

ARTÍCULOS ORIGINALES

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y OPINIONES SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO Y EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ADULTAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Risk Perception and Opinions about Cervical and Breast Cancer in Adult Women in the City of Buenos Aires

Marisa Ponce¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Las consultas de las mujeres para la realización del Papanicolaou y la mamografía se ven dificultadas por diversos factores sociales y culturales. La frecuencia de esos exámenes en el período reproductivo es baja y disminuye a medida que avanza la edad. OBJETIVOS: Describir las opiniones de las mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) sobre el cáncer de cuello de útero y de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. MÉTODOS: Se trabajó con datos primarios obtenidos en 2004 y 2005 a partir de entrevistas en profundidad. Se trató de una muestra intencional conformada por 30 mujeres de 50 a 64 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medios que residen en CABA. RESULTADOS: El miedo al cáncer, la asociación entre el sentirse y el saberse enferma, el desconocimiento de las ventajas del Papanicolaou y la mamografía, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, la persistencia de tabúes incorporados en la socialización y el papel desempeñado en los cuidados de familiares influyeron en la percepción de riesgo de contraer cáncer y en las prácticas preventivas. CONCLUSIONES: Aunque en la adultez parece existir un mayor conocimiento sobre el cáncer, subsisten numerosas barreras socioculturales que impiden a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Women find it difficult to have a Pap-smear test or mammogram done due to social and cultural factors. The frequency of these tests during the reproductive period is low and decreases with age. OBJECTIVES: To describe the opinions of adult women in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) about cervical and breast cancer, detection techniques, relevant factors in risk perception and preventive practices. METHODS: Research was carried out using primary data obtained in 2004 and 2005 through in-depth interviews. The intentional sample included 30 women aged 50 to 64 from low and middle socioeconomic class, all of them living in CABA. RESULTS: The fear of cancer, the connection between feeling ill and being ill, the lack of information about the advantages of Pap-smear test and mammogram, the concept of prevention as a synonym for immediately get professional advice after noticing changes in their physical condition, but not before, the persistence of taboos incorporated in socialization and the role played by taking care of their family had influence on risk perception of getting cancer and preventive practices. CONCLUSIONS: Although there seems to be more information about cervical and breast cancer in adulthood, there remain numerous socio-cultural barriers impeding women to remain in the processes of care that help prevent disease.

PALABRAS CLAVE: Prevención - Percepción de riesgo - Cáncer de cuello de útero - Cáncer de mama - Barreras

KEY WORDS: Prevention - Risk perception - Cervical cancer - Breast cancer - Barriers

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

FECHA DE RECEPCIÓN: 14 de mayo de 2012

FECHA DE ACEPTACIÓN: 12 de noviembre de 2012

CORRESPONDENCIA A: Marisa Ponce
Correo electrónico: marisa_ponce@fibertel.com.ar

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama afectan gravemente la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En Argentina, ambas enfermedades siguen representando una causa importante de mortalidad, a pesar de que son tempranamente detectables y potencialmente curables.¹ La prevención secundaria por medio de la detección temprana de lesiones a través de las técnicas de Papanicolaou (PAP) y mamografía es la principal medida sanitaria recomendada por la Organización Mundial de la Salud cuando se dispone de los recursos necesarios.²

Los datos de las investigaciones sobre salud sexual/reproductiva y la información procedente de distintas encuestas nacionales de población revelan que la pobreza y el bajo nivel educativo dificultan la prevención en salud.³⁻¹¹

Estos estudios han demostrado que las prácticas preventivas son infrecuentes en el período reproductivo y disminuyen aún más en las mujeres de mayor edad, lo que revela, asimismo, la propensión de las mujeres a no concurrir a la consulta ginecológica una vez finalizada la etapa reproductiva. La mayor parte de esa información corresponde a mujeres en edades fértiles y destaca la incidencia de factores socio-demográficos (edad, estado conyugal, escolaridad, condición de actividad, número de hijos, tipo de cobertura de salud) en sus comportamientos.

El propósito de este artículo es analizar otros factores menos estudiados, como las creencias sobre el cáncer de las mujeres que han superado la edad fértil y la información disponible sobre las técnicas de detección y la percepción del riesgo de la enfermedad. Los datos fueron elaborados en el marco de una investigación más amplia realizada con financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) para la Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.¹²

El objetivo específico es describir las opiniones de las mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) sobre el cáncer de cuello de útero y de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas.

MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos a partir de un diseño metodológico cualitativo basado en entrevistas en profundidad. Se trabajó con una muestra intencional compuesta por 30 mujeres de 50 a 64 años que pertenecían a estratos socioeconómicos medios y bajos, y residían en CABA. Para tratar de lograr homogeneidad en las entrevistadas se decidió incluir solamente a las mujeres que tenían al menos un hijo nacido vivo: la edad de 50 a 64 años señala un periodo de la vida y la existencia de hijos nacidos vivos excluye a las mujeres infértiles, sin relaciones sexuales o que prefirieron no tener hijos, porque se partió de la idea de que las mujeres con hijos tienen mayor acercamiento a los servicios de salud que las que no los tienen, de la misma manera en que se establecieron los límites de los niveles educacionales y de la pertenencia a estratos socioeconómicos. No se trató de pensar en la mayor o menor probabilidad de enfermar. Esto permitió profundizar los conocimientos de estudios previos, que señalaron el problema de la desvinculación de los servicios de atención después del período reproductivo (ver Tabla 1).^{4,6,7,13}

La información se recogió entre fines de 2004 y mediados de 2005. Casi todas las entrevistadas fueron contactadas por fuera del ámbito de los servicios de salud a través de redes personales, informantes clave y mediante la técnica de bola de nieve. La entrevista se llevó a cabo en una sola visita y fue registrada en una grabación autorizada por la informante. No hubo aval ético de ningún comité porque a la fecha del proyecto el CONICET no lo requería, pese a lo cual, por la índole de las preguntas y basándose en las convenciones internacionales sobre investigación en salud¹⁴⁻¹⁸, se incluyó la

TABLA 1. Distribución de la muestra por edad y estrato socioeconómico.

Edad	Estratos socioeconómicos medios	Estratos socioeconómicos bajos	Total
50-54	5	7	12
55-59	4	5	9
60-64	7	2	9
Total	16	14	30

Fuente: Elaboración propia.

aplicación del consentimiento informado. El tamaño final de la muestra estuvo dado por el criterio de saturación teórica.¹⁹ Para realizar las entrevistas en profundidad se elaboró un guión que contenía los siguientes ejes temáticos: 1) historia familiar, conyugal y reproductiva; 2) itinerarios educativos y laborales; 3) experiencias de la madurez de la vida; 4) vida cotidiana y papeles desempeñados; 5) significados atribuidos a la salud, la enfermedad y el cuidado; 6) percepción de riesgos en salud; 7) opiniones sobre el cáncer, sus técnicas de detección y tratamiento; 8) pautas de cuidado de la salud sexual y reproductiva; 9) experiencias en torno a la consulta ginecológica; 10) trayectoria de cuidados de las patologías génito-mamarias; 11) datos sociodemográficos de las entrevistadas y de su núcleo familiar. El análisis de la información se basó en la identificación de los factores que facilitaron u obstaculizaron la percepción del riesgo y la realización del PAP y la mamografía a lo largo de la vida. Se utilizó un programa informático (QSR NUD IST), que permitió codificar, agrupar, relacionar y comparar unidades textuales de acuerdo con su contenido. La interpretación de la información recogida se realizó desde una perspectiva sociocultural, partiendo del supuesto de que el modo de pensar, sentir y actuar de las mujeres está relacionado con sus propias visiones acerca del mundo, la enfermedad, la vida y la muerte,²⁰⁻²² los patrones de cuidado adquiridos en la socialización,²³⁻²⁵ las representaciones y los papeles de género,²⁶⁻²⁸ las redes de apoyo social y de comunicación²⁹⁻³⁰ y las acciones y omisiones de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud.³¹⁻³² Los datos que aquí se presentan corresponden a los ejes temáticos 6 y 7, y sólo son representativos de las mujeres adultas entrevistadas.

RESULTADOS

OPINIONES SOBRE CÁNCER Y PREVENCIÓN

El temor al cáncer dificultaba el diálogo, por lo que se utilizaban términos distintos para nombrarlo:

"Tengo miedo de tener algo en los huesos, bah, cuando uno dice 'algo', dice cáncer, ¿no?" (Dede, 54 años, estratos medios-bajos)

Entrevistadas de diferentes estratos sociales evitaron hablar del cáncer porque creían que con solo pensarlo o nombrarlo podían tener la enfermedad:

"Trato de no pensar en todas esas cosas [...] Quizás me lo traigo yo misma encima de tanto pensar, ¿no?" (Juana,

64 años, estratos bajos)

La mayor parte de las mujeres describió al cáncer como una enfermedad "terrible y traumática", que no se puede evitar y casi siempre lleva a la muerte:

"Nombrás cáncer y yo estoy viendo la calavera... Para mí es así, una cosa final". (Irene, 59 años, estratos medios)

Solamente dos entrevistadas de estratos medios definieron al cáncer como "una enfermedad común, que puede tener cualquiera": una de ellas realizaba exámenes ginecológicos en forma periódica desde la juventud y las dos tenían antecedentes de cáncer en sus familias. A pesar de las dificultades para hablar de la enfermedad, varias mujeres opinaron que los avances de la ciencia y la mayor difusión de información ayudaron a que la palabra cáncer dejara de ser un término tabú y sinónimo de muerte:

"Ahora creo que se está hablando más, está más abierto. Igual que la cuestión del SIDA, ¿no?" (Estela, 57 años, estratos medios)

Los testimonios reflejan las percepciones sobre las causas de la enfermedad, que pueden agruparse en categorías no excluyentes: emocionales, episodios vitales, biológicas y destino/azar. Siguiendo esa clasificación, muchas entrevistadas expresaron que el cáncer podía deberse a estados de angustia (percibidos como una amenaza para la salud y como una falta de bienestar psicológico y emocional), más que a problemas de orden físico:

"Yo pienso que por muchas cosas, por tristeza, por disgustos... Por los casos que conozco, a mí me da la impresión que viene más por ese lado, por preocupación, por temores". (Adriana, 54 años, estratos medios-bajos)

En la misma dirección, varias entrevistadas señalaron que determinadas circunstancias vitales (como las situaciones de duelo o los conflictos conyugales y familiares) podían originar la enfermedad, y algunas asociaron el hecho con la pérdida de sus seres queridos:

"Mi mamá se puso mal después de que falleció mi papá. Porque eran muy unidos los dos. Y a los cinco años que falleció mi papá, murió ella de un cáncer de mama". (Rosalía, 58 años, estratos medios-bajos)

Una mujer perteneciente a los estratos bajos sintió que el cáncer que había causado la muerte de su marido era "un castigo" por haberse practicado un aborto. En menor medida, otras entrevistadas asociaron el origen de la enfermedad con fallas en el funcionamiento del organismo, que parecen existir en un estado latente y pueden devenir en cáncer:

"Yo creo que no sólo es una falta de cuidado, porque esto le agarra a todo el mundo, yo creo que es propenso del organismo, también, ¿no?, una cosa orgánica, congénita, no sé..." (Matilde, 64 años, estratos medios)

Por último, se mencionaron factores que dependían del azar o del destino, escapaban al control del individuo y, por consiguiente, no podían predecirse. Muchas mujeres se refirieron al cáncer como a un mal que aparece inesperadamente: "te toca porque te toca", "porque tiene que pasar" o "se despierta de repente". Desde esta óptica —que expresa el pensamiento de las mujeres sobre el funcionamiento

de la vida y la muerte—, nada puede evitar la enfermedad, por lo cual los individuos se convierten en víctimas pasivas:

"A mí me da la sensación que la vida en algún momento te para, ¿no?, te frena, te da una oportunidad (...) te pone de rodillas, ahí interviene la vida, o sea, la vida en algún momento te dice: 'bueno, pará, hasta acá llegaste, ahora bajate'". (Leila, 59 años, estratos medios bajos)

En general, las entrevistadas consideraron que el cáncer se puede prevenir. Mencionaron el hecho de no fumar como una medida de protección contra el cáncer de pulmón y los controles médicos para "tomar las cosas a tiempo", idea que alude a la detección temprana y que, según lo manifestado, fue incorporada a partir de los mensajes emitidos por los medios de comunicación:

"Creo que hay muchas herramientas hoy en la medicina. Todo lo que es prevención es para no llegar a un estadio que te pueda causar la muerte". (Graciela, 53 años, estratos medios)

El hecho de que la mayor parte de las entrevistadas haya mencionado el cuidado de la salud y la concurrencia a los controles médicos como aspectos que ayudan a evitar el cáncer y la muerte permitió relativizar la idea acerca del carácter impredecible de la enfermedad. Algunas mujeres consideraron que el cáncer de cuello uterino, de ovarios y de mama ofrecía mayores posibilidades de prevención y de cura que otros tipos "más agresivos", como el cáncer de colon o de páncreas.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS TÉCNICAS DE DETECCIÓN

Casi todas las entrevistadas opinaron que el Papanicolaou, la colposcopia, la mamografía y el autoexamen mamario servían para "prevenir / evitar" y/o "saber / detectar" "cáncer/quistes/tumores/fibromas". Pese a que los primeros conceptos admitían distintos significados, todos ellos se asociaron con el cáncer. Aunque la mayoría dijo desconocer quiénes eran más propensas a enfermarse, algunas consideraron que las mujeres que efectuaban controles periódicos tenían un riesgo inferior a las que no los realizaban.

Algunos testimonios denotaron una valoración diferencial hacia las técnicas de detección. Otorgaron al examen de mamografía una importancia inferior a la del Papanicolaou y la colposcopia, porque revelaba problemas "más fáciles" de identificar. Esta idea llevó a algunas mujeres a pensar que el autoexamen de mama era suficiente como modo de detección y tornaba superflua la mamografía:

"El Papanicolaou es bueno, porque una no tiene síntomas hasta que los tiene. Con la mamografía, una está más tranquila, porque si no siente nada, no tiene nada, ¿viste? Entonces no vas..." (Irma, 63 años, estratos bajos)

Otros testimonios mostraron un cierto desconocimiento en torno a la utilidad de los exámenes. Aunque en las opiniones respecto a la mamografía se puso de relieve la posibilidad de identificar quistes, tumores o fibromas, no todas las entrevistadas sabían que permitía detectar lesiones mínimas e irreconocibles a través del tacto. Al hablar sobre el Papanicolaou, muy pocas hicieron alusión a las

infecciones de transmisión sexual. Se observó un escaso conocimiento sobre el virus del papiloma humano, cuya asociación con el cáncer de cuello de útero tampoco fue mencionada. A su vez, una mujer expresó que no quería someterse al Papanicolaou porque podía contagiarse una infección. El temor a sentir dolor en los exámenes, el miedo a obtener un mal resultado y la vergüenza fueron otras barreras que obstaculizaron la realización del Papanicolaou y la mamografía, sobre todo en las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos.

La noción de prevención no significaba necesariamente anticiparse a la eventualidad de un problema, sino que se asociaba a la aparición de los primeros síntomas:

"Siempre hay un aviso antes si algo anda mal [...] si no tenés nada, no tenés nada, me parece a mí". (Francisca, 50 años, estratos medios bajos)

En otras palabras, para la mayoría de las entrevistadas, prevención significaba acudir rápidamente al médico cuando notaban algún problema, pero no antes. Este aspecto fue identificado como un factor condicionante de la asistencia a los controles ginecológicos.³³ En efecto, el análisis de las prácticas preventivas mostró que, a lo largo de la vida, las mujeres concurrían a las consultas por motivos vinculados con la atención del embarazo, el parto, la menopausia y la necesidad de resolver afecciones que se tornaban evidentes. Todo indica que la asistencia a los servicios de salud y la realización de los estudios ginecológicos y mamarios buscaban una atención médica que no estaba relacionada con la prevención del cáncer.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Debido a diferentes factores sociales, culturales y de género, a lo largo de la vida no se percibía el riesgo de enfermarse de cáncer y no se demandaban cuidados. Los relatos de las entrevistadas, al igual que otros testimonios de mujeres adultas,³⁴ revelaron que la salud sexual y reproductiva se relacionaba con aspectos configurados históricamente como tabúes y, consecuentemente, condenados al silencio:

"Nosotras, las hermanas, cuando menstruamos, nos tuvíamos que arreglar solas. Nos vino y nos vino... y apareció una amiga que nos dijo que le pasó antes. Eso era así antes [...] porque en la clase alta, clase baja, clase media, sea la clase que sea, era un tema tabú..." (Carmela, 60 años, estratos medios)

En la época en la que crecieron las entrevistadas, los conocimientos sobre sexualidad y reproducción femeninas estaban guiados por preconceptos y restricciones culturales. Se establecía la prohibición de mantener relaciones premaritales, obstaculizando así el goce y el libre ejercicio de la sexualidad, cuya práctica se presumía limitada a la reproducción:

"Estaba fuera de información [...] No se hablaba ni en los colegios en ese entonces [...] Y yo me fui haciendo sola [...] Cuando me casé, tenía que casarte de blanco y de señorita, nada de tener relaciones. Yo no sabía nada de nada. Para mí fue algo muy tremendo, muy vergonzoso

[...] O sea que yo era nula, no me da vergüenza decirlo [...] Me decían tantos días, yo jamás sabía de los cuidados. Por eso tuve cinco hijos. Hoy por hoy, si voy para atrás, quizás hubiera tenido dos". (Juana, 64 años, estratos bajos)

Las trayectorias de la mayoría de las entrevistadas revelan que la primera consulta ginecológica y el primer Papanicolaou se llevaron a cabo después del casamiento y la maternidad, lo que refleja el entramado de significaciones que enmarcaban las prácticas de cuidados de la salud ginecológica. Por entonces, no era habitual que las jóvenes solteras concurren al ginecólogo y, si lo hacían, debía ser en compañía de las madres:

"Le dije a mi mamá que quería hacer una consulta ginecológica. Me acuerdo de los ojos desorbitados de mi mamá... de dibujito animado, pero accedió y me acuerdo que inclusive me permitió que entrara sola a la consulta. Yo estaba en cuarto año, tendría 16". (Irene, 59 años, estratos medios)

Las entrevistadas señalaron que ni sus madres ni los médicos les hablaron del Papanicolaou, hecho que puede asociarse a la menor disponibilidad y difusión de técnicas de control del cáncer femenino en el pasado:³⁵⁻³⁷

"De soltera, jamás me hice nada, porque antes también tenía otra educación, otra formación. Por ejemplo, las madres de las mujeres de mi generación se han muerto sin hacerse un Papanicolaou. Era así la cosa. Pero ya de casada es diferente... aparte que quería quedar embarazada, y te hacés más controles a ver si estás bien o si no estás bien". (Carmela, 60 años, estratos medios)

Los mandatos de género mostraron su influencia: después de los primeros controles ginecológicos, no hubo una continuidad periódica (entre otras razones, por la prioridad que adquiría el cuidado de los hijos, uno de los principales factores asociados a la interrupción de los estudios):³⁴

"Ya tenía al nene, tenía que atender al nene... y no me cuidaba tanto". (Rosalia, 58 años, estratos medios-bajos)

Esa mirada protectora hacia los otros llevó a evaluar los riesgos en función de lo que podía ocurrirle a la familia más que a las propias mujeres:

"¿Por qué las mujeres a veces no van a hacerse estos estudios que son tan importantes? Porque no nos damos los tiempos, no nos damos la importancia, y porque estamos siempre para los hijos, para los nietos, para los demás, entonces se te pasan los turnos, que hoy, que mañana, que pasado, y bueno..." (Estela, 57 años, estratos medios)

A ello se sumaron las representaciones de las mujeres durante la etapa de la juventud, cuando el cáncer era percibido como un riesgo poco probable o una enfermedad que podía afectar a otras personas:

"Yo escuchaba siempre a Tita Merello... Y no sé... no le prestaba atención... me parecía que yo no tenía necesidad de ir [...] Cuando una es joven, piensa que eso le pasa a las demás, a vos no". (Dede, 54 años, estratos medios-bajos)

La menor disponibilidad de redes de apoyo y comunicación —entendidas como entramados de relaciones sociales, donde la transmisión de valores y pautas de cuidado forma

parte de las interacciones recíprocas—²⁹⁻³⁰ también condicionó la percepción de riesgo de algunas mujeres de estratos medios y bajos, que se replegaron hacia el espacio privado del hogar y notaron la falta de vínculos, amistades y vida social.³⁸

Aunque en la madurez de la vida las entrevistadas continuaron ejerciendo el papel de principales cuidadoras de la familia, durante esa etapa sintieron que podían tomar ciertas decisiones, modificar actitudes y comportamientos, y no postergar sus intereses. Esto redundó en una mejor predisposición hacia el propio cuidado y en una mayor percepción de los riesgos que entrañan las afecciones ginecológicas y mamarias. Con los años, las mujeres adquirieron una información más completa sobre el cáncer femenino y sus técnicas de detección. A ello contribuyeron las recomendaciones proporcionadas por los médicos en los servicios de salud. Las vivencias de algunas entrevistadas, en cuyo entorno había habido madres, amigas y otras mujeres con cáncer de cuello de útero y de mama, también concientizó sobre la enfermedad. Otro de los factores que ayudó a considerar el riesgo fue la mayor percepción de la finitud de la vida asociada al avance de la edad; aunque cabe advertir que varias mujeres otorgaron prioridad a otros problemas de salud que formaban parte de los antecedentes familiares, como el Alzheimer, el Parkinson o las afecciones cardíacas:

"Cuando vas siendo más grande es como que te vas dando cuenta de que te tenés que cuidar... y valorar otras cosas que quizás, cuando sos más joven, no valorás: el cuidarse, la alimentación, el no fumar, o fumar menos, y todas esas cosas, ¿no? A lo que antes no le daba importancia y ahora... lo miro con respeto, todo eso". (Graciela, 53 años, estratos medios)

Por su parte, algunas entrevistadas que no tenían pareja ni mantenían relaciones sexuales mostraron una menor predisposición a percibir el riesgo y a efectuarse los controles ginecológicos. Esta situación incluyó a algunas mujeres que asociaron el significado de salud y bienestar con la ausencia de síntomas: el hecho de no tener dolores, quistes o hemorragias llevaba entonces a desestimar el riesgo de enfermarse:

"Vas al médico como al dentista, vas cuando ya te duele que no das más. Pero si no, dejás, dejás, dejás... Así es con el médico, pienso que con un dolor voy a ir". (Irma, 63 años, estratos bajos)

DISCUSIÓN

En CABA, las prácticas preventivas del cáncer de cuello uterino y de mama disminuyen a medida que avanza la edad de las mujeres, y esa disminución se agudiza en las más pobres, las menos escolarizadas y las que acuden a los servicios públicos de salud.⁸ A partir de un estudio realizado en Argentina en la década de 1980³ y de otras investigaciones llevadas a cabo dos décadas después en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)⁵ y la Provincia de Buenos Aires,³⁹ se demostró que el conocimiento insuficiente e impreciso sobre el cáncer de cuello uterino y la utilidad del Papanicolaou era un importante obstáculo para

la prevención, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la enfermedad. En concordancia con esos hallazgos, los resultados del presente estudio revelaron que en las mujeres adultas de CABA también subsisten conocimientos escasos y abstractos sobre el cáncer de cuello de útero y de mama y sus técnicas de detección, que pueden dificultar la percepción del riesgo y la adopción de pautas de cuidado. La persistencia de este problema a lo largo de los años obliga a diseñar e implementar acciones para construir colectivamente una nueva visión sobre el cáncer femenino y promover el ejercicio de la prevención. Los resultados de un estudio más reciente,⁴⁰ llevado a cabo en el marco del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino (PNPCCU) en cuatro de las provincias argentinas con mayor mortalidad por cáncer de cuello de útero (Jujuy, Misiones, Salta y Chaco) y la Provincia de Buenos Aires, permiten constatar gran parte de los datos obtenidos en el presente estudio. Ambos trabajos ponen en evidencia la vigencia de numerosas barreras de orden subjetivo y sociocultural (incluido el papel del conocimiento), que se mantienen a través del tiempo y en los distintos territorios.

A semejanza del estudio del PNPCCU, los relatos de las mujeres entrevistadas en la presente investigación indican que el miedo al cáncer permanece muy arraigado y parece activar ciertos mecanismos de negación, que funcionan en torno a la creencia de que "lo que no se nombra, no existe".⁴¹ La asociación entre pensar y padecer la afección y la idea de que "la enfermedad no se manifiesta mientras una no se entere" puede llevar a que las mujeres subestimen el riesgo de contraer cáncer y, por lo tanto, reduzcan la realización del Papanicolaou y la mamografía o no retiren los resultados de esos exámenes.

El azar y el destino son elementos que permiten que las mujeres de CABA y otras jurisdicciones argentinas⁴⁰ den sentido a la enfermedad. Estos aspectos deben tenerse en cuenta si se intenta comprender las actitudes y comportamientos de cuidados, pues la prevención del cáncer de cuello de útero y de mama obliga a una rutina que, para ser efectiva, no puede quedar librada al azar. La aleatoriedad que las entrevistadas atribuyen al cáncer quita sentido a cualquier acción dirigida a evitar la enfermedad.²² Esta noción, presente en algunos discursos y ligada a la imagen de que "a todo el mundo le puede pasar", podría predisponer a algunas mujeres a tomar medidas preventivas, pero no parece actuar en esa dirección. La dificultad para integrar la enfermedad en una temporalidad —como una historia que tiene un comienzo, una evolución y un fin— representa otro impedimento para buscar los signos precursores de un mal que aún no se ha manifestado.⁴²

El desconocimiento sobre el cáncer y las técnicas de detección impide que la noción de prevención de las entrevistadas coincida con el sentido otorgado por las definiciones médicas. Para algunas de las mujeres, prevenir significa "no desatender" los problemas de salud, en lugar de "anticiparse" a ellos. La ecuación presente en el imaginario, que iguala lo visible con el padecimiento y el saberse enferma, determina

la concurrencia al médico en ese momento, y no antes. De manera similar a otros hallazgos en AMBA,⁴³ la lógica se extiende a los órganos reproductivos y determina que las mujeres sientan un mayor control sobre los órganos visibles del cuerpo (las mamas) que sobre aquellos localizados en el interior (cuello uterino). Esto lleva a reducir las medidas preventivas en el primero de los casos. Aquí se ponen en evidencia otras barreras: por un lado, la dificultad de concebir a la prevención como un proceso de cuidado que requiere permanecer en él a lo largo de la vida; por otro lado, la dificultad que implica para una persona ir al médico cuando está sana, se siente bien y busca evitar un fenómeno eventual e invisible en sus primeras manifestaciones.

En concordancia con otras investigaciones realizadas en Argentina⁴⁰ y en América Latina,⁴⁴ la mayor parte de las entrevistadas describió al cáncer como sinónimo de muerte, aunque en la presente investigación hay indicios importantes acerca de una concepción diferente de la enfermedad, que permitiría modificar la predisposición para pensar y hablar sobre el tema.

La percepción del riesgo y las acciones para evitarlo están mediadas por las necesidades de otras personas, así como por las condiciones, normas y creencias interiorizadas en la socialización, que moldean el comportamiento de las mujeres en las esferas de la salud personal y familiar. Los códigos culturales de la época en la que se formaron las entrevistadas establecían un uso social del cuerpo femenino, determinado únicamente por sus funciones reproductivas, así como una práctica de la sexualidad legitimada a través del matrimonio y simbólicamente indiferenciada de la reproducción. Dichos códigos sirven para entender los tabúes que aún persisten a la hora de realizar una visita al ginecólogo y ayudan a comprender más acabadamente por qué las mujeres sienten menos vergüenza o pudor cuando acuden por temas relacionados con el embarazo o el parto.⁴⁰

Aunque en la madurez de la vida ciertas prácticas y saberes heredados e históricamente constituidos parecen debilitarse,

y las mujeres pueden experimentar un mayor protagonismo (en parte, por las revisiones y balances sobre las experiencias vividas),⁴⁵ se requieren numerosos soportes colectivos³¹⁻³² para que sus necesidades de salud se transformen en demandas efectivas.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Los resultados de este estudio indican la necesidad de completar los vacíos de conocimiento de algunas mujeres adultas, suministrando información y difundiendo las ventajas de los exámenes de Papanicolaou y mamografía para la detección temprana. Ello puede significar un mayor estímulo para concurrir a los controles ginecológicos, evitar las consultas tardías y debilitar otras barreras (como el miedo al dolor), que obstaculizan el ejercicio de la prevención. La inclusión del cáncer de cuello de útero y de mama en los contenidos sobre educación sexual en las escuelas puede contribuir a instalar la noción de prevención entre las jóvenes y promover su acceso y permanencia en los procesos de cuidados a lo largo de la vida. El diálogo desde la juventud temprana es de gran importancia, porque permite tomar conciencia sobre el propio cuerpo y ayuda a superar la barrera del pudor. Sería oportuno que los mensajes dirigidos a las mujeres incluyeran como interlocutores a los varones, de manera de impulsar cuidados recíprocos. Dado que la información es un recurso necesario, pero no suficiente para generar cambios en las conciencias y las prácticas de cuidados, también resulta imprescindible implementar estrategias de búsqueda activa de las mujeres en sus diferentes ámbitos de inclusión (familiar, educativo, laboral, comunitario) para convocarlas a realizar el Papanicolaou y la mamografía.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información Básica Año 2010. [Disponible en: www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf]. [Último acceso: 17 de octubre de 2012].
- Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington DC; 2000. [Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>]. [Último acceso: 17 de octubre de 2012].
- Ramos S, Pantelides EA. Dificultades en la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Documento Cedes N° 43. Buenos Aires: CEDES; 1990.
- López E, Tamargo MC. La salud de la mujer. Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. Buenos Aires: INDEC; 1995.
- Petracci M, Romero M, Ramos S. Calidad de la atención percibida: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención del cáncer cérvicouterino. Informe narrativo final presentado a PATH, Program for Appropriate Technology in Health; 2002.

- López E, Findling L. Prevención de la salud reproductiva y construcción social del riesgo: eslabones entre las prácticas individuales y las acciones públicas. Revista Maestría Salud Pública UBA. 2003;1-2. [Disponible en: msp.rec.uba.ar/revista/docs/002sryprev.pdf]. [Último acceso: 15 de noviembre de 2012].
- SIEMPRO. Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales; 2003.
- Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Aspectos referidos a la salud, 2002. N° 3, 2004.
- Pantelides EA, Binstock G, Mario S. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
- Arrosi S, Ramos S, Paolino M, Sankaranarayanan R. Social Inequality in Pap Smear Coverage: Identifying Under-Users of Cervical Cancer Screening in Argentina. Reproductive Health Matters. 2008;16(32):50-58.
- López E, Findling L, Abramzón M, Lehner MP, Ponce M, Venturiello MP. Primera Parte: Redes sociales y salud de los adultos mayores. En: López E,

- Findling L (compiladoras). Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores. Buenos Aires: Eudeba; 2009.
- ¹² Ponce M. Mujeres y salud: la prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales; 2010.
- ¹³ Schufer M, Prece G, Henchi S, Adamo MT. Estrategias para el cuidado de la salud. Medicina y Sociedad. Buenos Aires: Centro de Investigación Social Aplicada; 1990.
- ¹⁴ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 1964. [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=4902&word=>] [Último acceso: 20 de noviembre de 2012]
- ¹⁵ The National Commission for the Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Informe Belmont - Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. 1978. [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6719&word=>] [Último acceso: 20 de noviembre de 2012]
- ¹⁶ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y la Experimentación Biomédica en Seres Humanos [Internet]. 2002. [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5619&word=>] [Último acceso: 20 de noviembre de 2012]
- ¹⁷ Nuffield Council on Bioethics. Ética de la investigación relativa a la atención sanitaria en los países en desarrollo, 2002. [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7282&word=>] [Último acceso: 20 de noviembre de 2012]
- ¹⁸ Organización Panamericana de la Salud; Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica; Grupo de trabajo en Buenas Prácticas Clínicas (GT/BPC). Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas, 2005. [Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7283&word=>] [Último acceso: 20 de noviembre de 2012]
- ¹⁹ Glasser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
- ²⁰ Good B. Medical Anthropology and the Problem of Belief. Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge University Press; 1994.
- ²¹ Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades. 1994;7(7):71-83.
- ²² Castro R. La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, Morelos: UNAM. CRIM; 2000.
- ²³ Viveros M. Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad. En: Arango LG, León M, Viveros M (compiladores). Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y masculino. Bogotá: TM Editores, Ediciones Uniandes y Género, Mujer y Desarrollo; 1999.
- ²⁴ Palma Campos C. Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión. Vivencia de su salud y autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. Revista Mujer Salud. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; 2002.
- ²⁵ Domínguez Mon A, Cetti A, Tirota V, Piaggio L. Experiencias acerca del riesgo en salud en familias usuarias de un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. En: Abramzón M, Findling L, Mendes Diz MD, Di Leo P (editores). V Jornadas de Salud y Población, CD-ROM. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; 2004.
- ²⁶ Doyal L. What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. Londres: Macmillan; 1995.
- ²⁷ Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's Health: Dimensions and Differentials. Social Science Medicine. 1996;42(9):1203-1216.
- ²⁸ Rohlf I, Borrell C, Anitúa C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria, 1996;14(2):60-71.
- ²⁹ Mendes Diz AM. El riesgo en los jóvenes. Una alternativa de vida. Aportes a la comprensión de las conductas de riesgo en los jóvenes. Buenos Aires: Corregidor; 2001.
- ³⁰ Martins PH. Usuários, redes de mediadores e ações públicas híbridas na saúde. En: Pinheiro R, Mattos R (organizadores). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS / UERJ: ABRASCO; 2008.
- ³¹ O'Donnell G. Apuntes para una teoría del Estado. En: Oszlak O (compilador). Teoría de la burocracia estatal: enfoques críticos. Buenos Aires: Paidós; 1984.
- ³² Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós; 1996.
- ³³ Ponce M. Trayectorias de cuidados del cáncer génito-mamario en mujeres adultas. En: López E, Findling L (editoras). Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores. Buenos Aires: Eudeba; 2009.
- ³⁴ Coria C, Freixas A, Covas S. Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias. Buenos Aires: Paidós; 2005.
- ³⁵ Sosa MB. Coloscopia en Argentina. Breve reseña histórica; 2002. [Disponible en: <http://web.archive.org/web/20021028043745/http://www.gineconet.com/articulos/1502.htm>]. [Último acceso: 16 de noviembre de 2012].
- ³⁶ Ábalo E. La mamografía; 2010. [Disponible en: <http://www.ostepmutual.com.ar/?p=68>]. [Último acceso: 16 de noviembre de 2012].
- ³⁷ Fresquet JL. Test de Papanicolaou. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación. CSIC. Universidad de Valencia; 2005. [Disponible en: <http://www.historiadelamedicina.org/papanicolau.htm>]. [Último acceso: 17 de octubre de 2012].
- ³⁸ Ponce M. Prevención del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama, redes sociales y mediaciones: un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En: Pinheiro R, Silveira R, Lofego J, Gomes da Silva Junior A (organizadores). Integralidade sem fronteiras - itinerários de justiça, formativos e de gestão em saúde. Rio de Janeiro: Editora CEPESC/ABRASCO; 2012.
- ³⁹ Paolino M, Arrossi S. Women's Knowledge About Cervical Cancer, PAP Smear and Human Papillomavirus and Its Relation to Screening in Argentina. Women & Health. 2011;51(1):72-87.
- ⁴⁰ Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. UNICEF-OPS-Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
- ⁴¹ Freixas A. La edad escrita en el cuerpo y en el documento de identidad. En: Coria C, Freixas A, Covas S (compiladores). Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias. Buenos Aires: Paidós; 2005.
- ⁴² Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Periferia; 1975.
- ⁴³ Girauo N, Discacciati V, Bakalar K, Basualdo N, Dreyer C. Barreras al acceso del rastreo de cáncer de cuello uterino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Programa de Financiamiento de Proyectos Menores de la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical, Fundación MF; 2004 (Informe Final no publicado). [Versión alternativa disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/39/39>] [Último acceso: 16 de noviembre de 2012].
- ⁴⁴ López Carrillo L, Vandale Toney S, Alonso P, Fernández C, Parra MS. Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana. En: Langer A, Tolbert K (compiladores). Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México. Nueva York: Population Council; 1996.
- ⁴⁵ Ramos S. La menopausia de las mujeres: un balance que arroja ganancias y pérdidas. Quadern CAPS. 1994;(21):96-99.