

Representaciones sociales de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou

Social representations of women about the PAP test

Erika Patricia Rojas-González^{1a}, Nemesio Castillo-Viveros^{*2b}

^a0000-0002-5290-0110; ^b0000-0001-9254-0183

Resumen

Introducción: este trabajo revisa la teoría de la representación social para comprender las modalidades del pensamiento práctico orientadas a la comprensión y el dominio del entorno social de las mujeres respecto de la prueba de Papanicolaou.

Objetivo: conocer los estereotipos, opiniones, creencias o valores que tienen las mujeres acerca de la prueba de Papanicolaou (PAP) que habitan en las zonas del centro-poniente y norponiente en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Metodología: el enfoque de investigación es cualitativo. Se entrevistó a 14 mujeres en límites de edad de 18 a 72 años para abarcar a los tres grupos etarios a partir de la adultez: adultos jóvenes, adultos y tercera edad. Como técnica principal y única se empleó la entrevista a profundidad; el instrumento fue un cuestionario con preguntas semiestructuradas con categorías como conocimiento sobre el cáncer cervicouterino (CaCu), conocimiento sobre la prueba PAP y el virus del papiloma humano (VPH), creencias en torno de la prueba PAP y CaCu, prácticas que tienen las entrevistadas sobre la citología cervicouterina y ahondar sobre los impedimentos o motivaciones para la realización de la prueba PAP.

Resultados: las mujeres enunciaron la información que poseen acerca de la prueba PAP y el CaCu. En su narrativa se identifica que muy pocas de las entrevistadas se refirieron al orden científico y más bien se guiaron por el sentido común.

Abstract

Introduction: This work approaches the theory of social representation to understand the modalities of practical thought aimed towards the understanding and dominion of the social environment of women with respect to the PAP test.

Objective: To know the stereotypes, opinions, beliefs or values that women that inhabit the central-western and northwestern areas of Ciudad Juárez, Chihuahua, Mexico, have about the PAP test.

Methods: The research approach is qualitative. 14 women were interviewed in an age range between 18 and 72 years to cover the three age groups from adulthood: young adults, adults and elderly. The main and only technique was the in-depth interview; the instrument was a questionnaire with semistructured questions with categories such as: knowledge about cervical cancer (CC), knowledge about the PAP test and the human papilloma virus (HPV), the beliefs about the PAP and CC test, practices that the interviewees have on cervical cytology and delve into the impediments or motivations for performing the PAP test.

Results: The women stated the information they have about the PAP test and CC. In their narrative, it is identified that very few of the interviewees referred to the scientific order but rather were guided by common sense.

¹Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Licenciatura en Trabajo Social, Salud Pública e Intervención Social; ²Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Licenciatura en Trabajo Social, Intervención Social y Desarrollo Comunitario. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Correspondencia:

*Nemesio Castillo-Viveros

E-mail: nemesio.castillo@uacj.mx

2448-8062 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09/08/2019

Fecha de aceptación: 13/11/2020

DOI: 10.24875/REIMSS.M21000018

Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.2020;28(4):286-300

<http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>

Conclusiones: *la violencia institucional es un detonante concluyente en relación con la motivación para la práctica del estudio de Papanicolaou; se trata de la calidad del servicio, en específico la atención médica ofrecida en las instituciones públicas.*

Palabras clave: *Prueba de Papanicolaou; Neoplasias del Cuello Uterino; Representaciones Sociales; Estereotipo; Cultura*

Introducción

En México y América Latina, en general, los estudios de corte cualitativo sobre el cáncer cervicouterino (CaCu) y la prueba de Papanicolaou (PAP) constituyen un tema muy poco explorado,¹ por lo que es de suma importancia realizar un estudio enfocado en comprender los impedimentos que tienen sobre la prueba PAP las mujeres de 18 años o más que habitan en colonias populares del norponiente y centro-poniente de Ciudad Juárez, Chihuahua. Además, es necesario señalar que los estudios sobre el CaCu y el PAP que analizan sus dimensiones subjetivas y sociales son escasos, lo cual llama la atención dado que esta enfermedad se relaciona con la sexualidad, que es un eje importante de la vida de los individuos; en las mujeres en particular, la sexualidad es un aspecto en torno del cual giran numerosos significados y prácticas.

Esta investigación revisa en especial las obras de los teóricos sociales Sergio Moscovici, seguido por el pensamiento de Denise Jodelet, Jean Claude Abric y Thomas Luckmann, entre otros, para mostrar cómo la representación social constituye modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comprensión y el dominio del entorno social, para después referir los elementos de ésta.

En este texto se sustenta la presuposición de que: *los estereotipos, opiniones, creencias o valores que tienen las mujeres acerca del CaCu que habitan las zonas del centroponiente y norponiente afectan la práctica de la prueba de Papanicolaou.* Este enunciado sirvió de guía en la investigación para presentar los factores y comprobar el razonamiento original.

Para sustentar lo anterior se realizaron un análisis y una descripción de las entrevistas a mujeres que residen en el centro-poniente y norponiente de Ciudad Juárez. Se entrevistó a 14 mujeres con límites de edad de 18 a 72 años para abarcar a los tres grupos etarios a partir de la vida adulta: adultos jóvenes, adultos y tercera edad.

Se plantea como interés de investigación el desarrollo de una serie de propuestas con el fin de garantizar

Conclusion: *Institutional violence is a conclusive trigger with regards to the motivation for the practice of PAP test; it is the quality of service, specifically the medical care provided in public institutions.*

Keywords: *Papanicolaou Test; Uterine Cervical Neoplasms; Social Representations; Stereotyping; Culture*

un nivel de vida digno para la mujer por medio de la prevención, entre ellas las siguientes: impulsar la creación de una red de mujeres cuidadoras dentro de las colonias para que vigilen su visita a las diferentes instancias de salud y el mejoramiento de las funciones administrativas de estos centros para contribuir a reducir los obstáculos de accesibilidad.

Salud reproductiva

La Organización Mundial de la salud (OMS) define la *salud reproductiva* como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor tanto de la mujer como del hombre, sobre sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva plena, saludable y sin peligros, con la absoluta libertad para decidir de una manera responsable e informada.²

Heise³ señala que la salud reproductiva está encaminada al desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no sólo al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. En cuanto al concepto de salud reproductiva, esta misma autora asevera que ha evolucionado en muchos sentidos, pues ya no se hace referencia tan sólo a la planificación de la familia, como se entendía antes, de manera específica en la década de 1960, sino a un campo de acción mucho más amplio que sobrepasa el ámbito de lo biológico y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano.

Es importante destacar que la salud reproductiva, dentro del contexto social, es parte integral del desarrollo sostenible de un país y se fundamenta en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Este concepto presupone, aparte de la planificación de la familia como se entendía en decenios pasados, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones

de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el ejercicio de su potencial.³

Dentro de la salud reproductiva, es de suma importancia abordar los aspectos relacionados con la atención integral de la mujer y una de las afecciones que la aquejan es el CaCu, el cual ha cobrado vidas en el plano mundial, incluidos América Latina y México, por lo que es importante mencionar las experiencias que han afectado a las mujeres de la región.

Experiencias en países en desarrollo (México y América Latina)

Es importante señalar que el CaCu es un problema de salud pública; es la segunda enfermedad neoplásica más frecuente y letal en la población femenina en México.⁴ Según la *International Agency for Research on Cancer* (IARC, Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer), la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal mecanismo que produce el avance de esta enfermedad y transcurren 10 a 15 años entre la infección por VPH y la aparición del CaCu.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva señala que en México, a partir del 2006, el CaCu es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres. “Cada año se estiman 13 960 casos con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres. En el año 2013 se registraron 3,784 muertes en mujeres con una tasa de 7.0 defunciones por 100,000 mujeres”.⁵ Y en 2017, la tasa de mortalidad del CaCu en mujeres de 25 años o más fue de 11.2, es decir, 10 defunciones por cada 100,000 mujeres del grupo de edad. Entre los principales tumores malignos por los que fallecen las mujeres de 20 años o más, el CaCu se encuentra en segundo lugar, con 9.6% de las muertes por tumores malignos. Por grupo de edad, la tasa de mortalidad del CaCu pasa de 9.7 muertes por cada 100,000 mujeres de 40 a 49 años de edad a 15.0 y 26.8 por cada 100,000 mujeres de 50 a 59 años y de 60 años o más.⁶

La experiencia de los países desarrollados en el control de las muertes por CaCu ha mostrado que la detección basada en el PAP es efectiva para reducir las tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo si se realiza en el marco de un programa de prevención organizada.⁷ “En América Latina la mayoría de los programas de prevención del cáncer cervicouterino no ha logrado cumplir con sus objetivos debido principalmente a la

baja cobertura del tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas; esto se refleja en el alto índice de muertes en países que comprenden esta región”.⁸

Según la NOM-014-SSA2-1994,⁹ en los países de primer mundo con programas de detección convenientes a través del estudio citológico cervical o prueba PAP se ha observado una considerable disminución de la mortalidad por CaCu, “atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras”, por lo que se infiere que un diagnóstico preventivo a tiempo ofrece la posibilidad de un tratamiento exitoso a un bajo costo social.

En América Latina, el CaCu es el 10.4% de la incidencia de cáncer, por debajo del cáncer de mama (26.6%) y representa el 11.8% de la mortalidad por cáncer. Estas cifras, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han mantenido desde el año 2002.¹⁰ El sistema nacional de salud mexicano proporciona atención médica a casi 9,000 casos de CaCu invasor y se registran 4,000 muertes cada año.¹¹ El CaCu también es la segunda causa de muerte por neoplasia en América Latina, con 68,818 casos anuales.¹²

A diferencia de otros tipos de neoplasias, una muerte por CaCu es una muerte prevenible, ya que si se reconoce a tiempo puede tratarse y disminuir o eliminar el riesgo de muerte. Es importante subrayar que este tipo de cáncer es por completo curable si se diagnostica a tiempo por medio de una prueba, ya que a esta enfermedad la precede durante meses o años una lesión premaligna *in situ*; un diagnóstico temprano y oportuno permitiría una vida del todo normal.¹⁰ Es importante mencionar que “los datos retrospectivos han demostrado que el cribado con una prueba de Papanicolaou reduce la incidencia de cáncer cervical en un 60-90% y la mortalidad en un 90%”.¹³

A pesar de que existe un método diagnóstico llamado prueba de Papanicolaou, que permite identificar a tiempo el cáncer cervicouterino, y que es relativamente sencilla, inocua y accesible para la población femenina,¹⁴ las altas tasas de mortalidad por esta causa en México señalan que los programas de prevención y detección oportuna no cumplen del todo el objetivo para el cual se crearon.

Según este razonamiento, Hidalgo-Martínez¹¹ señala tres factores que intervienen para una disminución exitosa de la mortalidad por CaCu en México: a) acceso regular a los servicios de salud, b) contar con personal capacitado para la realización del tamizaje cervical,

c) dar seguimiento oportuno y adecuado a los resultados anormales resultantes.

Diferentes estudios cuantitativos de Lazcano-Ponce⁸ y Castro⁴ han descrito los factores sociodemográficos que permiten ubicar a la población más vulnerable para no usar la prueba; asimismo, otras investigaciones cualitativas de Hidalgo-Martínez¹¹ y Caraveo¹⁵ han señalado la importancia de los factores culturales que llevan a prescindir del estudio; sin embargo, las tasas elevadas de mortalidad por CaCu señalan la necesidad de profundizar en los factores culturales que impiden el uso de la prueba en la población vulnerable.

Si bien la vacuna contra el VPH se aplica desde el año 2006 en México, según la modificación de la NOM-014-SSA2-1994 se administra la vacuna a niñas de quinto grado o bien de 11 años no escolarizadas en dos dosis. Esta inmunización confiere protección contra los virus 16 y 18 que, según la Secretaría de Salud en 2017, causan alrededor del 70% de los casos en los que se desarrolla CaCu en las mujeres en este país.

Dado que las vacunas disponibles en la actualidad no protegen contra todas las infecciones por VPH que causan cáncer, es importante que las mujeres ya vacunadas se sometan aún a detección regular de CaCu. De igual modo, debe continuarse el diagnóstico temprano en las mujeres que no entran en los grupos de edad protegidos por la vacuna.

Prueba de Papanicolaou ante CaCu

La experiencia de los países desarrollados ha permitido demostrar que la mejor opción para abatir la mortalidad por CaCu es la detección y el tratamiento pertinentes de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio de programas de detección temprana del CaCu que promuevan la prueba PAP o la citología cervicouterina. Ésta es efectiva para reducir las tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo si se efectúa bajo un programa de prevención organizado. Además de Tinelli y Vergara,¹⁶ la NOM-014 SSA2-1994 establece que es el método más importante en la detección del CaCu y los estudios recientes lo confirman.¹⁷

Hidalgo-Martínez¹¹ señala que desde la década de 1970, específicamente en 1974, se instituyó en México el Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (PNDOC) por medio de la prueba de Papanicolaou. El programa suministra información y servicios para garantizar la cobertura en la prevención y el control del CaCu a fin de disminuir la mortalidad por esta causa. Incluye acciones de promoción, detección, diagnóstico y seguimiento de las mujeres de 25

años o más, con una periodicidad del cribado de tres años para aquéllas con resultados negativos en dos citologías previas anuales. Hoy en día se puede mencionar que la prueba de Papanicolaou ha sido durante muchos años el método regular para la detección del cáncer de cuello uterino. Los datos retrospectivos han demostrado que la detección con una prueba de Papanicolaou reduce la incidencia de cáncer cervical en 60% a 90% y la mortalidad en 90%. Debido a los falsos negativos, lo mejor que puede hacer una prueba de Papanicolaou es disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino a 2 a 3 por cada 100,000 mujeres.¹⁷

A pesar de iniciado el PNDOC desde el decenio de 1970, hoy en día el CaCu es todavía una de las principales causas de muerte para las mujeres mexicanas. Se calcula que gran parte de los casos con desarrollo de CaCu se atribuye a que las mujeres son de escasos recursos o tienen un acceso limitado a los servicios de salud, por lo que muchas mujeres no se someten a la prueba de Papanicolaou con oportunidad.⁷

Esto debe llevar a valorar las diversas razones para no solicitarla, desde la falta de suficiente información acerca de los beneficios para su salud hasta la calidad del servicio de atención para efectuar el estudio, lo cual indica que el PNDOC no ha abordado en grado suficiente a lo largo de los años las prácticas y actitudes de las mujeres y sus parejas en relación con la prueba de Papanicolaou.

Uno de los obstáculos identificados es que las mujeres tienden a vincular las causas de esta enfermedad con factores que se valoran en el contexto cultural como negativos: con frecuencia señalan que se debe a que las mujeres tienen múltiples parejas sexuales y no consideran el papel que juega el hombre en la transmisión del VPH, ya que él es el portador de este virus; sin embargo, estas personas trasladan la responsabilidad tan sólo a la conducta sexual de las mujeres.¹¹ Además, en cuanto a los factores culturales que intervienen en la falta de realización del PAP figuran el nulo apoyo de la pareja, sentir dolor, intervención de personal masculino en su práctica, creer que carece de utilidad y sentirse cohibidas por la prueba.¹⁸

Tejada y Hernández¹⁹ mencionan que otro factor importante en cuanto a la falla del PNDOC es la falta de información adecuada acerca de la utilidad del estudio PAP, ya que las diferencias socioeconómicas y algunos enfoques mal detallados de los servicios médicos han propiciado que muchas mujeres perciban los estudios diagnósticos o de tamizaje no con carácter preventivo sino terapéutico. Por esa razón, muchas mujeres presuponen que someterse una vez a la

prueba de Papanicolaou las “cura” o que no sufrirán ya este cáncer. Tejeda y Hernández¹⁹ sugieren que casi un tercio de las mujeres ni siquiera vuelve a buscar los resultados y aquellas que lo hacen tienen grandes dificultades para comprender las explicaciones o instrucciones sobre los procedimientos a los que debe someterse a continuación.

Estos mismo autores señalan que si la prueba del PAP es positiva, se les comunica que necesitan otra consulta y que es necesario realizar más estudios porque existe una posibilidad de tener cáncer, lo cual lleva a la desesperación de las mujeres. Este efecto es más patente entre las mujeres de menores recursos y educación porque les resulta difícil comprender y acudir a otras consultas por el tiempo y el costo que representa para su familia. Un estudio reciente encontró que a mayor edad de las mujeres, mayor probabilidad de que nunca se hayan sometido a las pruebas de detección o no en los cinco años previos.²⁰

Representaciones sociales

Una de las teorías de utilidad para conocer las causas por las que las mujeres no se realizan a tiempo la prueba de Papanicolaou es la de las representaciones sociales. Diversos estudios la han empleado, como los de Chávez-Méndez, *et al.*, Aranda, Rocha y Rico. Estos especialistas señalan la importancia de conocer las representaciones sociales en referencia al cuidado de la salud y las diferentes prácticas relacionadas con ellas para analizar el “anclaje” social de su construcción, así como la objetivación: lo social en la representación y las representaciones sociales y su interiorización en el individuo, sujeto social y teoría genética.

Los protocolos recientes confirman que el papel que desempeña la cultura en el comportamiento humano es un factor relevante que incide en la adopción de una modalidad del cuidado de la salud por parte de los sujetos sociales, así como los aspectos culturales que pueden explicar por qué la mujer no solicita la prueba de Papanicolaou como método de prevención.²¹ En este apartado figuran los tópicos de género y salud, creencias culturales y prueba de Papanicolaou, estructura social y sexualidad, interpretaciones socioculturales y sexualidad, significaciones culturales de género, relaciones de poder y cáncer cervicouterino y, por último, género y ejercicio de la sexualidad.²²

Asimismo, se analizan los estudios realizados en América Latina y México que han contribuido a mejorar las políticas públicas existentes en este país, en relación con los contenidos culturales que llevan a la mujer

a preocuparse de su salud o, de modo más específico, a que se realice la prueba de Papanicolaou.

Rocha define las representaciones sociales de la enfermedad como “la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos con relación a las enfermedades, tanto en su sentido genérico como específico. Es decir, se entienden como sistemas de ideas, creencias e imágenes en cuanto a las enfermedades, su origen, clasificación, la caracterización de una situación de enfermedad y las implicaciones de la misma”.²³

Estos sistemas son dinámicos y cambian en la medida en que el sujeto interactúa con su medio social. Aun cuando son dinámicos, por lo general permanecen ciertos núcleos compartidos entre individuos y otros elementos cambian y muestran matices diversos. Es importante señalar que los tiempos de permanencia de los elementos que conforman las representaciones son diversos; mientras que algunos elementos son más estables, otros cambian de una generación a otra.

Como menciona ChávezMéndez,⁷ aunque el concepto de representación social se encuentra en diversos estudios, tanto de psicología como de psicología social, su desarrollo conceptual y formulación teórica son relativamente recientes y se deben a Sergio Moscovici a partir de sus investigaciones de 1961. La finalidad de este psicólogo social es reformular en términos psicosociales el concepto durkheimiano de representación colectiva. Para Durkheim, las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y no pueden explicarse como consecuencias de la vida individual o a partir de una psicología individual.²⁴

Sanabria señala que el conocimiento es uno de los parámetros más importantes y determinantes para que una mujer decida someterse a la prueba del Papanicolaou. Se trata de saber qué piensan y saben al respecto y muchas veces la información de que disponen es la que determina la decisión.²⁵

De acuerdo con Abric, las representaciones sociales son un conjunto de relaciones estructuradas entre sus elementos. El autor sugiere la existencia de un sistema central y un sistema periférico dentro de las representaciones sociales y para ello parte de la teoría de que los individuos o grupos dentro de una sociedad no responden a las características objetivas de una situación, sino a la representación que de ellas tienen debido a su experiencia.²⁶

En el sistema periférico se encuentran insertadas las experiencias individuales de cada sujeto, por lo que este supuesto explica la diversidad de representaciones que existen entre los “propios” miembros de un grupo.

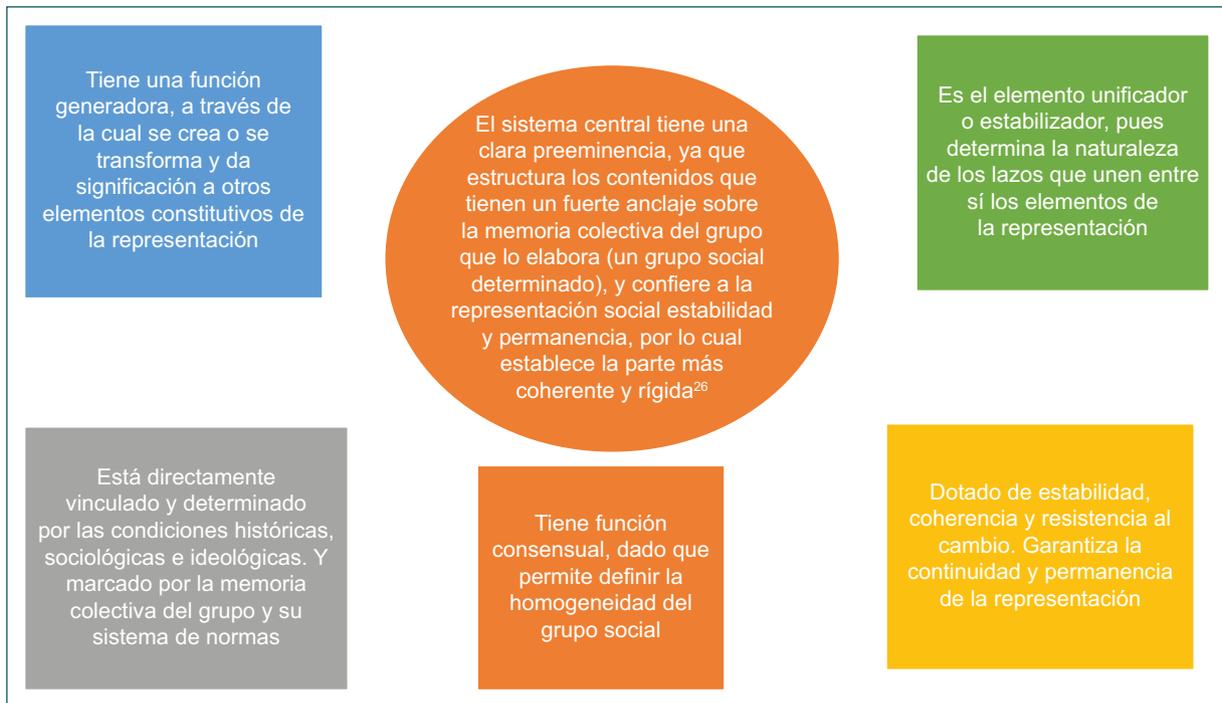


Figura 1. Sistema central y periférico. Adaptado de: Abric, et al.²⁶

Según Abric, este sistema posee una mayor flexibilidad, individualización y dinamismo que el sistema central. Por su flexibilidad, asegura la función de regulación y adaptación del sistema central a las características de una situación, concreta o no, a la que se enfrenta el grupo. Es decir, tiene más sensibilidad a las características del contexto inmediato. Su flexibilidad y elasticidad posibilitan la integración de la representación a las variaciones individuales vinculadas con la historia de cada sujeto y con sus experiencias. Esto significa que hace viable la existencia de representaciones más individualizadas dentro de un grupo social determinado.²⁶

Este trabajo adopta el concepto de representaciones sociales porque implica reconocer que los fenómenos sociológicos influyen decisivamente en el abanico de posibilidades que incluye la formación del significado compartido y el género en el que se crean en el constructo cultural las relaciones de poder y éstas a su vez pueden llegar a determinar este fenómeno social (Fig. 1).

Según Moscovici,²⁴ el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico. En su opinión, las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales.

Las representaciones sociales, como lo señala Jodelet,²⁷ están relacionadas con las imágenes que condensan un conjunto de significados, es decir, con la articulación de sistemas de referencia que permiten interpretar lo que le sucede a los individuos y crear categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos. En este sentido, a través de estas representaciones se puede establecer y explicar la interrelación de los factores psicosociales (creencias, actitudes, género, ocupación, condición social, etc.) que intervienen en el proceso de significación sobre salud-enfermedad de cada sujeto.

Moscovici²⁴ afirma que las representaciones sociales se definen por un contenido de información-conocimiento, imágenes, opiniones, actitudes, entre otros. A su vez, este contenido se relaciona con un objeto: un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, religioso o político, un personaje social, etc. En este sentido, las representaciones sociales mantienen una relación de simbolización e interpretación con los objetos, los cuales resultan de la actividad constructora de la realidad (simbolización) y también de una actividad expresiva (interpretación), por lo que hablar de representaciones sociales es referirse siempre a algo o a alguien.

Berger y Luckman²⁸ conciben el conocimiento de la realidad como construcción social en el ámbito

subjetivo. Estos autores intentan descubrir la relación entre la representación y el objeto que la origina, así como su surgimiento y la evolución a través de la comunicación. Sus aportes fundamentales, que han pasado a formar parte de los cimientos de la teoría, son los siguientes:

- El conocimiento en la vida cotidiana tiene un carácter generativo y constructivo: el conocimiento se produce de forma inmanente en relación con los objetos sociales conocidos.
- La naturaleza de esta generación y construcción es social: pasa por la comunicación y la interacción entre los sujetos, grupos e instituciones.
- El lenguaje y la comunicación son mecanismos que se transmiten y crean la realidad: tiene además gran importancia, puesto que son el marco en que ésta adquiere su sentido.

Creencias culturales y prueba PAP

En América Latina y México éstas han ayudado a formar parte de mejores políticas públicas existentes en este país, en relación con los entramados culturales que lleva a la mujer a preocuparse de su salud o, de manera más específica, a que se realice o acceda a la prueba de Papanicolaou.

Un artículo publicado en Chile muestra la falta de información sobre la prueba PAP, que por tanto explica por qué las mujeres tienen percepciones erróneas del PAP. Algunas creencias identificadas en la investigación fueron el temor a la prueba por el dolor, el resultado desfavorable que puede recibirse, el pudor por la posibilidad de que el estudio lo realice una persona del sexo opuesto, además de la falta de privacidad durante el tamizaje. Otra barrera reconocida en el estudio fue la presuposición equívoca de que la prueba sólo es para mujeres en edad sexual activa.¹

En consecuencia, se puede afirmar que las creencias culturales afectan de modo notorio la decisión de las mujeres de optar por la prueba PAP; existen ideas falsas y prejuicios muy arraigados que obstaculizan la salud. Incluso se ha afirmado que...

Lo esencial a la condición humana es la cultura, no sólo en sentido tradicional como resultado de un cultivo de nuestras facultades que culmina en conocimientos y capacidades desarrolladas, sino, en el sentido antropológico de conjunto de ideas, creencias, actitudes, valores jerarquizados, tecnologías y sistemas de pensamiento y comunicación, de acuerdo con los cuales organizamos nuestras vidas como partes de grupos estructurados. Gran parte de lo que somos es el

resultado y complejos de la cultura a la que nos incorporamos luego y a aquello que introyectamos en nuestros seres como partes conformadoras de nuestras personalidades.²⁹

Asimismo, puede asegurarse que la cultura está inmersa en la forma de percibir las cosas y las actitudes sostenidas hacia un objeto o persona a lo largo de la vida; esos constructos culturales que se han transmitido de generación en generación llevan a repetir hábitos en varios aspectos de la cotidianeidad y también revelan su influencia en los miembros de la sociedad, especialmente los más cercanos. Un estudio conducido en Bolivia muestra que no sólo las mujeres entrevistadas tienen ideas incorrectas sino también los esposos y las madres de éstas y, a su vez, estos actores sociales tienen un dominio importante en la decisión que toman ellas en cuanto a la práctica sobre la prueba de Papanicolaou.³⁰

José Herrero menciona que cada individuo tiene su mapa mental, su guía de comportamiento, lo que se conoce como "cultura personal". Mucha de esa cultura personal está formada por los patrones de comportamiento que comparte con su grupo social, es decir, parte de esa cultura consiste en el concepto que tiene de los mapas mentales de los otros miembros de la sociedad. Por lo tanto, la cultura de una sociedad se basa en la relación mutua que existe entre los mapas mentales individuales que marcan un patrón de comportamiento.³¹

Esto repercute en los conocimientos sobre el CaCu y el acceso a la prueba PAP, dado que se adquieren sobre todo a través de transmisión directa en circuitos de familiares, amigas o vecinas. De la investigación de Ramos y Tamburrino³² pudo inferirse que este cáncer se considera una enfermedad dolorosa e invasiva, con síntomas como las hemorragias y los dolores intensos; al mismo tiempo, se comparte la creencia de que las relaciones sexuales tienen incidencia en su aparición. Infortunadamente, las creencias sobre este cáncer se sostienen en representaciones relacionadas con la enfermedad en etapas avanzadas de su desarrollo, no tanto con las formas de detección temprana.⁶

Perera³³ asevera que el peso de las interpretaciones socioculturales en torno de la sexualidad, el ocultamiento del cuerpo femenino, la carga doméstica de la mujer e incluso el papel secundario que ocupan sus necesidades y padecimientos dentro de las prioridades familiares se reconocen de forma amplia como elementos que deben revisarse en los estudios en los que se ha determinado la insuficiente prevención de la mujer en aspectos de su salud.

Un ejemplo de ello es la investigación cuyos resultados mostraron las barreras que tienen las mujeres para recurrir al tamizaje. Es importante mencionar su aparente desinterés que se explica por la tendencia a posponer el cuidado de su salud, en comparación con la urgencia de las necesidades y responsabilidades familiares; el miedo al dolor y la vergüenza ante el procedimiento; la falta de conocimiento certero de la prueba, y la falta de tiempo vinculada con rutinas institucionales poco accesibles.³⁴

En cuanto a la asistencia a los servicios de salud, se suma una mala atención y falta de respeto al pudor de la usuaria durante el estudio por parte del personal de salud. Estos resultados obtenidos en ambos instrumentos deben llevar a investigar el origen de las bajas coberturas en la prueba de Papanicolaou.³⁵

Metodología

El tipo de estudio utilizado en este trabajo fue explicativo con enfoque cualitativo; como técnica principal y única se empleó la entrevista a profundidad; el instrumento fue un cuestionario con preguntas semiestructuradas con categorías como conocimiento sobre el CaCu, conocimiento sobre la prueba PAP y el VPH, creencias en torno de la prueba de PAP y el CaCu, prácticas que tienen las entrevistadas sobre la citología cervicouterina y descripción profunda de los impedimentos o motivaciones para someterse al estudio de PAP.

En cuanto al abordaje teórico, este trabajo de investigación se enmarca en el paradigma epistemológico de la fenomenología al considerar la totalidad de vivencias parciales de las entrevistas sostenidas con las mujeres de los tres grupos etarios que la constituyen en realidad, tal y como señaló Husserl³⁶ en 2012.

La metodología de este estudio tiene un enfoque cualitativo, por lo que se realizó a través de entrevistas individuales a profundidad y se obtuvo como resultado una serie de creencias, actitudes y conductas que actúan como barreras o impedimentos para que las mujeres se realicen la prueba de Papanicolaou.

El trabajo de campo consistió en buscar una red de mujeres dispuestas a participar en esta investigación, para lo cual se estableció contacto con participantes del centro y norponiente de Ciudad Juárez, Chihuahua, por medio de una organización. Dado que esa parte no fue muy exitosa, se buscó a participantes que ofrecen productos de ventas de productos de belleza, y también se buscó en estéticas a las que acuden con regularidad las mujeres para realizarse un servicio de belleza.

El criterio de selección para las entrevistas fue que las participantes hubieran cumplido la mayoría de edad. Es importante indicar que en esta investigación se pretendió dar voz a las mujeres de todas las edades para conocer sus prácticas y conocimiento y no se excluyó a ningún grupo de edad. Se realizaron entrevistas a profundidad y se llegó a la saturación teórica en la entrevista.

Se entrevistó a 14 mujeres en tres grupos etarios a partir de la adultez (adultas jóvenes, adultas y mujeres de la tercera edad), en colonias del norponiente y centro-poniente de esta ciudad. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 a 75 minutos. La narrativa de las entrevistadas se codificó por medio del programa Atlas ti. La entrevista tuvo cinco ejes fundamentales (categorizaciones que guiaron la entrevista): a) conocimiento sobre cáncer cervicouterino, b) conocimiento sobre la prueba PAP y el VPH, c) prueba PAP y CaCu (creencias), d) prácticas sobre la prueba PAP y e) barreras o motivaciones para la realización de la prueba PAP.

Debe señalarse que al final de la entrevista cada participante recibió dos trípticos: uno con información sobre el VPH y otro sobre CaCu y la prueba de Papanicolaou.

La directora de tesis de doctorado y especialistas en el tema del Colegio de Chihuahua y la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (ambas instituciones ubicadas en Ciudad Juárez, Chihuahua) revisaron y avalaron el proyecto de investigación; sin embargo, de manera interna no se llevan registros de aprobación de proyectos. Para iniciar la entrevista a profundidad se le leyó el consentimiento informado a la participante, en el que se establecía:

Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio sobre la salud de las mujeres, porque se considera que la información que usted nos podría proporcionar ayudaría a conocer más sobre los conocimientos y necesidades que las mujeres tienen en el área de la salud reproductiva. En esta entrevista le preguntaré sobre sus conocimientos y experiencias relacionadas con el examen de detección oportuna del cáncer cervicouterino. Esta entrevista durará entre 45 minutos y una hora y será grabada. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta o finalizar la entrevista en cualquier momento. La información que usted nos brinde es confidencial. Sus opiniones son muy importantes para entender las experiencias y necesidades de las mujeres respecto al uso del examen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Entre las limitaciones de la investigación, debe señalarse que se dispone de escasas publicaciones actualizadas sobre la prueba PAP, el CaCu y las representaciones sociales, ya que es un campo poco explorado, por lo que debió realizarse este estudio con bibliografía poco reciente.

Resultados

En relación con las características de las mujeres participantes, se entrevistó a siete mujeres casadas, tres divorciadas, una separada, una soltera, una viuda y una en unión libre. Respecto de su escolaridad, tres tenían preparatoria terminada y una inconclusa, una estudió comercio, tres con secundaria, tres una carrera técnica, una con licenciatura, una con primaria y una que estudiaba una licenciatura. En cuanto a la religión, 13 eran católicas y una cristiana. Trece contaban con servicio médico y una no. De las 14, cinco trabajaban y nueve no. Todas tenían al menos un hijo. Del total, seis nacieron en Ciudad Juárez y el resto en estados del norte de México.

Para comprender la narrativa de las mujeres entrevistadas se utilizaron las categorías *central* y *periférica* de Jean Claude Abric, en las cuales se destaca que los tiempos de espera para la atención y la respuesta de resultados, la cantidad de usuarias atendidas, el mal trato y la ausencia de especialistas en dichas entidades constituyen otro factor determinante en la práctica del estudio, ya que las instituciones públicas son muy lentas y les hacen perder mucho tiempo; empero, el problema radica en que no todos los sectores de la población pueden tener acceso a los servicios que ofrece el servicio privado. También se empleó la categoría en torno de la manera como la construcción social de género dificulta la práctica de la prueba de Papanicolaou como método de prevención para un posible desarrollo de CaCu, lo que constituye otra barrera o limitante que impide que la mujer prescinda de los métodos de prevención sobre su propia salud.

En esta fase, las mujeres revelaron la información que poseen acerca del CaCu y su narrativa mostró que muy pocas de ellas se refirieron al orden científico y más bien se guiaron por el sentido común. Sus nociones sociocognitivas están estrechamente vinculadas con el conocimiento procedente de juicios interpretativos entre familiares y amigas, y muy poca información se origina en el sector salud. De esta forma se perfilaron los niveles centrales y periféricos mencionados al principio de este apartado.

Las entrevistadas expresaron de manera espontánea un número considerable y variado de información acerca del CaCu. Como se indicó ya, no fueron tantas nociones de orden científico, sino elementos del sentido común. Sus nociones sociocognitivas, que aparecen argumentadas en las fases posteriores mediante juicios interpretativos, manifiestan cierto grado de contradicción. De esta forma, se perfilaron los niveles centrales y periféricos de la representación social del CaCu, los cuales se observan en la [figura 2](#), en torno del núcleo central y el sistema periférico sobre el conocimiento del CaCu.

La información que proporciona el sector salud es limitada y por tanto algunas veces incomprendible para algunas mujeres. En algunos casos, como se advierte en los siguientes subtemas en este mismo apartado de resultados, la información que provee el sistema de salud al público en general es carente e insuficiente, ya que el personal médico no explica detenidamente algunos aspectos acerca de la información de la enfermedad, como los factores de riesgo, la utilidad de la prevención, consecuencias de la enfermedad, etc. Las mujeres mismas manifiestan su escaso o total desconocimiento de este padecimiento y señalan que sólo obedecen las indicaciones del médico (como realizarse la prueba), pero no conocen los aspectos básicos de la enfermedad, la utilidad de la prueba o el CaCu: "... el doctor sólo me dijo que me la hiciera [la prueba PAP] porque estaba embarazada... pero a veces no te dice para qué, sólo que para que no se me haga cáncer y pues no afecte a la criatura, pero nada más" (entrevista 7, 7 de julio de 2016). Es decir, la utilidad de la prueba exige más énfasis y las entrevistadas no disipan sus dudas respecto de la prueba PAP.

En la [figura 2](#) sobre el núcleo central y el sistema periférico de Abric,²⁶ el criterio seguido fue la frecuencia de la mención de las entrevistadas. En el núcleo central aparece la muerte (7 de 14); las entrevistadas indican que es una enfermedad vinculada con el deceso de las mujeres que padecen esta enfermedad e inmediatamente revelan ellas mismas un desconocimiento efectivo sobre el CaCu. Esto revela que desconocen las bases científicas de la enfermedad, es decir, se hallan alejadas del discurso científico. "Pues mire, no sé mucho, pero me han dicho o he sabido que esa enfermedad tiene que ver con la muerte... La hermana de mi comadre tuvo..." (entrevista 2, 4 de julio de 2016). Refieren (5 de 14) que es peligrosa por el simple hecho de ser un cáncer; otras (4 de 14) señalan que es una enfermedad curable y la mayoría señala que es

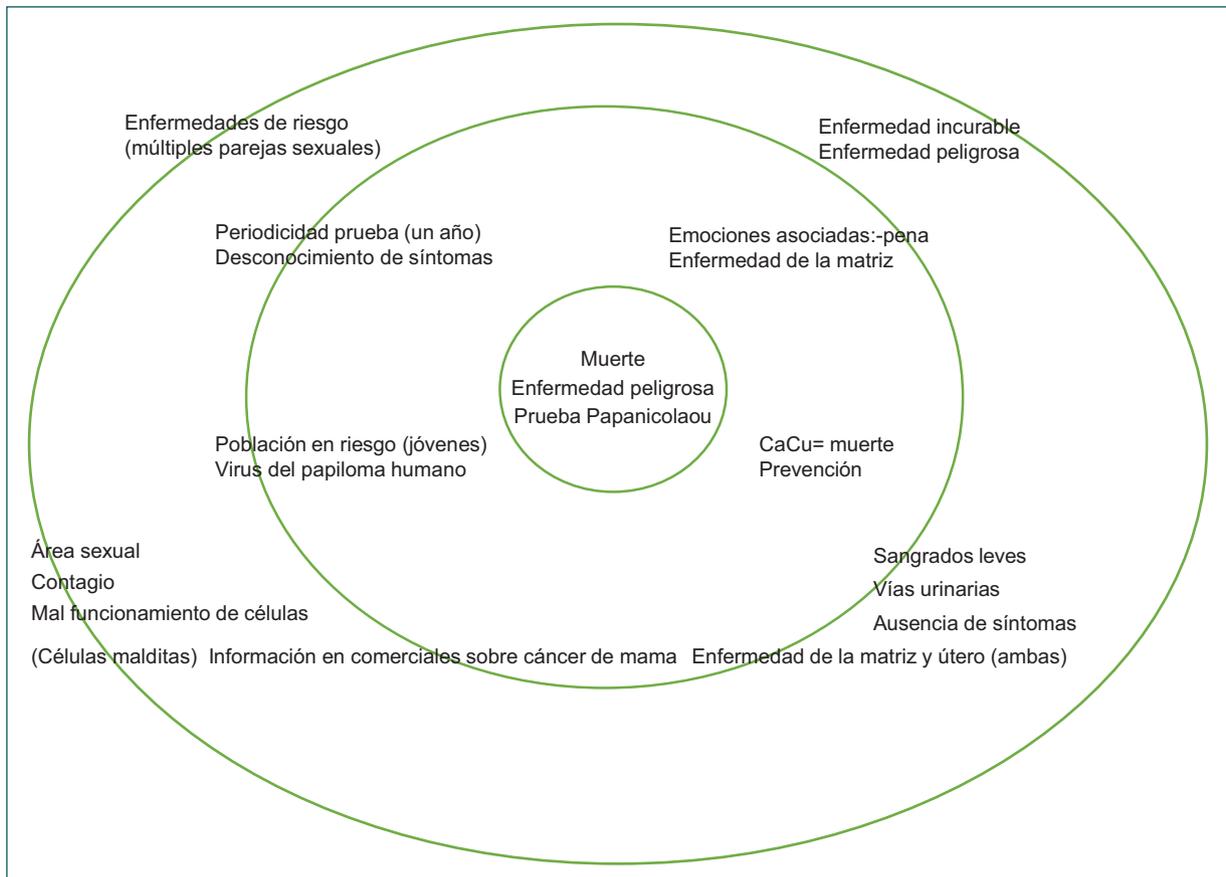


Figura 2. Núcleo central y sistema periférico sobre el conocimiento del cáncer cervicouterino. Fuente: elaboración propia con base en entrevistas. Elaborado por: Rojas-González Erika P./ Castillo-Viveros Nemesio.

incurable y peligrosa (8 de 14). Aunque no conozcan los detalles del padecimiento, todas indican que se diagnostica por medio de la prueba de Papanicolaou. Las entrevistadas se descalifican y expresan que no tienen conocimiento; una de ellas señala que es una enfermedad del útero o matriz o ambas (cree que son dos cosas distintas) y sólo cinco de las entrevistadas relacionan el CaCu con el VPH; de manera coincidente, estas entrevistadas son las que se han realizado la prueba de Papanicolaou en fecha reciente, si bien las 14 entrevistadas conocen la relación entre CaCu y la prueba de Papanicolaou.

En la misma figura 2, en relación con el conocimiento del CaCu, en un nivel periférico se pueden observar diversos aspectos relacionados con valoraciones emocionales, por ejemplo que las entrevistadas no hablan de la enfermedad por vergüenza. La mitad de las entrevistadas muestra un conocimiento parcial del CaCu y la prueba PAP; refieren las participantes que el CaCu sí puede prevenirse con los “chequeos anuales”, en

alusión a la periodicidad de la prueba PAP. Una de ellas señala los síntomas, como sangrados e infección de vías urinarias, es decir, cambios en el organismo. Las demás entrevistadas indican que no conocen los síntomas porque nunca han padecido este trastorno, ni ellas ni personas allegadas. Una entrevistada le asigna un carácter letal a la enfermedad y afirma que quienes la padecen “mueren”. Otra de las entrevistadas asevera que es un cáncer que se origina por tener diferentes parejas y que se contagia a través del área sexual, “pues esa enfermedad se da porque la mujer tiene muchas parejas y pues... es por medio sexual” (15 de marzo de 2015). Respecto de las fuentes de información, 8 de las 14 entrevistadas señalaron que su información procede de familiares y amigas que apoyan la práctica de la prueba de Papanicolaou.

Estos elementos revelan una coexistencia de información de aspectos emocionales y sociales, derivada de las interacciones de la mujer con su red social más

cercana, como sus familiares (madres, hermanas, primas, nueras, amigas, vecinas, etc.).

Representación social de la PAP

El núcleo organizador de la representación de la prueba de Papanicolaou establece tres cogniciones elementales que modelan el sentido del fenómeno (Figs. 1-2): *periodicidad, incomodidad y emociones*. Es importante señalar que la frecuencia de la mención de las entrevistadas en su narrativa logró establecer los criterios para ubicar el núcleo central y el sistema periférico. El nivel informativo revela un conocimiento efectivo de la periodicidad que implica someterse a la prueba de Papanicolaou para las mujeres que han iniciado su vida sexual. Para algunas de las entrevistadas, el dolor es “tolerable” y para otras no lo es tanto, pero lo representan como una incomodidad. Señalan también las emociones como miedo, nervios, vergüenza, dolor, factores importantes presentes cuando se realizan la prueba de Papanicolaou; todos son factores determinantes para evadir la prueba. Estos señalamientos se identifican más en las entrevistadas que acuden a realizarse el examen a servicios médicos públicos, como el IMSS, ISSSTE o Seguro Popular (ya desaparecido).

El nivel escaso de información se fundamenta en la “interacción” a la que se hace referencia,¹⁸ esto es, en este caso el responsable de ofrecer los servicios preventivos para una detección temprana, el sistema de salud, se limita a emitir “comunicados” en un solo sentido, sin “comprobar” la efectividad de su concientización y, por lo tanto, de resultados en relación con los retos que las mismas entidades señalan en su Programa de Acción: cáncer cervicouterino con respecto a la atención y los esfuerzos coordinados por las instituciones de salud, entre ellos, además de la difusión, la vigilancia de la aplicación de la normatividad y los lineamientos de los programas, práctica que no se ejerce.³⁷ Este tipo de fenómenos se vincula con la manera en que las entrevistadas representan el CaCu, los denominados “saberes ingenuos sobre la detección y el tratamiento”, sustentados en la afirmación de Urrutia, *et al.*: “... un aspecto necesario a considerar para incentivar a las mujeres a la realización de este examen es un cuidado en salud sensible, que otorgue una consejería sobre la importancia de realizar el PAP”³⁴

Diez de las 14 entrevistadas mencionan: “sé que es cada año, si todo está bien” (entrevista 3, 5 de julio de 2016). En segunda instancia se encuentra la incomodidad; 9 de las 14 entrevistadas señalan: “Es bastante

incómoda, pero ni modo, se tiene que hacer” (entrevista 1, 14 de marzo de 2015); “pues me han dicho y [de] lo que me acuerdo [es] de que es incómoda y dolorosa, hace ya años desde que nació mi niña que no me la hago” (entrevista 7, 7 de julio de 2016). Asimismo, dentro del núcleo central se hallan las emociones como el miedo. En el nivel periférico se pueden observar diversos aspectos relacionados con valoraciones sociales acerca del conocimiento de la prueba PAP, ya que algunas de las mujeres entrevistadas señalan la promiscuidad como un factor de riesgo para el CaCu: “pues yo he sabido que las mujeres que andan... como se dice... pues con uno y con otro son las que más les puede dar el cáncer por eso hay que hacerse la prueba...” (entrevista 4, 5 de julio de 2016). Cuando se les explica que el VPH es un factor determinante para desarrollar la enfermedad, esta información se traduce en el discurso con la cognición de que las mujeres con mayor “libertinaje sexual” son las más propensas, lo cual confiere una connotación de inmoralidad a la enfermedad. Por lo tanto, si esta afección está ligada a la promiscuidad, las mujeres no aceptan que pueden ser susceptibles a ella y ni siquiera se halla dentro de su representación social, debido a la connotación moral que circunda a la enfermedad.

Respecto de la prueba, una entrevistada señala que es “capaz” de detectar todas las enfermedades de la matriz, como los miomas (fibromas uterinos) o cualquier “cosa” relacionada con el útero. Otras hablan (8 de 14) de un desconocimiento de la prueba sobre el beneficio que tiene. En relación con el conocimiento de la prueba, las 14 entrevistadas sí saben de la existencia de la prueba; sin embargo, sólo repiten lo que el médico les informa: “el doctor me dice que me tengo que hacer la prueba para saber si mis células están bien, algo así... pero no sé nada más. Te digo, sólo repito lo que el médico me dice...” (entrevista 2, 4 de julio de 2016). Pese a ello, no tienen claridad de los beneficios, no preguntan y sólo obedecen al médico. Una de las entrevistadas sugiere que sólo abundan en lo que el cirujano les menciona; por lo tanto, algunas tienen la representación de que la prueba identifica células anormales de la matriz, muy cerca de lo que en realidad representa el concepto del CaCu.

Además, refieren sus experiencias negativas: el maltrato del personal médico cuando se realiza el estudio; otras señalan que les han “contado” que los resultados son dudosos en servicios de salud públicos, como en algunos programas sociales del gobierno. Otras más indican que la prueba en servicios de salud privados es mucho mejor que en los públicos y también sugieren

que hoy día se conoce más sobre esta prueba, no por medio de la difusión gubernamental o los medios de comunicación, sino por la información obtenida de amigas, hermanas, primas, vecinas, entre otras. En conclusión, la narrativa explica una estructura representacional que puede incluir ciertos componentes ambiguos y contradictorios sobre la prueba de Papanicolaou.

Asimismo, esta investigación delinea un fenómeno determinante en las mujeres en la realización del estudio del Papanicolaou y que, aunado a la narrativa limitada hacia éstas por parte del aparato médico a través de los programas gubernamentales, constituye un obstáculo más: *la violencia institucional*, que se refleja en diferentes variables que limitan el ejercicio de la práctica. En primera instancia se encuentra la calidad del servicio del personal médico, cuya retórica sigue los lineamientos exiguos de los planes citados con anterioridad, ya que según señala Jodelet: “Algunas reciben la atención indicada por los médicos, pero no se les proporciona información suficiente para identificar mejor su problema de salud, por lo que al ser atendidas no se sienten necesariamente satisfechas, pues la vivencia corporal y emocional de su padecimiento es diferente a lo diagnosticado clínicamente”.²⁷

En cuanto al tema de género y la representación social, y con base en lo que sugiere Flores³⁸ respecto de estos conceptos (quien refiere la teoría de las representaciones sociales y las categorías de análisis y conceptos como ideología, identidad, poder, hegemonía y rol social), es patente que en las sociedades se “establecen obligaciones sociales” (Lamas)³⁹ y bajo este papel es que las mujeres dejan de forma predominante a un lado su autocuidado para ejercer su papel de madres o cuidadoras. Esto significa que, en el caso de la población entrevistada, la construcción social de género dificulta la práctica de la prueba del Papanicolaou como método de prevención para un posible CaCu, lo que constituye otra barrera o limitante que impide que la mujer no acuda a los métodos de prevención sobre su propia salud: “pues como le digo, la vergüenza, el miedo a que me vayan a lastimar; siempre estoy pensando que me va a doler, es que también no sé nada de la enfermedad (entrevista 6, 7 de julio de 2016). O bien: “desde que me hice la prueba hace como siete años, sentí miedo y vergüenza; también por miedo a tener un resultado positivo del cáncer, como ya le comenté, es que no sé nada del cáncer (entrevista 7, 7 de julio de 2016).

Otra condicionante sociocultural es el manejo de la sexualidad de forma equitativa, es decir, con responsabilidad para ambos y que no está prevista en ningún

programa de gobierno, ya que sólo mencionan una orientación a las mujeres y hombres en cuanto a su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad; uno de estos factores son las múltiples parejas sexuales (del hombre y la mujer). Lo que no se prevé es cómo abordar el factor sociocultural ya que, según lo mencionan Moreno⁴⁰ e Hidalgo-Martínez,⁴¹ en relación a que no se ha puesto la atención necesaria en el hecho de que el hombre es portador del VPH, es dentro de la sociedad donde se establece de forma predominante a la mujer como única responsable de esta enfermedad:

Como te dije anteriormente, ya no voy a revisarme, puesto que yo sólo he tenido una infección toda mi vida y la verdad no sé mucho sobre el cáncer y allá en Toluca me dijeron que yo estaba bien, aparte de que no me fue bien, siempre me han lastimado mucho y no... no considero necesario ir ahorita porque hace mucho que no tengo relaciones (entrevista 8, 7 de julio de 2016).

Lo anterior también se sustenta en la teoría de Abric,²⁶ dado que las imágenes que conforman su representación no son más que el resultado de que la mujer como individuo dentro de una sociedad no responde a las características objetivas de una situación, sino a la representación que de ellas tienen debido a su experiencia y, por lo tanto, las mujeres no le conceden importancia a las relaciones de sus parejas con otras mujeres y a que ellos también son portadores y transmisores del VPH. La sociedad en general no considera el papel que juega el hombre en la transmisión del VPH, con lo cual se le traslada la responsabilidad sólo a la mujer.

Uno de los hallazgos identificados en relación con la representación social es que las mujeres expresan algo más que miedo a someterse a la prueba o incluso su procedimiento; están más preocupadas de salir positivas en la prueba PAP y sólo hablan del temor a tener el VPH y un posible desarrollo del CaCu, es decir, a un tratamiento de quimioterapia: “sí me da temor el procedimiento y en sí la prueba, pero me da más miedo saber si tengo el virus del papiloma y [que] después tenga que someterme a un tratamiento como de quimioterapia” (entrevista 1, 14 de marzo de 2015).

Por último, como apuntan Tinelli, et al.,¹⁶ el mejoramiento de las funciones administrativas de los centros de salud, como la citación de los pacientes o la notificación a ellos, puede ayudar a reducir los obstáculos de la accesibilidad a los centros de salud; asimismo, también contribuye a esta situación la erradicación de

la violencia institucional, ya que es un impedimento para que las mujeres se realicen la prueba de PAP, por lo que es imperativo que las instituciones cambien sus procedimientos y, si es necesario, se contrate a más personal calificado que atienda a las mujeres.

Conclusiones

Una conclusión es que la representación social de las mujeres de las zonas norponiente y centroponiente de Ciudad Juárez, Chihuahua, constituye un factor determinante en la práctica para someterse a la PAP a tiempo; de igual modo, se identificaron los obstáculos que impiden el uso del estudio del Papanicolaou y su relación con la calidad de la información que las mujeres tienen sobre la prueba, el VPH y el desarrollo del CaCu, además de que también se refirieron las motivaciones por las cuales las mujeres tienen acceso a la prueba del Papanicolaou y las creencias que ellas tienen para su realización.

En primera instancia se identificó que el grado de conocimiento de las mujeres sobre la citología cervicouterina y la prueba de Papanicolaou es mínimo en lo que respecta al significado y como consecuencia de su efecto real, de tal manera que si el concepto en su percepción es “pobre”, su ejercer se traduce en una práctica también mínima.

Asimismo, se observa que los médicos tampoco contribuyen, en especial aquellos que trabajan en los servicios de salud públicos, ya que su lenguaje técnico impide que las mujeres “entiendan” el significado, así como los beneficios de la prueba de Papanicolaou, a fin de prevenir el CaCu.

Es conveniente subrayar que, dados los resultados obtenidos en esta investigación, es de interés que la mujer modifique con información científica las construcciones sociales que la inundan de concepciones deformadas, estereotipos, modelos de comportamiento y estructuras sociales, que lejos de contribuir a la prevención y el mejoramiento de su salud, la envuelven en su imaginario y no le permiten el desarrollo de su calidad de vida.

Por último, puede afirmarse que el detonante concluyente en lo que respecta a la motivación para la práctica del estudio del Papanicolaou es la calidad del servicio, de manera específica la atención médica prestada en las instituciones públicas, ya que se enfoca en la cantidad y no en la calidad y el cuidado de las pacientes. Queda de manifiesto que los tiempos de espera para la atención y respuesta de resultados, la cantidad de personas que atienden, el mal trato y

la ausencia de especialistas en dichas entidades constituyen otro factor determinante en la práctica del estudio, toda vez que las entidades públicas son muy lentas y les hacen perder mucho tiempo, cuando la prueba puede efectuarse en unos cinco minutos. Cuando la prueba se realiza en un hospital privado, las diferencias son muy marcadas; empero, no todos los sectores de la población pueden tener acceso a los servicios que presta el servicio privado y los precios exceden sus posibilidades económicas, incluso no sólo los costos de la prueba sino los propios tratamientos. Asimismo, se propone impulsar la creación de una red de mujeres cuidadoras dentro de las colonias para que vigilen la visita de las mismas mujeres a las diferentes instancias de salud, con el fin de que la realización de la prueba del Papanicolaou se cumpla como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994⁸, según sea el caso de cada mujer.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses institucional o personal, de índole profesional, financiera o comercial durante la planificación, la ejecución, redacción y publicación del presente artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Valenzuela M, Miranda A. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chile Salud Pública*. 2001;5(2-3)75-80.
2. Dirección General de Servicios Médicos. Cápsulas de salud sexual y reproductiva. México: Universidad Autónoma Nacional de México; [sin fecha de actualización].
3. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and reproductive health. New York: The Population Council and Health Development Policy Project, 1995.

4. Castro-Reyes EM, Miranda-Machado PA, Borre-Arrieta O. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del virus del papiloma humano en adolescentes escolarizados. *Revista Ciencias Biomédicas*. 2012;3(2):275-81.
5. Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer cervicouterino. México: Secretaría de Salud, 2012.
6. Instituto Nacional de las Mujeres. Sistema de Indicadores de Género. México: INMUJERES; 11 de noviembre de 2020. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/index.php>
7. Chávez-Méndez G, Arellano A, Tamayo L, Levy J. Representación social sobre el cáncer cervicouterino por mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad de Colima, México. A través de la aplicación de las redes semánticas naturales como estrategia metodológica. México, 2012.
8. Lazcano-Ponce E, Yunes-Díaz EM. Evolución de las pruebas de tamizaje para la detección oportuna de cáncer. *Gac Med*. 2006;4(5):91-2.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. México, 2007.
10. Lamont J. Psychology reactions of women to the diagnosis of conditions associated with pre-invasive cervical cancer. *Can J Hum Sex*. 1994;3:181-3.
11. Hidalgo-Martínez A. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica*. 2006;(17):81-4.
12. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud. Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, 2016. Disponible en <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/HojadatosCancerdeCuelloUterino2016.pdf>
13. Arévalo-B AR, Arévalo-Salazar DE, Villarroel-Subieta CJ. El cáncer de cuello uterino. *Rev Med La Paz*. 2017;23(2):45-56. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es
14. Berumen-Campos J. Virus del papiloma humano y cáncer del cuello uterino. *Gac Med Mex*. 2006;142(3):47-55. Disponible en https://huellagenica.com/wp-content/uploads/2019/11/gm06_supl_06VirusPapilomaBERUMEN_1_.pdf
15. Valdez-Caraveo R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Av. Psicol. Latinoam*. 2011;22(1):49-5. Disponible en <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1265>.
16. Tinelli A, Vergara D, Leo G, Malvasi A, Casciaro S, Leo E, Montinari MR, et al. Human papillomavirus genital infection in modern gynecology: genetic and genomic aspects. *Eur Clin Obstet Gynecol*. 2007;3:1-6.
17. Arévalo-B AR, Arévalo-Salazar DE, Villarroel-Subieta CJ. El cáncer de cuello uterino. *Rev Med La Paz*. 2017;23(2):45-56. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es
18. Zeledón P, Luna M. Conocimientos y factores culturales de mujeres que intervienen en la realización del Papanicolaou en Nicaragua. *J Health Npeps*. 2017;2(1):aprox. 8 p. Disponible en <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1641/167>
19. Tejada-Tayabas LM, Hernández Ibarra LE, Pastor-Durango MP. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí. *Gac Sanit*. 2006;26(4):311-6. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000400004&script=sci_abstract&tlng=es
20. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Algunas mujeres mayores no están haciéndose las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. EEUU: CDC; revisada el 27 de julio de 2020. Disponible en <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/dccp/research/articles/older-women-cervical-cancer-screenings.htm>
21. Candreva A, Paladino C. Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción, estudio cualitativo. *Universitas psychologica*. 2005;4(1):55-65.
22. Gomes Martins L, Bezerra Pinheiro AK, Moreira Vasconcelos CT, Pinto Falcão Júnior JS. Examen de Papanicolaou: factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. *Enferm Glob*. 2010;(20). doi: 10.4321/S1695-61412010000300007
23. Rocha G. Las representaciones sociales de la enfermedad: una mirada sociológica a la perspectiva legal. México: El Colegio de México [tesis doctoral, 1995].
24. Moscovici S. *Psicología de las minorías activas*. 2a. ed. Madrid: Morata, 1981.
25. Sanabria-Hernández N. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. *Enfermería en Costa Rica*. 2012;33(2):82-89.
26. Abric J. *Prácticas sociales y representaciones*. Filosofía y Cultura Contemporánea. México: Ediciones Coyoacán, 1994.
27. Jodelet D. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. Psicología social II. Barcelona: Paidós, 1988.
28. Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1968.
29. Malo-González C. *Cultura e interculturalidad*. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, 2000.
30. Molina J. Percepciones culturales del examen de Papanicolaou en el hospital "Virgen de Remedios". Bolivia, 2008.
31. Herrero J. *¿Qué es cultura?* 2002. Disponible en <http://www.capacitar.sil.org/anro/cultura.pdf>
32. Ramos S, Tamburrino M. *Imágenes sociales del cáncer: estudio nacional para orientar la comunicación social*. Argentina: Instituto Nacional de Cáncer, 2013.
33. Perera M. A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad [informe de investigación]. CIPS, 1999.
34. Urrutia M, Anaya G, Alejandra y Poupin L. *¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?* Chile: respuestas entregadas por los profesionales del Programa Cáncer Cervicouterino- Auge del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 2010.

35. Leal-Berumen I, Villalobos C, Wisbrun-Castillo R, Moreno V. Sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas para CaCu: muestras demestizas y tarahumaras del Hospital General Salvador Zubirán de la ciudad de Chihuahua. *TECNOciencia Chihuahua*. 2010;4(2).
36. Husserl E. *La idea de la fenomenología*. España: Herder, 2012.
37. Bautista-OD. *La ética en la gestión pública fundamentos, estado de la cuestión y proceso para la implementación de un sistema ético integral en los gobiernos* [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid, 2007.
38. Flores F. *Psicología social y género, el sexo como objeto de representación social*. México: UNAM, 2000.
39. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población*. 1999;5(21):147-78.
40. Moreno-Tetlacuilo LM. Las barreras de género, factor de riesgo para cáncer cervicouterino. *Boletín UNAM-DGCS-741*; 22 de diciembre de 2014. Disponible en http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2014_741.html
41. Hidalgo-Martínez A. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica*. 2006;(17):81-4.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Rojas-González EP, Castillo-Viveros N. Representaciones sociales de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(4):286-300.