” y el “desgano”. Al profundizar en estos aspectos encontramos que a algunas mujeres les resulta difícil tomar iniciativas cuando éstas dejan de estar dirigidas a las necesidades y los cuidados hacia los otros. Es que en el ámbito familiar y en la relación con los otros las mujeres ejercen un rol principal que define tradicionalmente su identidad como mujer. Como consecuencia de las transformaciones familiares las tareas y los roles de la vida cotidiana también se modifican y estos cambios que generan incertidumbre no siempre se visualizan como una oportunidad para apropiarse de un tiempo y de un espacio propio.

Si se tienen en cuenta todos los aspectos considerados, la contradicción que parece existir entre las opiniones sobre la prevención y las prácticas preventivas se vuelve menos compleja y cobra sentido a la luz de los relatos de las mujeres que tratan sobre los miedos, la familia y los acontecimientos de esta etapa del ciclo vital.

Conclusiones

Las actitudes y las pautas de cuidados de las mujeres adultas no se pueden comprender si no se tiene en cuenta las características de las vidas de las mujeres. Ello pone de manifiesto la importancia de estudiar no solamente a la mujer y sus prácticas sino a la mujer en toda su dimensión social.

Las prácticas preventivas del cáncer ginecológico están estrechamente vinculadas con determinados acontecimientos significativos de las vidas de las mujeres como el “inicio” de la sexualidad legitimado a través del matrimonio, el embarazo y el nacimiento de los hijos, o la entrada en la menopausia. Es decir, que los comportamientos de las mujeres frente al cáncer parecerían estar más relacionados con otros cuidados de la salud que con la prevención del cáncer en sí mismo. La maternidad es un fenómeno muy ligado a estas prácticas cuyos

cuidados parecen adquirir prioridad sobre otros. No obstante, a diferencia de la época de la juventud, en la etapa de la vida adulta parecería existir una mayor consideración por parte de las mujeres hacia las patologías genito mamarias. Sin embargo, ello no necesariamente implica una mayor frecuencia en la asistencia a los controles. La percepción del riesgo y las prácticas preventivas se encuentran afectadas por la presencia de sesgos culturales que lleva a las mujeres a no considerar determinados riesgos. En tal sentido, las creencias, las normas y los estereotipos de género ejercen una fuerte influencia en la capacidad de las mujeres para percibir riesgos y atender al cuidado personal. El lugar asignado a la mujer en la familia como única responsable del cuidado del hogar y sus miembros dificulta las posibilidades de las mujeres para dirigir acciones hacia el autocuidado. Las mujeres se perciben a sí mismas dentro del ámbito familiar y en ocasiones ello dificulta la generación de espacios que incluyan acciones orientadas al bienestar propio. En los últimos años, las transformaciones en la condición de la mujer si bien implicaron una mayor autonomía femenina, también significaron mayores exigencias para las mujeres que repercuten en la incorporación de ciertas pautas de cuidado. El desconocimiento de algunos temas relativos al cáncer constituye otro de los obstáculos que les impide tomar decisiones eficaces e informadas sobre su salud y su bienestar. Asimismo, todavía es necesario modificar los efectos que producen los miedos a esta enfermedad. El reconocimiento de estas problemáticas y de las necesidades específicas de las mujeres adultas es un paso necesario para garantizar el derecho a una vida saludable.

Referencias bibliográficas

- Atlas de mortalidad por cáncer en la Argentina 1997-2001. Área de investigación del Instituto de Oncología Ángel Roffó. Universidad de Buenos Aires. Publicación electrónica. Disponible en CD.
- Beck, U. (1998): La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad. Barcelona. Paidós.
- Calvez, M. (1998): Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis del sida. Misiones. Ed. Universitaria.
- Douglas, M. (1996) La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales, Barcelona, Paidós.
- Doyal, L. (1995). What makes women sic: Gender and de Political economy of health, Londres, Macmillan. (Traducción). Capítulos 1 y 2.
- Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Aspectos referidos a la salud 2002. Dirección general de estadísticas y censos. GCBA. N° 3 Año 2004. ISSN 1668-2548
- Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. INDEC. 1995.
- Encuesta de Condiciones de Vida. SIEMPRO. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. 2001.
- Encuesta de Salud Reproductiva y Prevención. Universidad de Buenos Aires. Proyecto Ubacyt (2001-2003). Directora Elsa López. IIGG. FSOC. UBA.
- Glasser y Strauss, 1967: The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. N.Y. Aldine Publishing Company.
- López, E. y M.C. Tamargo (1995) “La salud de la mujer” en Infancia y condiciones de vida”, Buenos Aires, INDEC.
- López, E. y L. Findling (2003) Mujeres, salud reproductiva y prevención: prácticas individuales y acciones públicas. Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. N°1. En Internet.
- López Carrillo, L. et al (1996) “Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana”, en Langer, A. y K. Tolbert: Mujer sexualidad y salud reproductiva en México. Nueva York. Population Council.
- Mendes Diz, A.M. (1998) “Los jóvenes y el riesgo” en Mendes Diz, A; L. Findling; M. Petracci y A. Federico (comps) (1998): Salud y Población: Cuestiones sociales pendientes. Buenos Aires. Espacio.
- OPS-OMS. Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y El Caribe. Washigton D.C. 1990
- OPS-OMS. Análisis de la situación del cáncer Cérvico uterino en América Latina y El Caribe. Washigton D.C. 2004
- Programa de Atención Preventiva de la Salud de la Mujer. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Información relevada en la Universidad de Buenos Aires.
- Pujadas Muñoz, J.J (1997) El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Cuadernos Metodológicos. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Ramos, S; M. Gogna; M. Petracci; M. Romero y D. Szulik (2001): Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?, Buenos Aires, CEDES.
- Ramos, S. y E.A. Pantelides (1990) Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo, Buenos Aires, CEDES, Documento Cedes N° 43.
- Robles, S. C y E. Galanis (2002). “Breast cancer in Latin America and the Caribbean”. Rev Panam Salud Publica, vol.11, no.3, p.178-185.
- Taylor, S.J. y R. Bodgan (1996): Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós.

Bibliografía consultada

- Bianco, M. (1990): "Morbilidad y mortalidad de mujeres de edad mediana y avanzada en la Argentina" en OPS-OMS: Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y El Caribe. Nueva York. AARP. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1990.
- Domínguez Mon, A; A. Cetti; V. Tirotta y L. Piaggio (2003): Experiencias acerca del riesgo en salud en familias usuarias de un Centro de Salud de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires. Ponencia presentada en las V Jornadas de Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Domínguez Mon, A. (1996): "¿Quién cuida de las mujeres?...El VIH/ SIDA en la atención de la salud" en Desidamos. Revista de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires. Año IV. N° 3/4. Noviembre de 1996.
- Guimaraes, C.D. (1996): "Percepción de riesgo: estudio etnográfico de mujeres de bajos recursos en Río de Janeiro" en Desidamos. Revista de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires. Año IV. N° 3/4. Noviembre de 1996.
- Gogna, M; E. Pantelides y S. Ramos (1997) Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad, Buenos Aires, CEDES/ CENEP, Cuaderno del Cenep N° 52.
- Klimovsky, E. y L. Medvetzky (1998): "Conocimientos y prácticas de detección del cáncer génito mamario: resultados de una encuesta poblacional" en Medicina y Sociedad, Vol. 21, nro.4, Diciembre de 1998.
- Kleincsek Mendez, M. et al (1996): ETS-SIDA: discursos y conductas sexuales de las chilenas y los chilenos. EDUK.
- Geldstein, R; G. Infesta Domínguez y N. Delpino (2000) "La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas" en Pantelides, A. y S. Bott: Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires. Biblos.
- León Solís, M. y L. Rosero Bixby (2001): "La salud de la mujer y del niño", en Chen Mok, M.: Salud reproductiva y migración nicaraguense en Costa Rica 1999-2000: resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. San José. Universidad de Costa Rica. 2001.
- López, E. (1997) Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales y Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad Buenos Aires.
- Nathanson, C. (1996). "Disease prevention as social change", Population and Development Review 22, 4: 609-637.
- Nathanson, C.1980. "Social roles and health status among women: the significance of employment". Social Science and Medicine 14A (6): 463-471.
- Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo en las Américas 2003. OPS. Population Reference Bureau. 2003. En Internet.
- Palma Campos, C. (2002): "Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión. Vivencia de su salud y autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina" en Revista Mujer Salud. Santiago de Chile. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Febrero de 2002.
- Population Action International (1995): Preventing AIDS and STDs: Priorities for Family Planning Programs, mayo.
- Prendes Labrada, M. et al (1998): "Pesquisaje de cáncer de mama en la comunidad de Santos Suárez", en Revista Cubana de Medicina General e Integral
- Recchini de Lattes, Z. (1990): "Cambio de funciones en las mujeres argentinas de edad mediana" en OPS-OMS: Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y El Caribe. Nueva York. AARP. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1990.
- Rocco, D.R (2001) Mortalidad por cáncer de útero en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni". OPS. En Internet.

- Sayavedra Herrerías, G. (2000): "El Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino en las regiones Fronterizas y Altos de Chiapas" en Espinosa Damián, G. (Coord): *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una Mirada a la Situación Nacional y a Cuatro Estados*. México. El Atajo; Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población; Universidad Autónoma Metropolitana, 2000.
- Schufer, M. y otros (1990). *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud. Estudio descriptivo de la Ciudad de Buenos Aires y de San Salvador de Jujuy en Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. Centro de Investigación Social Aplicada.
- Scott, Joan (s/f): "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en *De mujer a género*, Centro editor de América Latina.
- Wallace, S. (1996): "Representaciones médicas sobre VHI-SIDA. Del riesgo a la vulnerabilidad" en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. CENEP/ OMS; CEDES; AEPA. Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- Zaldúa, G; G. Fabi y G. Di Marco (1993): "La prevención desde una perspectiva de género. Análisis de problemas relevantes en la salud de las mujeres" en Findling, L y A.M. Mendes Diz (Comp.): *La Salud en Debate. Una mirada desde las Ciencias Sociales*. IIGG. FCS. Oficina de Publicaciones. Ciclo Básico Común. Universidad de Buenos Aires.