

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE
GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología y Sociología

Patriarcado, poder y cáncer cérvico:
investigación antropológica sobre el
Papanicolaou en tres comunidades en
Guatemala

Trabajo de investigación presentado por María José
Aldana Asturias para optar al grado de Licenciada en
Antropología

Guatemala
2009

Patriarcado, poder y cáncer cérvico:
investigación antropológica sobre el
Papanicolaou en tres comunidades en
Guatemala

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE
GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología y Sociología

Patriarcado, poder y cáncer cérvico:
investigación antropológica sobre el
Papanicolaou en tres comunidades en
Guatemala

Trabajo de investigación presentado por María José
Aldana Asturias para optar al grado de Licenciada en
Antropología

Guatemala
2009

Vo. Bo.

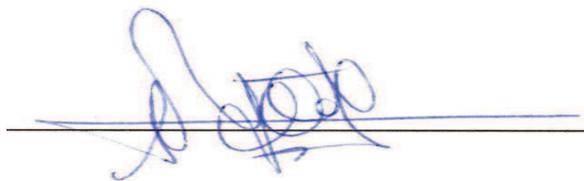


PhD. Michael Richards
Asesor

Tribunal Examinador:



Dra. Ana Garcés



MA. Renzo Rosal



Lda. Lucía Robles

Fecha de aprobación: Guatemala 02 de diciembre 2009

PREFACIO

Esta investigación está inspirada en las mujeres que han muerto por el cáncer de cérvix, siendo éste un cáncer prevenible. Intenta presentar algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres de San Lorenzo, Comitancillo y Río Blanco, San Marcos, para hacerse revisiones periódicas como el Papanicolaou. A las mujeres y esposo entrevistados, y personal de salud que accedieron a participar y que compartieron sus experiencias conmigo, muchas gracias, *Chjonte*. Esta tesis es para ustedes.

Además, quiero agradecer a Dios, y a mi familia nuclear: Chilis, Mama, Papa, Andy, Sammy y Sandra. También a mi familia extensa: Silvia, Gabriela, Edmundo, Aury, Pierre, Pedro, Marialuz, Rosme, Oli, Alice, Jocelyn, Priscila y Eli. Gracias por estar pendientes y darme ánimo. A los demás miembros de mi familia y demás amigos y compañeros, también gracias por su apoyo.

A mis profesores y mentores: Didier, Cristina, Tatiana, Arturo, Felipe, Alfredo, Kevin y Kedron. En especial, a Mike, mi asesor de tesis y catedrático de Antropología Médica. A Lore, por su ayuda en todo momento, y a Jocelyn, por apoyarme con las transcripciones y sistematización de datos.

Al equipo del CES-UVG de San Lorenzo, por apoyarme, hospedarme y brindarme ayuda técnica; en especial, quiero agradecerle a Carolina, por las pláticas interesantes, los viajes ida y vuelta a San Lorenzo y por haber estado pendiente. A Ana de Una Voz Contra el Cáncer, por atender a mi propuesta de investigación y apoyarme técnicamente con la tesis. Al puesto de salud de Río Blanco, centro de atención permanente de San Lorenzo y Comitancillo, a las municipalidades de estos tres lugares, y al Área de Salud de San Marcos. A la UVG, en especial al Departamento de Antropología y Sociología.

Y a vos Andrés: mi esposo y mejor amigo, mi mentor. Gracias por creer en mí, por apoyarme y por ser parte de mi propio proceso de empoderamiento femenino.

CONTENIDO

	Página
PREFACIO	v
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. ESTRATEGIA INVESTIGATIVA	50
IV. RESULTADOS	61
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	112
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	136
VII. BIBLIOGRAFÍA	142
VIII. ANEXOS	148

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Nociones culturales del ser	5
2. Características demográficas de la población de San Marcos por condición de pobreza	10
3. Población, sexo e identidad étnica de San Lorenzo	13
4. Promotores de salud de San Lorenzo	16
5. Comadronas de San Lorenzo	16
6. Papanicolaous realizados de enero a julio, 2009, en San Lorenzo	18
7. División política de Comitancillo	19
8. Población total por rango de edad de Comitancillo	21
9. Morbilidad materna en Comitancillo	24
10. Papanicolaous realizados de enero a julio, 2009, en Comitancillo	24
11. Morbilidad materna en Río Blanco, 2008	28
12. Papanicolaous realizados de enero a julio, 2009, en Río Blanco	29
13. Cáncer de Cérvix por edades en Guatemala, del 2004 al 2006	38
14. Mortalidad por Tumor Maligno de Cérvix en Guatemala, 2005 y 2006	39
15. Datos demográficos de las mujeres entrevistadas (N=47)	62
16. Lugar de nacimiento y residencia, de acuerdo a estado civil y años de casada de las entrevistadas (N=47)	63
17. Datos demográficos del personal de salud entrevistado (N=9)	64
18. Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou según estado civil (N=47)	68
19. Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou según identidad étnica (N=47)	69
20. Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou según escolaridad (N=47)	70
21. Razones por las que se hacen el Papanicolaou con cierta frecuencia (N=16)	71
22. Razones por las que no se hacen el Papanicolaou seguido o nunca se lo han hecho (N=31)	72
23. Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou y sensaciones relacionadas (N=28)	73
24. Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou, lugar y costo (N=28)	73
25. Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou y persona que lo realiza (N=28)	74
26. Preferencia de sexo del personal de salud a realizar Papanicolaou (N=47)	75
27. Significado de Papanicolaou positivo según conocimiento básico del Papanicolaou (N=47)	76
28. ¿A quién piden permiso para hacerse un Papanicolaou?, según estado civil (N=47)	77
29. Razones por las que las mujeres no se hacen Papanicolaou	78
30. Creencias sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou de acuerdo a estado civil (N=47)	80
31. Medios para aprender sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou	82
32. Medios para invitar a charla sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou	83
33. Conocimiento sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou según puesto (N=9)	85
34. Frecuencia Papanicolaou según estado civil (N=8)	86
35. Frecuencia Papanicolaou según puesto (N=8)	86
36. Razones por las que mujeres no se hacen Papanicolaou	89
37. Creencias sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou (N=9)	90
38. ¿Hay suficiente información sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou?	91
39. Medios para educar a la población sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou	92
40. Principales razones por las que mujeres no se hacen el Papanicolaou: opinión de personal de salud y mujeres entrevistadas	131

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Mapa de San Marcos y sus municipios	7
2. Zona Mam de Guatemala	9
3. Ubicación del municipio de San Lorenzo	11
4. Idiomas hablados en San Lorenzo	12
5. Centro de Atención Permanente de San Lorenzo, antes Centro de Salud	15
6. Vista Aérea de Comitancillo	19
7. Idiomas hablados en Comitancillo	20
8. Presencia del SIAS y coordinación con alcaldías auxiliares, caserío Quexjelemuj, Comitancillo	23
9. División política de Río Blanco	25
10. Aparato reproductivo femenino	30
11. Mortalidad por Tumor Maligno de Cérvix en Guatemala por departamentos	40
12. Mortalidad por Tumor Maligno de Cérvix en Guatemala, 2006	40
13. Esquema etnoanatómico 1: Silueta femenina (de frente y de espaldas)	59
14. Esquema etnoanatómico 2: Aparato reproductivo femenino	60
15. Orden de examen citológico, Área de Salud, San Marcos	88
16. Mapa de palabras: proceso de exámenes y diagnóstico de cáncer de cérvix	94
17. Mapa de palabras: entrevista con esposo que vivió cáncer de cérvix de cerca	96
18. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres casadas indígenas	97
19. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres casadas indígenas	98
20. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres casadas no indígenas	99
21. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres casadas no indígenas	100
22. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres solteras indígenas	101
23. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres solteras indígenas	102
24. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres solteras no indígenas	103
25. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres solteras no indígenas	104
26. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las doctoras	105
27. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las doctoras	106
28. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las enfermeras auxiliares	107
29. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las enfermeras auxiliares	108
30. Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las comadronas	109
31. Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las comadronas	110
32. Esquema etnoanatómico 1: respuestas del promotor de salud	111
33. Esquema etnoanatómico 2: respuestas del promotor de salud	111
34. La infección como vínculo entre comportamiento y cáncer de cérvix	116
35. Operación de la mujer: cartel en CAP de San Lorenzo	125
36. Planificación familiar: cartel en puesto de salud de Río Blanco	125
37. Proceso de examen de Papanicolaou en puesto de salud de Río Blanco y CAPs de San Lorenzo y Comitancillo	130

RESUMEN

El cáncer de cérvix es una de las principales causas de muerte en mujeres alrededor del mundo. Es controlable si se detecta a tiempo, por medio de exámenes como el Papanicolaou o el IVAA. Sin embargo, la manera en que se concibe el cuerpo, la enfermedad, la salud y la sexualidad varía, y esto afecta la decisión de hacerse estos exámenes. Para conocer algo de las experiencias de las mujeres en Guatemala, se realizaron entrevistas en tres municipios de San Marcos: San Lorenzo, Comitancillo y Río Blanco. Se entrevistó a cuarenta y siete mujeres en total, a nueve miembros del personal de salud a nivel local y a un hombre cuya esposa murió de este tipo de cáncer. Cada entrevista tenía preguntas sobre el conocimiento y la toma de decisiones con respecto al Papanicolaou e IVAA, y qué factores influyen en hacerse o no estos exámenes, así como sobre el conocimiento y creencias sobre el cáncer de cérvix. Además, se adjuntaron esquemas etnoanatómicos, para conocer las categorías mentales y conocimiento en torno al cuerpo de la mujer y los síntomas que el cáncer de cérvix provoca. El conocimiento de las y los entrevistados con respecto al cáncer en general es a nivel básico, casi no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, y algunas conocen qué es el Papanicolaou y para qué sirve. A la hora de hacerse un Papanicolaou, entran en juego influencias conyugales, familiares y contextuales, como la dependencia económica de la mujer hacia el esposo, las creencias sobre el examen y la vergüenza que sienten de “mostrarse” y el acceso limitado a salud.

I. INTRODUCCIÓN

La comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento.
- PNUD

La salud va mucho más allá del cuerpo o los síntomas que éste puede presentar. Para empezar, las categorías mentales que se pueden hacer sobre qué es la salud y la ausencia de ésta, varían de acuerdo al contexto cultural y social en que un individuo esté. La forma de llamar a las enfermedades, cómo tratarlas y cómo identificar los síntomas no se regulan o encajan necesariamente dentro de un sistema de salud biomédico u occidental. Una de las enfermedades que tiene significados mundiales, así como locales, es el cáncer. De manera más específica, el cáncer de cérvix y todo lo que éste involucra, es interpretado por las mujeres que lo padecen de maneras diferentes, dependiendo del contexto cultural y social en el que se encuentran. Por eso es necesario que se promuevan acercamientos e investigaciones que traten de indagar sobre los elementos culturales alrededor de este y otros males.

En Guatemala, como en casi todo el mundo, el cáncer de cérvix es de las principales causas de muerte por cáncer de muchas mujeres. Los índices de este tipo de cáncer varían de acuerdo a la región o departamento. Así mismo, los significados y simbolismos alrededor del cáncer de cérvix cambian de acuerdo al estrato social de la mujer, su identidad étnica y el lugar en que reside. En el departamento de San Marcos, uno de los departamentos con una prevalencia alta de cáncer de cérvix, la mayoría de la población femenina se autoidentifica como Mam o ladina. El hecho que no se identifiquen como indígenas no significa que no tengan un sistema médico alternativo o paralelo al sistema biomédico.

Lo que se intenta conocer con esta investigación, es cómo afecta y se relaciona el patriarcado con los demás elementos que influyen sobre la concepción del cáncer y los exámenes para detectarlo. Desde la perspectiva de

la Antropología Médica y sus herramientas, se intentará servir de puente o comunicación entre la concepción médica del cáncer de cérvix y las mujeres indígenas y no indígenas de tres municipios de San Marcos. Los municipios escogidos fueron San Lorenzo, Comitancillo y Río Blanco, por las características mixtas de sus poblaciones en torno a identidad étnica, estado civil de las mujeres y fuentes de salud como puestos y centros de atención permanente, así como comadronas y promotores de salud.

Se entrevistó a cuarenta y siete mujeres en total, a nueve miembros del personal de salud a nivel local y a un hombre cuya esposa murió de este tipo de cáncer. Cada entrevista tenía preguntas abiertas sobre la toma de decisiones con respecto al Papanicolaou e IVAA y qué factores influyen en hacerse o no estos exámenes, así como sobre el conocimiento y creencias sobre el cáncer de cérvix. También se indagó sobre las categorías mentales y conocimiento en torno al cuerpo de la mujer y los síntomas que el cáncer de cérvix provoca, utilizando esquemas etnoanatómicos.

En general, el conocimiento de las y los entrevistados con respecto al cáncer en general es muy básico. Sin embargo, casi no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, o ni siquiera lo han oído mencionar. Algunas de las entrevistadas conocen qué es el Papanicolaou y para qué sirve, pero no todas las mujeres se lo han hecho o se lo hacen con frecuencia. A la hora de hacerse un Papanicolaou, entran en juego aspectos conyugales, familiares y contextuales. Dentro de las relaciones entre pareja, hay dependencia económica de la mujer hacia el esposo, y muchas opinan que el esposo siempre debe enterarse o dar permiso para irse a hacer los exámenes. Las creencias sobre el examen, implican aspectos como la vergüenza de mostrar su cuerpo y que el examen duele; pero en general, hay poco conocimiento sobre el examen. Dentro de los aspectos del contexto particular de las mujeres, puede mencionarse el nivel bajo de educación y el acceso limitado información sobre los servicios de salud.

Dentro de las principales recomendaciones, está que se hagan programas de educación sexual que tomen en cuenta varios de los aspectos que

aquí se presentan. Además, se necesita mucha más investigación sobre estos temas, sobre todo por lo complejo de un país como Guatemala, en donde entran en juego condiciones de pobreza, diferencias culturales y machismo. Puede aprenderse de las experiencias de otros países, así como fortalecer los programas que ya están funcionando en el país. Sin embargo, se necesita mucha más investigación, sobre todo, investigación para la acción.

II. ANTECEDENTES

A. Dos sistemas médicos

El choque que se da entre el sistema médico occidental y el de otras culturas, se debe a las diferentes percepciones que se tienen sobre el cuerpo, la enfermedad y los estados enfermizos. La biomedicina o medicina occidental, llamada de manera más neutral como medicina cosmopolita, fue por mucho tiempo considerada como el sistema que tenía la verdad científica sobre la salud y la ausencia de ésta. Sin embargo, a partir de los movimientos, principalmente de reivindicación indígena, el sistema “primitivo” fue revalorado y reetiquetado como medicina tradicional o etnomedicina (Richards, 2008). Dentro de los sistemas locales de salud popular, las terapias necesarias para reestablecer la salud combinan aspectos de curación en los órdenes sociales, ambientales y espirituales, además de las patologías y aspectos biológicos de la enfermedad. De esta manera, se asignan terapias para el individuo, la familia y la comunidad (PNUD, 2005:178). Aunque el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) hace énfasis en la revalorización de los sistemas médicos mayas en el *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005* para Guatemala, es importante también resaltar los sistemas médicos no indígenas, que están fuera de la biomedicina y caben dentro de la etnomedicina o medicina local. El hecho de que una población no sea indígena no quiere decir que no se tengan concepciones sobre las enfermedades que van más allá de lo planteado por la medicina occidental o cosmopolita.

Uno de los aspectos básicos sobre la diferencia entre sistemas es la manera en que se entiende y se ve el cuerpo. Así como hay enfermedades, también puede haber males, malestares, estados enfermizos; y éstos a la vez pueden afectar el cuerpo físicamente, a nivel somático, o a niveles extrasomáticos. Por otro lado, también la manera en que se cura o sana a la persona y quiénes participan del proceso puede variar (ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1
Nociones culturales del ser

<i>Cuerpo</i>	<i>Mente</i>
Somático	Extrasomático
<i>Enfermedad/Patología/Disease</i>	<i>Estado enfermizo/Illness</i>
Enfermedad que se puede ver cuyo diagnóstico es condicionado por la cultura o grupo al que se pertenece. El consejo de la familia o amigos cercanos trata sobre la fuente de la enfermedad o manera en que puede curarse o con quién curarse.	Estado del cuerpo de una persona, donde hay algún tipo de disfuncionalidad asociada a síntomas mentales por el dolor que algo le pudo causar. Por ejemplo depresión y preocupación. La persona no se comporta de manera normal.
<i>Intervención de cura/Terapia/Curing</i>	<i>Proceso de sanidad/Healing</i>
Al identificar el dolor, se trata con medicina, masajes o algún otro tipo de procedimiento.	No se cura sólo lo identificable o fácilmente visible del enfermizo, sino también las secuelas. Es "holistic health" o "salud holística".

Fuente: Richards, 2008

Es importante resaltar que se han dado iniciativas como los programas nacionales de medicina tradicional y natural (PNUD, 2005:179). Sin embargo, sigue existiendo una brecha contextual entre estos dos sistemas (Richards, 2008). Es vital para la mejora de la calidad de vida de los habitantes de diferentes localidades, que estos esfuerzos de revalorización y complementariedad se sigan dando, tanto a nivel político, como a nivel médico local. Cunningham dice que

<<En el campo de la salud, la interculturalidad significa que “todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.” La interculturalidad se instituye en una herramienta para avanzar hacia la equidad en salud>> (PNUD, 2005:179).

De acuerdo a Sedgwick (1981), <<fuera del significado que las personas le dan voluntariamente a ciertas condiciones, no hay enfermedades o males en la naturaleza>> (Joralemon, 1999:2)¹. Es decir que los seres humanos imponemos significados a los procesos naturales (Joralemon, 1999:3). Lo que se construye socialmente va desde categorizar las enfermedades, asignarles nombres comunes, clasificar las causas de las enfermedades o de los estados enfermizos, los modos de transmisión o adquisición, hasta manejar el conocimiento de qué medicamento, remedio o sustancia cura qué enfermedad.

Específicamente con respecto al cáncer, hay diferentes casos en varios países, que refuerzan el concepto de prestar atención a los sistemas médicos locales incorporados dentro de la cultura y la cotidianidad. Dein, en *The Lancet Oncology*, plantea que

<<La cultura determina las diferentes maneras en que los pacientes entienden el cáncer, las formas en que lo explican y sus actitudes hacia éste. Estos factores afectan la respuesta emocional del paciente a la enfermedad y el comportamiento hacia la salud en términos de prevención y tratamiento... Las explicaciones culturales de salud y comportamiento hacia la salud podrían restarle valor a los factores sociales y económicos que podrían ser más importantes como determinantes de estos comportamientos>> (Dein, 2004:119).

Todo grupo social tiene modelos lógicos, en los que se explican las causas y efectos de las enfermedades, donde se clasifica o hacen categorías para entender y controlar lo desconocido (Richards, 2008). Las categorías de los sistemas médicos cosmopolita y popular no son las mismas, pero esto no significa que no se puedan poner en diálogo, para entenderse mejor y eventualmente complementarse, por el bien del paciente. Esta es la base de esta investigación. El punto de partida es la categorización alrededor del cáncer de cérvix.

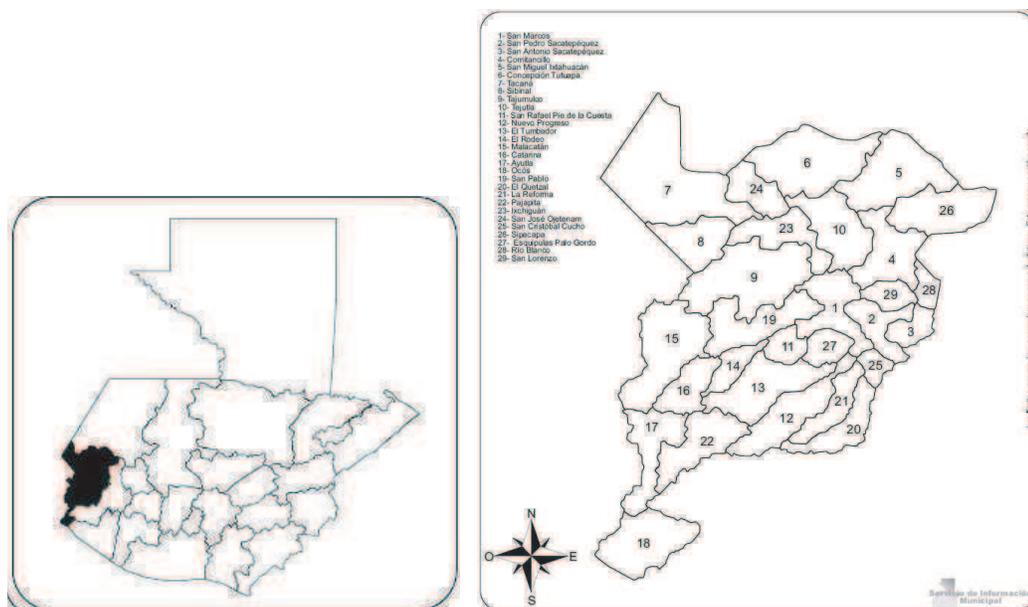
B. Tres municipios de San Marcos, Guatemala: Características de la población

¹ Las traducciones literales del inglés al español, realizadas por la autora de esta tesis, están entre comillas para darle crédito al autor original. Las paráfrasis y resúmenes sólo están citadas.

El Departamento de San Marcos se encuentra en la región Sur Occidental de Guatemala (ver Figura No. 1). La cabecera departamental es San Marcos, y queda a 252 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. En total, el departamento tiene 29 municipios. Cuenta con una extensión territorial de 2397 kilómetros cuadrados (Km.²), y limita al Norte con Huehuetenango, al Sur con Océano Pacífico y Retalhuleu, al Este con Quetzaltenango; y al Oeste con la República de México. En este departamento se hablan el idioma Español, Mam y el Sipacapense (Gall, 2000:401; SIM, 2009). La comunidad Mam colinda al norte con la República de México; al oeste, con el departamento de Quiché; al sur, con el departamento de Totonicapán y el océano Pacífico; y al este, con México. La parte norte de la comunidad se ubica en la sierra de los Cuchumatanes, con elevaciones de 500 a 3,600 metros sobre el nivel del mar y suelos poco fértiles y clima frío. <<En el centro del territorio Mam hay una cuenca en la que hay suelos fértiles y clima templado. La parte sur se ubica en la bocacosta y cuenta con suelos muy ricos, y clima templado y cálido>> (Richards, 2003:64).

Figura No. 1

Mapa de San Marcos y sus municipios

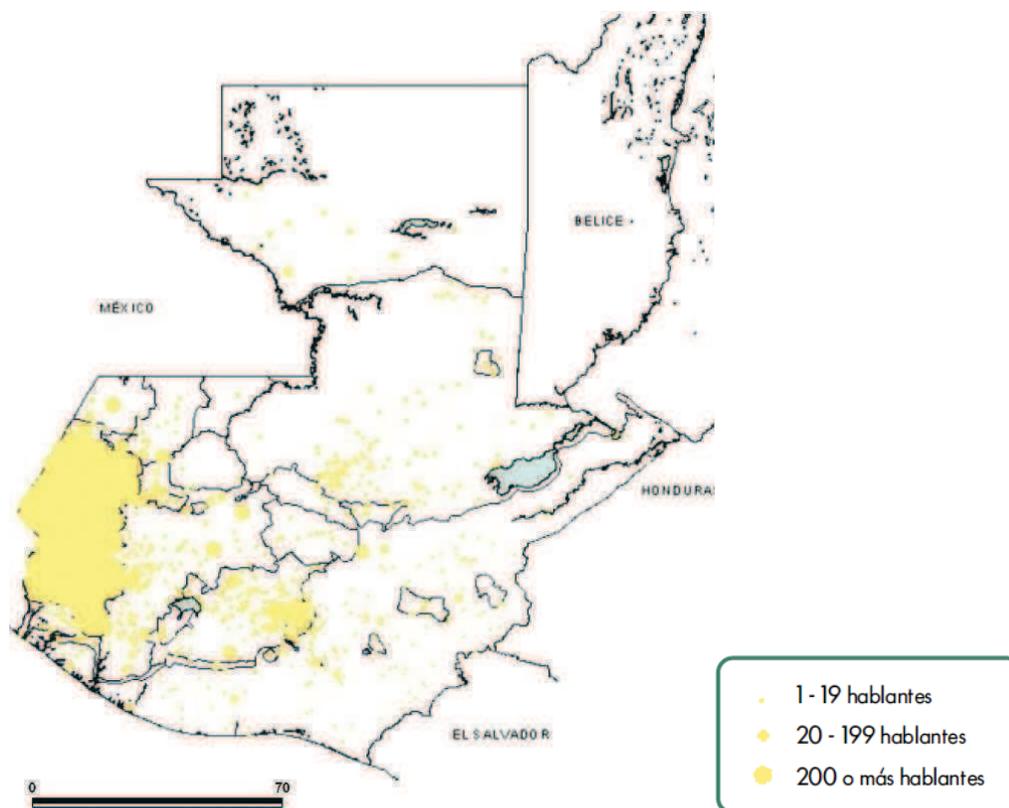


Fuente: SIM, 2009

Según el *Diccionario Geográfico de Guatemala* (2000), “Mam” se refiere a un grupo étnico, así como un idioma hablado en parte del oeste de Guatemala, que incluye los departamentos de Huehuetenango, San Marcos y Quetzaltenango (Gall, 2000:577). En 2001 el total de número de hablantes de Mam era de 519,664 personas. Este idioma tiene una cobertura geográfica de 6,577 Km.² (ver Figura No. 2). En el departamento de San Marcos, este idioma se habla en los municipios de Concepción Tutuapa, San Miguel Ixtahuacán, Catarina, Comitancillo, El Quetzal, El Rodeo, El Tumbador, Esquipulas Palo Gordo, La Reforma, Malacatán, Nuevo Progreso, San Antonio Sacatepéquez, San Cristóbal Cucho, San José Ojetenam, San Lorenzo, San Marcos, San Pablo, San Pedro Sacatepéquez, San Rafael Pie de la Cuesta, Sibinal, Tajumulco, Tejutla, Río Blanco, Tacaná, Ocos, Ixchiguán, Pajapita y Ayutla. Los límites lingüísticos de la comunidad Mam son: al norte con las comunidades Popti’, Akateko y Q’anjob’al; al sur, la comunidad K’iche’; al oeste, las comunidades K’iche’, Sakapulteko, Uspanteko, Awakateko e Ixil. (Richards, 2003:64-65).

En el siglo XVI, Alonso Labado de Dueñas se refirió a este idioma y grupo étnico al narrar su llegada a la ciudad de Santiago en Almolonga, <<el único que sabía la lengua mamey (mam) era el mercedario fray Antonio Bravo>> (Gall, 2000:577). <<De los *Mam* se tiene mejor memoria ya que fue un grupo rebelde que hizo tenaz resistencia hasta ya entrado el siglo XVII, y siempre han tenido presencia nacional pese a su aislamiento y lejanía geográfica>> (Richards, 2003:19).

Figura No. 2
Zona Mam de Guatemala



Fuente: Richards, 2003

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) del 2006, la población total del departamento era de 905,116; de los cuales 470,430 son mujeres, lo que equivale al 51.97%. Del total de la población 321,533 se identificaron como no indígenas (35.52%). De los 164,841 hogares, 35,754 hogares son liderados por jefas de hogar y no jefes de hogar. Dentro de los datos presentados en la ENCOVI 2006, también se muestran los índices de pobreza y pobreza extrema, y puede verse con claridad que en San Marcos, las mujeres son casi igual de pobres que los hombres, y que los indígenas son más pobres que los no indígenas. Según los datos, el 64.3% (302,579) de las

mujeres, y el 78.1% (250,970) de los indígenas viven en pobreza (INE, 2006; ver Tabla No. 2).

Tabla No. 2
Características demográficas de la población de San Marcos, por
condición de pobreza

Características	Población total	Niveles de pobreza			No pobres
		Todos los pobres	Pobres extremos	Pobres no extremos	
Total departamento	905,116	592,421	180,519	411,902	312,695
Sexo	905,116	592,421	180,519	411,902	312,695
Hombre	434,686	289,842	91,750	198,092	144,844
Mujer	470,430	302,579	88,769	213,810	167,851
Grupo étnico*	905,116	592,421	180,519	411,902	312,695
Indígena	321,533	250,970	101,736	149,234	70,563
No indígena	583,583	341,451	78,783	262,668	242,132
Posición en el hogar	905,116	592,421	180,519	411,902	312,695
Jefe o jefa del hogar	164,841	92,222	23,859	68,363	72,619
Esposo (a) o cónyuge	121,821	73,723	22,808	50,915	47,898
Hijo (a)	472,601	319,743	97,929	221,814	152,758
Otro miembro del hogar	148,153	106,733	35,923	70,810	39,420
Jefatura del hogar	164,841	92,222	23,859	68,363	72,619
Jefe hombre	129,087	76,575	21,379	55,196	52,512
Jefe mujer	35,754	15,647	2,480	13,167	20,107
Estado conyugal	564,717	349,930	101,765	248,165	214,787
Soltero (a)	223,118	138,939	37,278	101,661	84,179
Casados o unidos (as)	306,741	194,757	61,897	133,060	111,894
Separados (as)	21,377	11,862	2,790	9,072	9,515
Viudos o divorciados(as)	13,481	4,372	-	4,372	9,109
Grandes grupos de edad	905,116	592,421	180,519	411,902	312,695
0 - 14	423,637	288,300	95,745	202,555	125,337
15 - 64	445,766	271,419	80,205	191,214	174,347
65 y más	35,713	22,702	4,569	18,133	13,011

Fuente: INE, ENCOVI 2006

El Índice de Desarrollo Humano o IDH, <<es una medida sintética que combina tres dimensiones: disfrutar de una vida larga y saludable; disponer de educación y contar con recursos económicos. Así, ha sido empleado como un instrumento de política para evaluar y contrastar los logros en desarrollo humano entre los países, a lo interno de los mismos y monitorear los cambios ocurridos en el tiempo>> (PNUD, 2005:2). En base a este concepto, el IDH, que va de 0 a 1, para el grupo étnico ladino de Guatemala es 0.699. Subdividido en sus tres aspectos, el Índice de salud es de 0.733; el de educación, 0.712; y el de ingresos, 0.652. Para la población Mam, el IDH es 0.496, y subdividido, el Índice de salud es de 0.541; el de educación, 0.428; y el de ingresos, 0.518 (PNUD,

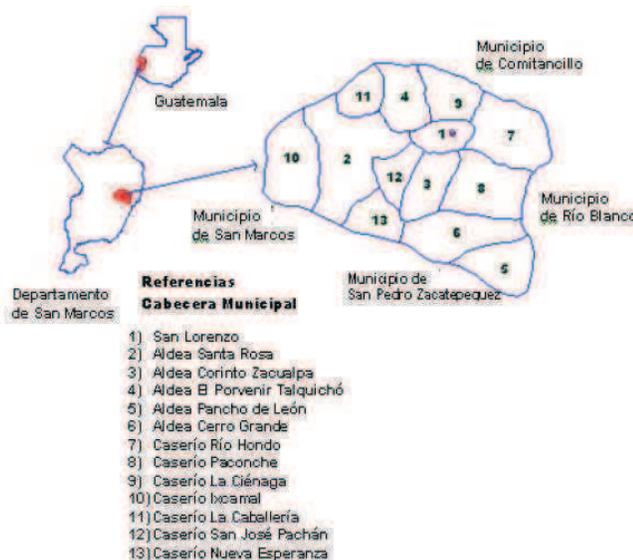
2005:313). Ya por departamento, San Marcos tenía un IDH de 0.583 en el 2002. Este índice no era muy diferente en 1994, con un valor de 0.509. Según estos mismos datos del 2002, el Índice de salud era de 0.630; el de educación, 0.571; y el de ingresos, 0.548 (PNUD, 2005:312).

1. San Lorenzo

a. Descripción general. El municipio de San Lorenzo se ubica al norte del departamento de San Marcos, a 23 Km. de la cabecera departamental y a 275 Km. de la ciudad capital. Tiene una extensión territorial de 25 Km.², y colinda al norte con el municipio de Comitancillo (S.M.), al sur con el San Pedro Sacatepéquez (S.M.), al este con el municipio de Río Blanco (S.M.) y al oeste con el municipio de San Marcos (S.M.) (ver Figura No. 3). El casco urbano se divide en cuatro cantones (El Centro, El Reformados, Poza Verde y Nuevo México) y el área rural en seis aldeas (Santa Rosa, Río Hondo, El Porvenir Talquichó, Corinto Zacualpa, Cerro Grande y Pancho de León), y seis caseríos (La Ciénaga, Paconché, La Caballería, Ixcamal, San José Pachán y Nueva Esperanza). (Gall, 2000:379; SIM, 2009b).

Figura No. 3

Ubicación del municipio de San Lorenzo

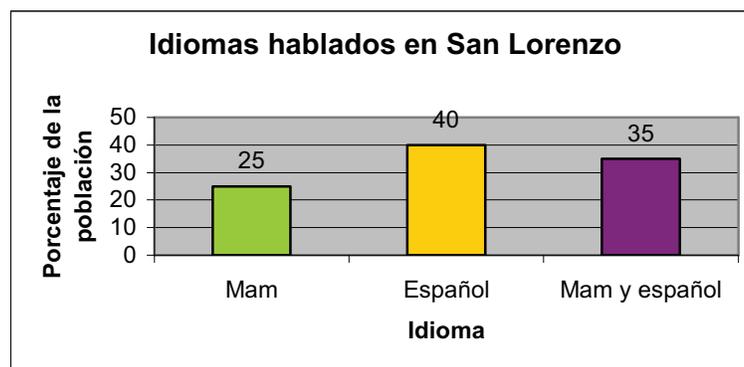


Fuente: Municipalidad de San Lorenzo, 2008

En cuanto a infraestructura básica de comunicación, de la cabecera departamental sale una vía asfaltada otros municipios del altiplano, y en el Km. 263, hay una bifurcación que se toma y recorre por 10 Km. para llegar a San Lorenzo. Cuenta también con caminos, roderas y veredas que conectan sus poblados y propiedades rurales con los municipios vecinos (Gall, 2000:379; SIM, 2009b).

b. Demografía. El municipio contaba con más de 11,300 habitantes en 2007. Su población se compone de dos culturas principalmente, la ladina y Maya Mam. Se calcula que el 65% de la población es monolingüe: un 40% de la población habla solamente español y el 25% restante habla Mam. El 35% de los habitantes son bilingües (ver Figura No. 4), (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:5).

Figura No. 4
Idiomas hablados en San Lorenzo



Fuente: Municipalidad de San Lorenzo, 2008

De la población total, el 50.31% de la población es femenina, y el 49.69%, masculina. Estos porcentajes son similares también al dividir a la población según su identidad étnica. Según datos del 2007, había 6,744 personas Maya Mam, 4,446 no indígenas y 117 de origen ignorado (ver Tabla No. 3). La tasa de

crecimiento poblacional ínter censal, obtenida de los últimos dos censos realizados por el Instituto Nacional de Estadística es de 3.3%. La tasa de crecimiento poblacional anual, de datos del 2006 y 2007 es de 2.9% (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:27).

Tabla No. 3
Población, sexo e identidad étnica de San Lorenzo

Grupo Étnico:	Sexo:	Cantidad:	Total:
No Indígena	Masculino	1,623	4,446
	Femenino	1,645	
Indígena (Mam)	Masculino	2,503	6,744
	Femenino	2,454	
Origen ignorado			117
Total:			11,307

Fuente: Municipalidad de San Lorenzo, 2008

c. Historia. El nombre del municipio se debe a que la imagen de San Lorenzo Mártir era llevada en peregrinación por ciertos caminantes que se detuvieron a descansar en el lugar. Al tratar de alzar la imagen de nuevo, no pudieron pues ésta pesaba más y tomaron la decisión de que la imagen permaneciera en lo que hoy se conoce como municipio de San Lorenzo. El municipio fue fundado entre 1690 y 1700 por familias españolas, como los Rodríguez, Escobar, Barrios, Auyón, Vásquez de Medina y de León. Bajo la atención política-administrativa de las autoridades coloniales, San Lorenzo pasó a ser corregimiento de Quetzaltenango. En 1812, San Lorenzo fue elevado a Ayuntamiento Municipal. San Lorenzo es además el lugar de nacimiento del General Justo Rufino Barrios. En la actualidad, San Lorenzo está urbanizado, con disponibilidad a los servicios básicos y educación. En la actualidad, el alcalde es Maximiliano Marroquín Feliciano del partido GANA (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:7-9; SIM, 2009b).

d. Actividades económicas. El clima y tierra de San Lorenzo da lugar a una agricultura limpia, y la tierra es apta para cualquier cultivo de zona

fría, como el maíz, hortalizas, haba, y distintos tipos de árboles. Entre los empleos más comunes pueden mencionarse la agricultura, los profesionales como maestros, los comerciantes y albañiles principalmente. Sin embargo, es importante notar que hay un 5% de empleo y 8% de autoempleo, comparado a un 47% de desempleo y 40% de subempleo. Dentro de lo que se presenta en el Diagnóstico Territorial del municipio, los salarios son insuficientes para algunas familias, ya que algunas se componen de más de seis miembros. (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:83; SIM, 2009b). El Índice de ingresos según PNUD fue de 0.498 en 1994 y aumentó a 0.549 en 2002 (PNDU, 2005:319).

e. Servicios básicos. El municipio cuenta con energía eléctrica, drenajes, teléfonos comunitarios, telefonía residencial, telefonía celular, servicio de correo y letrización.

1) Servicios de salud. En los servicios de salud específicamente, el municipio tiene un Centro de Atención Permanente (CAP), que antes era un Centro de Salud tipo B (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:52). Ahora, cuenta con mejor equipamiento y personal, con atención todos los días de la semana, las 24 horas del día (ver Figura No. 5). Las aldeas que cuentan con un puesto de salud son Santa Rosa, Asoladero, San José Panchaj, La Ciénaga, Río Hondo, Corinto, Paconché, Pancho de León y Cerro Grande, con horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas. Las aldeas que no cuentan con puesto de salud son Ixcamal, La Caballería y Talquichó (observación directa). El municipio también cuenta con varias clínicas privadas y farmacias, sobre todo en el casco urbano (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:52).

Figura No. 5

Centro de Atención Permanente de San Lorenzo, antes Centro de Salud



Fuente: Fotografía propia

El Consejo Municipal de Salud en San Lorenzo está compuesto de varios puestos. En la presidencia, está el CAP, mientras que en la vicepresidencia, la Universidad del Valle de Guatemala. La iglesia católica está en la tesorería y la secretaría la maneja Intervida. Hay cinco vocales: el Instituto Básico de San Lorenzo, el Proyecto Niño Dios Provee, CONALFA, el IGSS y SUNESIS.

Según otros datos que están disponibles para el público en las paredes del CAP, hay varios grupos de mujeres organizadas, así como alcaldes auxiliares. Por otro lado, el marco general de servicios de salud se compone de un CAP, un puesto de Salud, una unidad mínima, veinte promotores de salud, veintidós comadronas adiestradas y trece comunidades vigiladas. En cuanto a recursos humanos, se cuenta con un médico, una enfermera, cuatro enfermeras auxiliares, un técnico de salud rural, un inspector, un técnico de laboratorio, un oficinista, dos operativos, dos guardianes y dos educadores. También hay personal turnista, entre los cuales hay cuatro médicos, cuatro enfermeras, diez auxiliares de enfermería y un piloto de la ambulancia (observación directa). Algunos de los nombres de los promotores de salud y comadronas, así como las comunidades donde trabajan están disponibles en el CAP, así como en el Diagnóstico Territorial del municipio (ver Tablas No. 4 y 5).

Tabla No. 4
Promotores de Salud de San Lorenzo

Nombre	Comunidad
Aníbal Gramajo	Aldea Cerro Grande
Rosalía Cifuentes	Aldea Cerro Grande
Zoila Rodas	Aldea Cerro Grande
Emelina Díaz	Aldea Corinto
Leonor Escobar	Aldea Corinto
Benjamín Hernández	Aldea Río Hondo
Marina Hernández	Aldea Río Hondo
Rosana Ochoa	Aldea Río Hondo
Héctor Rabanales	Aldea Santa Rosa
Ilsa López	Aldea Santa Rosa
Nidia Paxtor	Aldea Santa Rosa
Rita Rabanales	Aldea Santa Rosa
Mariano Barrios	Caserío La Ciénaga
Gregorio Matías	Caserío Nueva Esperanza
Juan Matías	Caserío Nueva Esperanza
Emigdia Hernández	Caserío Paconché
Isidro López	Caserío Paconché
Clara Luz Reyna	San José Pachán

Fuente: Municipalidad de San Lorenzo, 2008

Tabla No. 5
Comadronas de San Lorenzo

Nombre	Comunidad
María Fuentes y Fuentes	Aldea Cerro Grande
Honoría de Rabanales	Aldea Corinto
Isabel Gabriel	Aldea Corinto
Adriana Eusebia López	Aldea Pancho de León
Dominga Dolores López	Aldea Pancho de León
Magda Julia Pérez	Aldea Santa Rosa
Patricia Paxtor	Aldea Santa Rosa
Reyna Miranda Paxtor	Aldea Santa Rosa
Vidail Gómez	Aldea Santa Rosa.
Estefanía Marroquín Mauricio	Aldea Talquichó
Rosa Paulina Pablo	Caserío La Caballería
Carmelina Cipriana Agustín	Caserío La Ciénaga
Laura Isabel de León	Caserío Paconché
Miriam Hernández	Caserío Paconché
Rosario Juárez	Caserío Paconché
Amalia Mazariegos	San Lorenzo
Esperanza Mercedes López	San Lorenzo

Fuente: Municipalidad de San Lorenzo, 2008

f. La salud en San Lorenzo. Según los datos presentados en el *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*, el IDH de San Lorenzo para 1994 era de 0.548, y apenas aumentó a 0.561 en 2002. El Índice de salud específicamente fue de 0.581 en 1994 y disminuyó a 0.474 en 2002 (PNUD, 2005:319).

1) Tasas de mortalidad y morbilidad. Entre los datos a los que puede accederse en las paredes del CAP, están las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil. En una de las hojas se define mortalidad materna como <<la muerte de una mujer cuando está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del embarazo debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no son causas accidentales o incidentales>> (observación directa).

Según datos del 2007 del Diagnóstico Territorial, la tasa de natalidad del municipio estaba en 29.41% y la tasa de fecundidad en 147% (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:58). Las principales causas de morbilidad materna son varias, con la cantidad de casos en 2009. En primer lugar, se han registrado veintidós casos de infección urinaria, diez de flujo vaginal y dos de anemia (observación directa). En 2007, las principales enfermedades eran infección urinaria, hemorragia disfuncional, leucorrea y desnutrición crónica del adulto (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:57).

Las tasas de mortalidad en 2009, también están disponibles en la pared y son: mortalidad general de 5 x 1,000 habitantes, la materna de 0 x 100,000 nacidos vivos (NV), la infantil de 44 x 1,000 NV y la neonatal de 6 x 1,000 NV (observación directa). Entre las principales causas de mortalidad materna en 2007, pueden mencionarse en orden de importancia la neumonía y la hemorragia disfuncional (Municipalidad de San Lorenzo, 2008:56).

2) Estadísticas relacionadas al cáncer de cérvix. Según los reportes de defunción de enero a julio del 2009 del CAP de San Lorenzo, que fueron enviados al Área de Salud de San Marcos, ha habido pocos casos de

cáncer de cérvix en San Lorenzo. Sin embargo, en mayo de 2009, se reportó el fallecimiento de una mujer de 71 años de edad, residente de la aldea Santa Rosa, cuya causa de muerte se describió como tumor maligno de endocérvix.

Por otro lado, según el reporte semestral de producción del personal en el Área de Salud de San Marcos, para el área de salud reproductiva el CAP de San Lorenzo reportó la cantidad de Papanicolaous realizados en estos meses (ver Tabla No. 6).

Tabla No. 6
Papanicolaous realizados de enero a julio 2009, en San Lorenzo

	Personal que realizó examen			TOTAL
	Médicos	No médicos		
	Local	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	
No. De papanicolaous tomados	57	12	30	99
Total	57	12	30	99

Fuente: Área de Salud de San Marcos, MSPAS, 2009

2. Comitancillo

a. Descripción general. El municipio de Comitancillo, se ubica en la Sierra Madre, al nororiente de la cabecera departamental. Se encuentra a 34 Km. de la cabecera departamental de San Marcos y a 283 Km. de la ciudad capital. Existen dos vías de acceso hacia la cabecera departamental: una por San Lorenzo, a 34 Km., y la otra, vía San Antonio Serchíl, a 32 Km. El municipio de Comitancillo tiene una superficie total de 113 Km², equivalente al 2.9% del territorio departamental (Gall, 2000:480; ver Figura No. 6).

Figura No. 6
Vista Aérea de Comitancillo



Fuente: Fotografía propia

Colinda al norte con los municipios de San Miguel Ixtahuacán y Sipacapa (S.M.); al sur con el municipio de San Lorenzo y la cabecera departamental de San Marcos (S.M.); al éste, con los municipios de Cabricán (Que.), y Río Blanco (S.M.); y al oeste con el Municipio de Tejutla y la cabecera departamental (S.M.) (Gall, 2000:480; Municipalidad de Comitancillo, 2002:1). De acuerdo a los datos de la Municipalidad de Comitancillo del 2005, el municipio está dividido en sesenta comunidades distintas. Todas tienen reconocimiento oficial y están representadas a través de sus autoridades máximas, los Alcaldes Auxiliares (ver Tabla No. 7).

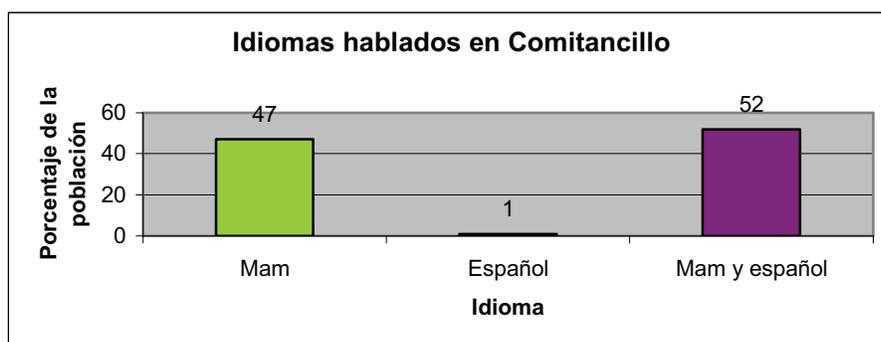
Tabla No. 7
División política de Comitancillo

Categoría	Subtotal
Aldeas	20
Caseríos	33
Población	1
Cantones	3
Sectores	2
Paraje	1
TOTAL	60

Fuente: Municipalidad de Comitancillo, 2005

b. Demografía. En 2002, Comitancillo contaba con 50,268 habitantes, con 1,450 habitantes en el área urbana, correspondiente al 2.8% de la población total, y 49,178 habitantes del área rural 97.2%. Según el diagnóstico territorial del 2002, <<Comitancillo pertenece al pueblo Maya-Mam por lo que su expresión lingüística es el idioma Mam”. Los idiomas principales son el Mam y el español. El 99% de la población total, es Maya-Mam hablante, y de éstos, el 52% también habla el idioma español como segundo idioma. En el área urbana, existe aproximadamente el 1% de la población que habla el español como idioma materno (Municipalidad de Comitancillo, 2002:2; ver Figura No. 7).

Figura No. 7
Idiomas hablados en Comitancillo



Fuente: Municipalidad de Comitancillo, 2002

La mayoría de los habitantes de Comitancillo son Maya Mam, aunque hay un porcentaje, 2.8%, que se consideran ladinos, sobre todo en el área urbana. Se estima que la densidad poblacional es de 448 habitantes / Km². La tasa de crecimiento poblacional ínter censal, es de 3.6% y la tasa de crecimiento poblacional anual, para 2001, fue de 2.6%. En la actualidad, la población incrementa en un 70% en el área rural, donde las familias cuentan con un promedio de 9 personas, comparado al promedio de 4 miembros en las familias del casco urbano. Al dividir a la población por grupos de edad, se muestra que

el rango con mayor población es del de 10 a 14 años de edad (Municipalidad de Comitancillo, 2002:24; ver Tabla No. 8).

Tabla No. 8

Población total de Comitancillo por rango de edad, 2002

Rango de edad (años)	Subtotal
< 1	2,374
1 a 4	7,264
5 a 9	7,884
10 a 14	12,192
15 a 19	4,872
20 a 24	7,859
25 a 39	3,349
40 a 59	2,207
60 y mayores	2,267
TOTAL	50,268

Fuente: Municipalidad de Comitancillo, 2002

c. Historia. Se dice que el nombre viene de “Comitán Chiquito”, llamado así por los españoles porque lo encontraron similar Comitán, México, lugar del cual habían partido. En Mam, su nombre es Txolja, que significa “entre ríos>> (el Jícaro y Chixal). Su cabecera municipal es un sitio arqueológico, y según los ancianos, el cerro donde se encuentra edificado el templo católico era uno de los centros ceremoniales Mam. En ese mismo cerro, se dice que apareció la Santa Cruz de Comitancillo. Este municipio fue fundado por los españoles, un siglo después de la invasión de los Mam del altiplano occidental de Guatemala en 1525. Se estima que fue fundado el 3 de mayo de 1648. En los datos que se obtuvieron en 1955, el municipio de Comitancillo tenía una población de 10,905 habitantes, 336 en la cabecera y el porcentaje de indígenas era de 92.9% (Municipalidad de Comitancillo, 2002:3-5). En la actualidad, el alcalde es el señor Héctor López (observación directa).

d. Actividades económicas. Entre los empleos más comunes pueden mencionarse los agricultores, los profesionales como maestros, los

comerciantes y albañiles principalmente. Los salarios son insuficientes para algunas familias, ya que algunas se componen de más de seis miembros. En algunas familias, llegando a los diez miembros, los niños también trabajan para ayudar al sostenimiento de la familia. La mayoría de habitantes del municipio cuenta con cinco a diez cuerdas de terreno para cultivos como el maíz, trigo y papa (Municipalidad de Comitancillo, 2002:63-64). Según PNUD, el Índice de ingresos de Comitancillo en 1994 fue de 0.473 y aumentó a 0.531 para 2002 (PNUD, 2005:318).

e. Servicios básicos. En la cabecera municipal, la población cuenta con agua entubada, red de drenajes, electrificación y luz pública. En el área rural las condiciones de la vivienda son muy malas ya que muchas no cuentan con los servicios básicos (Municipalidad de Comitancillo, 2002:82-83). En cuanto a educación, es importante mencionar que según datos de 2001, el acceso de las mujeres a ésta fue del 20%. Además, la mayoría de este porcentaje se concentra en el área urbana (Municipalidad de Comitancillo, 2002:59). El Índice de educación en 1994 era de 0.379, y en 2002 aumentó a 0.478 (PNUD, 2005:318).

1) Servicios de salud. El municipio de Comitancillo cuenta con un CAP, que antes era un Centro de Salud, así como con dos puestos de salud (en Tuilelén y en Tuimuj), dos unidades mínimas y un Centro de Rehabilitación Nutricional. El CAP cuenta con un médico, una enfermera profesional, un médico E.P.S., un inspector en Saneamiento Ambiental, un gestor (T.S.R.), tres auxiliares de enfermería, un conserje, una secretaria y tres doctores cubanos (Municipalidad de Comitancillo, 2002:40-41). Además, hay promotores de salud, que trabajan con las alcaldías auxiliares y además, presencia del SIAS, con proyectos de extensión de cobertura (observación directa; ver Figura No. 8).

Figura No. 8

Presencia del SIAS y coordinación con alcaldías auxiliares, caserío Quexjelemuj, Comitancillo



Fuente: Fotografía propia

f. La salud en Comitancillo. El IDH de Comitancillo mejoró de 1994 a 2002, de 0.284 a 0.398, así como en el Índice de salud, de 0.001 a 0.184. Sin embargo, puede verse que los índices son bastante bajos (PNUD, 2005:318).

1) Tasas de mortalidad y morbilidad. En el municipio de Comitancillo la tasa de fecundidad asciende al 237.6%, según datos del CAP de Comitancillo de 2001, y la tasa de natalidad asciende al 47.23%. La salud de los pobladores se ve afectada por condiciones socioeconómicas, así como las condiciones climáticas del municipio (Municipalidad de Comitancillo, 2002:42). Entre las principales causas de morbilidad del municipio en general, pueden mencionarse anemia y desnutrición. Las causas de morbilidad materna son anemia e infección urinaria, entre otras (ver Tabla No. 9). Adicionalmente, entre las principales causas de mortalidad en general, pueden mencionarse la neumonía, diarrea y sepsis neonatal (Municipalidad de Comitancillo, 2002:42-48).

Tabla No. 9
Morbilidad materna en Comitancillo, 2002

No.	Cinco primeras causas de morbilidad materna	Frecuencia	%
1	Anemia	73	33.95
2	Infección urinaria	61	28.37
3	Gastritis	37	17.21
4	Cefalea	31	14.42
5	Leucorrea	13	6.05
	TOTAL	215	100

Fuente: Municipalidad de Comitancillo, 2002

2) Estadísticas relacionadas al cáncer de cérvix. Según los reportes de defunción de enero a julio del 2009 del CAP de Comitancillo, que fueron enviados al Área de Salud de San Marcos, ha habido pocos casos de cáncer de cérvix en el municipio. Sin embargo, es importante mencionar algunos casos específicos. En febrero de 2009, una señora de 83 años murió de una tumefacción y una masa en una parte no localizada y que en julio de 2009, una mujer de 83 años murió de un tumor maligno en el estómago.

Por otro lado, según el reporte semestral de producción del personal en el Área de Salud de San Marcos, para el área de salud reproductiva, el CAP de Comitancillo reportó la cantidad de Papanicolaous realizados en estos meses (ver Tabla No. 10).

Tabla No. 10
Papanicolaous realizados de enero a julio 2009, en Comitancillo

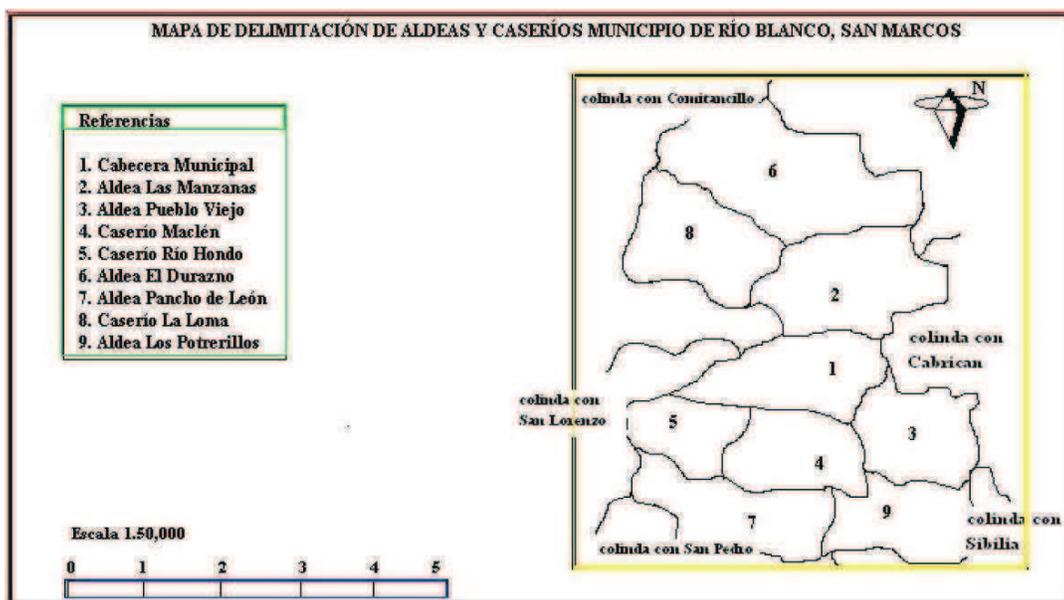
	Personal que realizó examen						TOTAL
	Médicos			No médicos			
	Local	EPS	Ambulatorio	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Otros	
No. de papanicolaous tomados de 2a toma en adelante	7	7	63	208	66	251	602
No. de papanicolaous tomados en 1a toma	7	7	0	4	3	203	224
Total	14	14	63	212	69	454	826

Fuente: Área de Salud de San Marcos, MSPAS, 2009

3. Río Blanco

a. Descripción general. El Municipio de Río Blanco, se ubica en la parte noroeste de la cabecera departamental de San Marcos. Se encuentra a 252 Km. de la capital de Guatemala en carretera Interamericana y a 33 Km. de la Cabecera Departamental de San Marcos. Una de las vías de acceso es a través de San Lorenzo y queda a 10 Km. de este municipio. Río Blanco es un municipio relativamente pequeño, con 32 Km², y se divide en la cabecera municipal, cinco aldeas y tres caseríos (ver Figura No. 9). Limita al norte con Cabricán (Que.), y Comitancillo (S.M.); al sur con San Pedro Sacatepéquez y San Antonio Sacatepéquez (S.M.); al este colinda con el Sibilía, Huitán y Cabricán (Que.); y al oeste colinda con San Lorenzo, Comitancillo y San Antonio Sacatepéquez (S.M.) (Gall, 2000:101; SIM, 2009a).

Figura No. 9
División política de Río Blanco



Fuente: SIM, 2009a

b. Demografía. Según datos del puesto de salud, en 2008 Río Blanco tenía más de 5,300 habitantes. La población de Río Blanco, está conformada por un 70% de la población que se identifican como descendientes de o como Mayas Mam. El 30% restante se identifica como no indígena. La población también se divide entre la residencia en el área urbana y área rural, aproximadamente un 16% y 84% respectivamente. Río Blanco tiene un crecimiento poblacional similar al nacional, del 2.3% anual y hay 135 personas por Km² (Municipalidad de Río Blanco, 2007:14).

Es importante mencionar también que hay una constante emigración de los hombres a Estados Unidos, y ahora, de mujeres jóvenes y adultas a la capital y a Estados Unidos también (SIM, 2009a).

c. Historia. Río Blanco empezó a poblarse alrededor de 1830, con personas de los municipios cercanos, como San Marcos, San Lorenzo y Comitancillo. Adquirió la categoría de municipio en 1877. Su nombre proviene del río cercano, “donde existía agua muy blanca” por la arena. Antiguamente un 95% de la población se dedicaba a la agricultura y el 5% restante a otra clase de actividades económicas. En la actualidad, es poca la gente que se dedica a la agricultura porque varios de sus ingresos son adquiridos por familiares que están en otras partes del país y en Estados Unidos (SIM, 2009a). El alcalde actual es Eugenio Leopoldo López y López, del partido de la UNE (SIM, 2009a).

d. Actividades económicas. El 70% de la población de la cabecera municipal es económicamente activa y se dedican principalmente a la agricultura, artesanía, comercio y prestan sus servicios a instituciones del estado. El 30% restante de la población se compone de ancianos mayores de 55 años de edad, y menores de edad que no califican como una población económicamente activa. La agricultura es la actividad económica principal y se cultiva maíz, haba, trigo, frijol, manzana, durazno y pequeñas hortalizas (SIM, 2009a).

Aproximadamente la mitad de los jóvenes emigran a Estados Unidos, y los del área rural, migran hacia la capital. El 25% de los jóvenes son maestros

de Educación Primaria u otras profesiones similares y el 25% restante se dedica a otros oficios como albañilería, carpintería, mecánica, sastrería, electricidad y trabajos del hogar. Tomando factores como el empleo y los salarios, es importante mencionar que el índice de pobreza general es de 89.05% y el índice de desarrollo humano es de 0.58 (SIM, 2009a). El Índice de ingresos para 1994 era de 0.511 y aumentó a 0.551 en 2002 (PNUD, 2005:319).

e. Servicios básicos. El casco urbano cuenta con energía eléctrica, mercado, correo, teléfonos comunitarios y celulares (SIM, 2009a). En la cabecera municipal las viviendas cuentan con servicio de agua potable, energía eléctrica, drenaje sanitario, teléfono, servicio de cable de T. V. y electrodomésticos del hogar (Municipalidad de Río Blanco, 2008:15).

Por otro lado, en cuanto a la educación de las mujeres específicamente, desde la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, el acceso a ésta ha aumentado. En la cabecera municipal un 98% de mujeres estudian la primaria completa; de éstas un 90% estudian de primero a tercero básico, y de éstas, el 85% pasa al diversificado (SIM, 2009a). El Índice de educación para 1994 era de 0.574 y aumentó a 0.663 en 2002 (PNUD, 2005:319).

1) Servicios de salud. El municipio cuenta con un puesto de salud que atiende de lunes a sábado, de 8:00 a 16:00 horas. El recurso humano se resume en un médico cubano, una enfermera auxiliar y un técnico en salud rural. Además del puesto de salud, se cuenta con veinte promotores de salud y catorce comadronas adiestradas. En total, hay nueve comunidades vigiladas. Río Blanco y San Lorenzo son un distrito de salud, por lo que Río Blanco depende del CAP de San Lorenzo hasta cierto punto (observación directa).

Por otro lado, según el plan operativo del 2008, que va de la mano con el plan estratégico de 2008 a 2012, la municipalidad de Río Blanco tiene varias metas con respecto a salud. Para empezar, quieren contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de la ampliación de la

infraestructura y su funcionamiento. Esto haría posible mejorar el puesto de salud y convertirlo en centro de salud, y así contar con más personal. También pretenden fortalecer al personal voluntario de salud (comadronas y promotores de salud en las comunidades). Un punto importante, es el fomento de la educación en salud, en temas como salud preventiva, curativa, sexual, reproductiva, materno infantil y paternidad responsable (Municipalidad de Río Blanco, 2007a:2).

f. La salud en Río Blanco. Según PNUD, el IDH de Río Blanco en 1994 era de 0.551 y aumentó a un valor de 0.629 en 2002. Específicamente en el Índice de salud, en 1994 Río Blanco tenía un valor de 0.568 y en 2002, 0.672 (PNUD, 2005:319).

1) Tasas de mortalidad y morbilidad. La tasa de mortalidad general en el municipio es de 3 por 1,000 habitantes, y las demás tasas de mortalidad materna, infantil y neonatal, están en 0 en 2008. La morbilidad materna, por su lado, tiene varias causas principales (ver Tabla No. 11).

Tabla No. 11
Morbilidad materna en Río Blanco, 2008

Causa	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	105	50
Flujo vaginal	64	30
Infección urinaria	42	20
TOTAL	211	100

Fuente: observación directa, Puesto de Salud, Río Blanco

2) Estadísticas relacionadas al cáncer de cérvix. Según los reportes de defunción de enero a julio del 2009 del puesto de salud de Río Blanco, que fueron enviados al Área de Salud de San Marcos, no ha habido casos de cáncer de cérvix en el municipio.

Según el reporte semestral de producción del personal en el Área de Salud de San Marcos, para el área de salud reproductiva el puesto de salud de

Río Blanco reportó la cantidad de Papanicolaous realizados en estos meses (ver Tabla No. 12).

Tabla No. 12
Papanicolaous realizados de enero a julio 2009, en Río Blanco

	Personal que realizó examen		TOTAL
	Médico Cooperación Internacional	Auxiliar de enfermería	
No. de papanicolaous tomados	2	2	4
Total	2	2	4

Fuente: Área de Salud de San Marcos, MSPAS, 2009

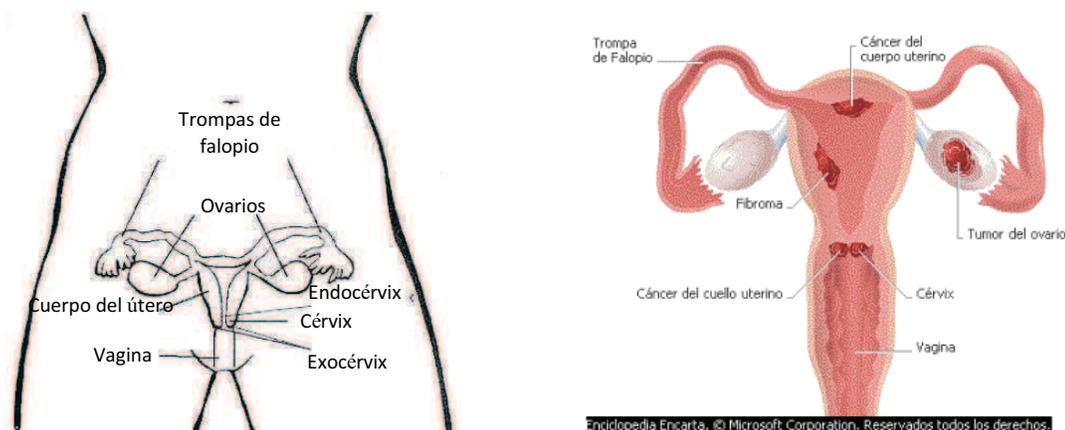
C. El cáncer de cérvix

1. Información básica. De acuerdo al sistema biomédico, reflejado en varios sitios científicos que proveen información sobre el cáncer, éste se desarrolla cuando las células de algunas partes del cuerpo empiezan a crecer fuera de control. Éstas viven más que las células normales, pero crecen y se dividen de forma similar. El cáncer se desarrolla por un daño en el ADN y muchas veces, las células forman tumores. En la actualidad, millones de personas han tenido o viven con cáncer. Varios tipos de cáncer pueden evitarse al cambiar el estilo de vida de la persona, dejando hábitos como fumar, o adquiriendo un mejor hábito alimenticio (American Cancer Society, 2006:1).

De manera específica, <<el cáncer cérvico es una enfermedad en la que las células de la cérvix se vuelven anormales y empiezan a crecer incontrolablemente, formando tumores”. Este es uno de los cánceres más comunes en países desarrollados y en vía de desarrollo. La cérvix empieza en la parte baja o cuello del útero y conecta el cuerpo del útero a la vagina (Healthline.com, 2008; ver Figura No. 10). Las células no cambian de repente a ser cancerígenas, sino que antes, las células normales de la cérvix gradualmente desarrollan algunos cambios, empezando con lesiones como la displasia o neoplasia cervical intra-epiteliales (NCI) y lesiones intra-epiteliales

escamosas. <<Los cánceres cervicales y los precánceres se clasifican por cómo se ven en el microscopio>> (American Cancer Society, 2006:3). El 90% de estos cánceres son carcinomas. Se origina en las células delgadas, planas y escamosas de la superficie del ectocérvix, la parte de la cérvix que está al lado de la vagina (Healthline.com, 2008). Algunos casos toman años para desarrollarse en cánceres, sin embargo, también puede darse en menos de un año (American Cancer Society, 2006:4). El concepto de una enfermedad preinvasiva en la cérvix se acuñó en 1947, al reconocer que los cambios epiteliales se podían relacionar a un cáncer invasivo, de no ser tratado a tiempo. Las lesiones precursoras se llaman displasia (Behtash y Mehrad, 2006:684).

Figura No. 10
Aparato reproductivo femenino



Fuentes: Cancer.org, 2008; Encarta, 2008

El 90% de la los cánceres de cérvix se dan por la infección con el virus común del papiloma humano. <<En la gran mayoría de mujeres la infección cervical por el virus desaparece espontáneamente y sólo una pequeña fracción tiene una infección persistente con tipos de virus de alto riesgo>> (Lombardi, 2005). De éstas, la mitad desarrolla una lesión cervical que puede progresar a cáncer del cuello si no se trata adecuadamente. Hay varios tipos de este virus, de los cuales un 30% se transmiten sexualmente. La mitad de estos están

relacionados al cáncer de cérvix (Healthline.com, 2008). Es por esto que entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix, están el iniciar una vida sexualmente activa a temprana edad y tener varias parejas sexuales (Lombardi, 2005), sobre todo en las mujeres jóvenes. Esto ha sido estudiado por diferentes autores, en países como Tailandia, Korea, Kenya, Costa Rica, Inglaterra, Australia, España y Portugal (Kanato y Saranrittichai, 2006:152). Entre otros factores de riesgo pueden mencionarse el fumar, estar infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), haber sufrido de una infección de clamidia, malos hábitos alimenticios (tanto ausencia de frutas y vegetales como sobrepeso), embarazos múltiples, estatus socioeconómico bajo (por no tener acceso a servicios de salud) o tener un historial familiar de cáncer de cérvix (American Cancer Society, 2006:7-8), que la mujer haya tenido su primera menstruación de forma tardía, arriba de los 17 años, o que el cese de la misma se produzca antes de los 35 años, concebir un hijo antes de los 16 años, o estar mal nutrida (Calderón, 2005). El no asistir al consultorio del especialista y dejar de hacerse las pruebas de detección necesarias periódicamente, disminuyen las posibilidades de un diagnóstico temprano (Calderón, 2005).

Según algunos ginecólogos de Guatemala, <<la población de mujeres que *debe* realizar un estudio diagnóstico de lesión pre cancerosa incluye toda mujer que inició su vida sexual>> (Lombardi, 2005). El tener acceso a exámenes de detección de lesiones precancerosas, y tratables, sobre todo la realización del Papanicolaou de manera periódica, hace que la enfermedad sea prevenible y curable en sus etapas tempranas (Ayinde *et al.*, 2004:69). Algunos estudios muestran que hay una correlación negativa entre el estatus socioeconómico y de la etapa del cáncer al ser diagnosticado. Asimismo, las etapas avanzadas del cáncer están correlacionadas a índices menores de sobrevivencia (Kaku *et al.*, 2008:590). Los programas de exámenes efectivos, resultan en la detección temprana y tratamiento de lesiones precancerosas, y asimismo reducen la incidencia de la enfermedad invasiva (Sriamporn *et al.*, 2003:316).

La forma más común de detectar el cáncer de cérvix es a través de un examen Papanicolaou. El Papanicolaou se llama así en honor de quién lo introdujo en 1941, George Papanicolaou. Esta forma de revisión o examen es de costo económico bajo o accesible, es poco invasivo y aceptable para las pacientes, y además, detecta la enfermedad preinvasiva o en etapa temprana, cuando todavía puede tratarse y curarse. Aún con sus fortalezas, el examen muestra resultados negativos falsos un 20% de las veces (Behtash y Mehrad, 2006:684). El Papanicolaou es posiblemente el estudio más conocido y tiene la capacidad de detectar la mayoría de lesiones pre cancerosas, aunque puede existir falla diagnóstica por arriba del 50% debido a que hay muchos factores que intervienen para que la muestra y su interpretación sean óptimas para su estudio (Lombardi, 2005). Adicionalmente, se dan casos en los que las mujeres conocen el examen, pero no se lo hacen (Ayinde *et al.*, 2004:77).

Este examen consiste en la introducción de un espéculo en el canal vaginal, por medio del cual se visualiza el cuello de la matriz. Luego con la ayuda de ciertos instrumentos se hace un raspado del orificio de este órgano y del fondo de la vagina, para recoger una muestra de las células superficiales de la zona. La muestra se manda al laboratorio para el análisis microscópico respectivo (Calderón, 2005). Después de este examen, le sigue una colposcopia, en la que el doctor usa un microscopio especial para observar la superficie de cérvix, en la que pueden usar una solución de yodo o ácido acético que mancha de café las células normales y de blanco las anormales. Si se observan células anormales, entonces se hace una biopsia (Lombardi, 2005; Healthline.com, 2008). Pueden hacerse también una videocolposcopia, en la que una cámara incorporada al microscopio, envía las imágenes a un monitor, para mejorar la certeza de los diagnósticos.

En los años 80 se desarrolló <<la colposcopia digital computarizada con estudios topográficos y morfométricos, la visualización, medición y ubicación de las lesiones es aún más efectiva>> (Calderón, 2005). También puede detectarse el ADN del virus del papiloma humano, que permite detectar con mayor sensibilidad la presencia del mismo y así poder identificar a las mujeres

con mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix (Lombardi, 2005). Por otro lado, según la fase en que se encuentre la enfermedad o lesión, pueden efectuarse histerectomías radicales: eliminación del útero, ovarios y ganglios linfáticos pélvicos. Existe también la técnica cono LLETZ, que consiste en quitar el tejido afectado del cuello de la matriz, además del uso en algunos casos, de la quimioterapia y radioterapia (Calderón, 2005).

Otra de las técnicas para detectar la displasia y cáncer de cérvix es la inspección visual con ácido acético (IVAA). Un estudio realizado en el Congo, por Sangra-Lugoma *et al.* (2006), para conocer la viabilidad y los resultados del IVAA y de la inspección visual con yodo de lugol, mostró que estos exámenes son un poco más sensibles que el Papanicolaou. Sin embargo, también encontraron que estos exámenes son menos específicos. En otro estudio, Ghaemmaghami *et al.* (2004), encontraron que la sensibilidad y especificidad del IVAA fueron bastante altas, y compatibles a la citología. El pasar directamente a una colposcopia, sin hacerse la citología, ha sido una estrategia efectiva de examinar la displasia en lugares de escasos recursos (Behtash y Mehrad, 2006:685). En Tailandia, un programa que utiliza la IVAA, ha mostrado ser más efectivo en cuanto a costos que el programa de Papanicolaou, para reducir las muertes en una población en vías de desarrollo (Sriamporn *et al.*, 2003:317). De todo lo anterior, podría decirse que en los países de escasos recursos o donde el acceso a la citología es limitado, puede optarse por esta forma de revisión (Behtash y Mehrad, 2006:685).

La neoplasia intraepitelial cervical es asintomática y no puede reconocerse con palpar el área. El síndrome más común es el sangrado vaginal anormal o en cantidades inusuales, manchas de sangre fuera del período de menstruación, dolor o sangrado vaginal al tener relaciones sexuales y sangrado vaginal después de la menopausia (Behtash y Mehrad, 2006:684; Healthline.com, 2008). En las mujeres sexualmente activas, puede haber sangrado después de tener relaciones sexuales, pero también se pueden dar casos de sangrado entre los períodos menstruales o después de la menopausia.

En las mujeres que no son activas sexualmente, los síntomas sólo se presentan cuando el cáncer ya está bastante avanzado (Behtash y Mehrad, 2006:684).

Como no se muestran síntomas al principio, es importante hacerse los exámenes mencionados anteriormente, de manera preventiva. Los exámenes son cada vez más accesibles, no son dolorosos y si se detecta una lesión precancerosa, <<el tratamiento es generalmente exitoso en eliminar la lesión y en lograr la curación, con los métodos terapéuticos actualmente disponibles”. Es de resaltar que este tipo de cáncer es uno de los <<tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable>> (Lombardi, 2005).

Aunque este cáncer es detectable y tratable, algunos estimados muestran que mientras se ha detectado un 5% de mujeres con displasia cervical en países en vías de desarrollo en los últimos cinco años, en los países desarrollados las cifras ascienden al 40 y 50%. Adicionalmente, en los países donde hay programas con alta cobertura, la incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix ha disminuido hasta en un 90% (WINGS, 2008).

El cáncer de cérvix es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres alrededor del mundo. En 2000, se registraron al menos 468,000 casos nuevos, y 233,000 mujeres murieron por esta causa. Muchas veces hay subregistro en la incidencia y los índices de mortalidad de este tipo de cáncer, sobre todo en los países en vías de desarrollo, pero se calcula que el 80% de los casos de cáncer de cérvix se dan en éstos. Ésta es la causa principal de muerte por cáncer en mujeres de países tercermundistas. Los índices más altos se registran en Latinoamérica y el Caribe, en el África subsahariana y en el sur de Asia. Esto no sólo es por la cantidad de población que hay, sino también por que la edad promedio de diagnóstico es menor, 15 años antes que en los países desarrollados, y se presentan casos de cáncer avanzado (Sriamporn *et al.*, 2003:312; Ayinde *et al.*, 2004:68; McMullin *et al.*, 2005:4; Behtash y Mehrad, 2006:683). <<La edad promedio de las mujeres con cáncer de cérvix es 51.4 años y el tipo más común es carcinoma de células escamosas. Los índices de sobrevivencia al cáncer cervicouterino han mejorado en los últimos cuarenta años>>, sobre todo por las medidas de revisión (Behtash y Mehrad, 2006:683).

Sin embargo, <<el cáncer de cérvix sigue siendo una enfermedad relacionada a disparidades socioeconómicas y demográficas, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados>> (Kaku *et al.*, 2008:589).

2. El Sistema de Salud en Guatemala. Según el Congreso de la República de Guatemala, en el Artículo 8 del Decreto Número 87-2005, el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) <<deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del programa de salud reproductiva>>, en los que se incluye la detección de cáncer cérvicouterino. Si se satisfacen estas necesidades, las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar disminuirán, reduciendo a la vez, la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la baja de mortalidad materno-infantil (Congreso de la República de Guatemala, 2005).

El sistema nacional de salud está conformado por tres grandes subsectores. Ninguno de ellos tiene total cobertura o autonomía financiera. Los subsectores son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que dispone en cada departamento de una Dirección de Área que conduce una red de servicios de salud integrada por hospitales, centros de salud tipo A y B, puestos de salud y centros de convergencia; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), institución autónoma con un régimen legal propio, financiada a través de cuotas patronales y del empleado; y el subsector privado que se divide en lucrativo y no lucrativo. El no lucrativo está integrado por más de 1,100 ONGs de las cuales, el 82% son nacionales. El 18% de estas ONGs desarrollan acciones de salud (OPS/OMS, 2001:ii). El Ministerio de Salud es el encargado de proveer servicios de salud a la población, y lo logra por medio de <<programas de promoción de la salud y protección contra riesgos, programas radiales y televisivos para la prevención del SIDA, dengue o enfermedades prevenibles por vacunación>>. Sin embargo, los resultados no han sido evaluados (OPS/OMS, 2001:15).

El Plan Operativo del Departamento de Promoción y Educación en Salud de la MSPAS en 2000, incluía tanto la divulgación de prácticas positivas para la salud y la vida, así como orientación para el uso de la red de servicios. Se ha avanzado también con los paquetes de servicios de extensión de cobertura, para darle cobertura a la población que antes no recibía atenciones de salud pública. La propuesta incluye servicios básicos como atención a la mujer embarazada y al infante, así como atención a la demanda de emergencias y morbilidad. Entre los servicios ampliados, se comprenden la atención a la mujer en edad fértil, que incluyen la detección precoz del cáncer y servicios de planificación familiar. El Ministerio de Salud, el IGSS, la Asociación Pro Bienestar de la Familia y la Liga Contra el Cáncer efectúan programas continuos de detección temprana del cáncer de cérvix. La cobertura es difícil de estimar y no se han evaluado los resultados. En 1999, APROFAM utilizó medios masivos y alternativos en español y en 5 idiomas mayas para transmitir mensajes sobre la importancia de la prevención de cáncer uterino y de mama, así como de otros servicios y enfermedades, y sobre oferta de servicios (OPS/OMS, 2001:15-16).

En Guatemala, los procesos de descentralización también se han logrado en algunos ministerios, incluyendo el de Salud. Éste ha desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia instancias administrativas subnacionales: las Direcciones Departamentales de Salud. Sin embargo, es de resaltar que <<las coyunturas políticas y económicas que el país enfrenta influyen en la situación de salud y en el desempeño de los servicios>> (OPS/OMS, 2001:i). Por eso la importancia de fortalecer los servicios de salud a nivel político, tanto estatal como local.

3. El cáncer de cérvix en Guatemala y San Marcos. Cada año mueren más de 230 mil mujeres en todo el mundo por cáncer de cérvix y se identifican 470 mil casos nuevos. Del total de muertes, el 80% proviene de países en vías de desarrollo, como Guatemala. Latinoamérica es una de las áreas geográficas que muestran tasas de incidencia de las más altas y Centroamérica está sólo por debajo de África del Este y Melanesia en cuanto a las cifras de mortalidad

por esta causa. En estos países casi no se cuenta con programas de chequeo y detección de condiciones precancerosas (Lombardi, 2005; WINGS, 2008). <<En Guatemala, el cáncer de cérvix ocupa la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, sin distinción de raza o nivel socioeconómico. La consecuencia de una inadecuada prevención y diagnóstico temprano determinan este impacto negativo que la enfermedad tiene en la salud de las mujeres>> (Lombardi, 2005). Además, esta enfermedad afecta desproporcionadamente a las hispanas y se mantiene como una de las causas principales de muerte dentro de la población femenina en países pobres. Las mujeres hispanas en Estados Unidos por ejemplo, de las cuales un tercio no tienen seguro médico, tienen el índice de cáncer del útero más alto que cualquier otro grupo étnico, de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (Abbady, 2006).

En Guatemala, entre las muertes relacionadas con el cáncer, el cáncer de cérvix es la primera causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva, y la segunda causa de muerte en mujeres de todas las edades. Este tipo de cáncer es el responsable de más del 16% de todas las muertes relacionadas al cáncer, comparado al 4% del cáncer de mama. En el Instituto Contra el Cáncer (INCAN), el 60% de los casos de mujeres con cáncer tienen cáncer de cérvix. Los factores de riesgo agudizados para las guatemaltecas incluyen chequeos limitados e irregulares, demasiados embarazos, iniciación temprana de una vida sexual activa, un mal estado nutritivo y la adquisición del virus del papiloma humano (WINGS, 2008). En 1998, la MSPAS estableció un plan nacional para combinar acercamientos y establecer metas. A pesar de éstos y otros esfuerzos, hay poca coordinación entre instituciones y los estándares no están siendo implementados (OPS/ACCP, 2000).

De acuerdo al Ministerio de Salud y Asistencia Social, dentro de las enfermedades prevalentes en ambos sexos en 2006, el cáncer de cérvix tuvo una prevalencia de 235. La mayoría de casos, 161, se dieron en el rango de edad de 35 a 59 años. El segundo grupo de edad más afectado es el de mujeres mayores de 60 años (MSPAS/SIGSA, 2007). Es importante recalcar que a medida que aumenta la edad, aumenta la tasa de casos ocurrientes. Las más

elevadas se encuentran en los grupos de edades de 65-69 y 70-74, en 2005, de 75-79 y 85 y más, en 2006 (Zeceña y Bermúdez, 2007:5). Del 2004 al 2005 y al 2006 hubo un descenso en los casos de mujeres con cáncer de cérvix, de 339 a 282 y a 235 (MSPAS/SIGSA, 2007; ver Tabla No. 13).

Tabla No. 13
Cáncer de Cérvix por edades en Guatemala, del 2004 al 2006

Año	GRUPOS DE EDAD (en años)							TOTAL
	<1	1-4	5-9	10-19	20-24	25-59	60 y >60	
2004	0	0	1	5	11	256	66	339
2005	0	0	0	2	11	212	57	282
2006	0	0	1	3	15	161	55	235

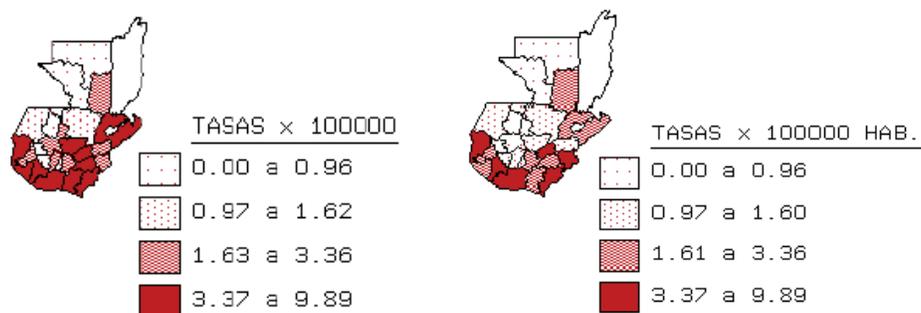
Fuente: MSPAS/SIGSA, 2007

El estudio realizado por Zeceña y Bermúdez (2007) sobre el cáncer de cérvix en Guatemala en 2005 y 2006, se muestran datos similares. En lugar de presentarla por grupos de edad, ellas presentan la información por departamento, pero sí se basaron en las defunciones notificadas por tumor maligno de cérvix que se encuentran en la base de datos del SIGSA y MSPAS. La fuente primaria de los datos fue el registro civil de cada municipio, de donde cada Centro de Salud recolecta la información mensualmente. La información fue compartida con el Departamento de Epidemiología del SIAS. Según este estudio, en Guatemala se registraron un total de 323 casos de cáncer de cérvix en 2005. Cabe resaltar que son más de los presentados por las estadísticas anteriores. De éstos, 23 fueron registrados en San Marcos. En 2006, el total de casos disminuyó a 278, que también es mayor a lo que reportó el MSPAS/SISGSA. En San Marcos, de nuevo hubo 43 casos en 2006.

mortalidad por este tipo de cáncer se agrupan en la región suroccidente hacia el suroriente inclusive, que puede estar relacionado con la disponibilidad de mejor acceso a los medios diagnósticos comparado con la región noroccidental y norte del país en donde puede ser menor esa disponibilidad". Esto aún debe investigarse.

Figura No. 11

Mortalidad por Tumor Maligno de Cérvix en Guatemala por departamentos



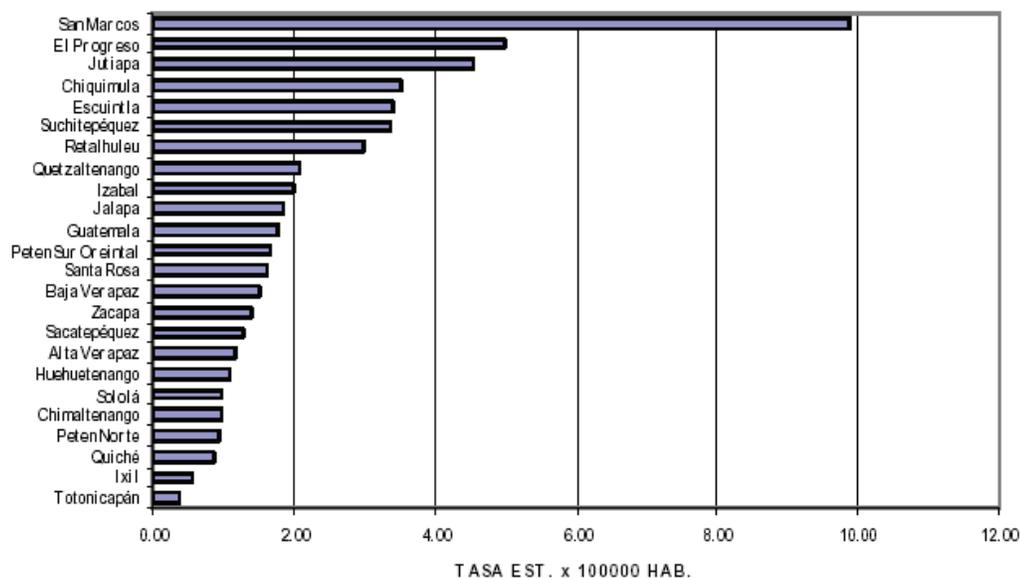
a) Datos del 2005

b) Datos del 2006

Fuente: Zeceña y Bermúdez, 2007

Figura No. 12

Mortalidad por Tumor Maligno de Cérvix en Guatemala, 2006



Fuente: Zeceña y Bermúdez, 2007

Las recomendaciones finales que las autores presentan son Investigar más a fondo y vigilar las áreas de salud de Peten Norte, Peten Sur Occidente e Ixcán. Por otro lado, aumentar la indagación del cáncer de cérvix con la realización del Papanicolaou, especialmente a mujeres comprendidas en los grupos de edades de 40 a 44 y 45 a 49. Éstas fueron las más afectadas, según este estudio, en Santa Rosa, Izabal, San Marcos, El Progreso y Jutiapa. Por último, <<las áreas de salud deben fortalecer las acciones de promoción de la salud (estilos de vida saludables) y de prevención de este tipo de cáncer basado en factores culturales y sociales que hagan a este tipo de medidas, aceptables a nivel comunitario>> (Zeceña y Bermúdez, 2007:1-6).

4. El cáncer de cérvix y la cultura. Las influencias dominantes, occidentales y biomédicas con respecto a las enfermedades, políticas de salud y la estructura de los servicios de salud han obstaculizado la evolución de cuidado seguro e igual para todas las mujeres. <<Las mujeres de diferentes grupos etnoculturales particularmente, han experimentado dificultades en tener acceso a salud y a profesionales de salud que sean sensibles a sus necesidades y puedan hablar su idioma... Aunque las dificultades experimentadas por las mujeres marginalizadas provienen de las diferencias culturales en cuanto a valores y expectativas, otros argumentan que debe prestarse atención a las fuerzas estructurales (como el género, la raza y la clase) que acentúan las desigualdades>> (Bottorff et al., 2001:35).

Abbady (2006) cuenta la historia de una señora guatemalteca de 52 años, viviendo en Estados Unidos a la que le detectan cáncer de cérvix, cuya historia refleja la de muchas latinas en EEUU. Sin seguro médico y con miedo a los doctores, ella nunca se había hecho un examen de Papanicolaou. Según varios médicos entrevistados por la autora, aún con medicina preventiva como la vacuna de la compañía Merck, muchas mujeres no tienen acceso al cuidado médico. Adicionalmente, hay tabús culturales acerca del sexo y una resistencia a visitar al médico. <<Es un patrón aceptado. No existe el concepto de chequeos de prevención. Los hispanos piensan que los doctores sólo se visitan

cuando “hay un problema”>> (Abbady, 2006). Aunque muchos de los Papanicolaou se ofrecen gratuitamente, las mujeres se mantienen lejos del ginecólogo y algunas hasta lo consideran un tipo de violación. Para contrarrestar barreras como esta, se está desarrollando un instrumento en forma de tampón para que las mujeres mismas puedan hacerse el examen en sus hogares. Sin embargo, éste tiene sus limitaciones como instrumento preventivo contra el cáncer, y sería mucho más efectivo convencerlas para que visiten regularmente a su médico (Abbady, 2006).

La fundadora de Latinas Contra Cáncer en California opina que las latinas no están hechas para conocer sus cuerpos y el tabú alrededor del sexo permanece, así como el machismo. Hay pacientes hispanas que no se hacen exámenes preventivos o buscan tratamiento porque sus maridos se lo prohíben. En respuesta a esta problemática, algunos grupos comunitarios hicieron campañas de publicidad, estilo telenovela, para llegar a cierto público femenino objetivo. Por otro lado, Redes En Acción, un grupo de abogacía e investigaciones, utilizó grupos focales, libros ilustrados, comerciales en la radio y televisión de habla hispana para educar a las latinas acerca de cómo examinarse para detectar el cáncer de la cervix, del seno y del colón. El artículo termina con la guatemalteca hablando de vacunar a sus hijas para evitarles el cáncer. Sobre sí misma dijo, <<Dios nos da vida. Sólo él sabe cuándo nos las quita>> (Abbady, 2006).

Según otro artículo sobre las latinas en Estados Unidos, la falta de seguro médico, educación y accesos a cuidados médicos son grandes factores de riesgos para éstas, <<pero las diferencias culturales pueden ser las mayores barreras... “Muchos de mis pacientes no han encontrado a un profesional en el que confíen o existen barreras culturales o de lenguaje que hace que ellas no se acerquen a recibir un tratamiento”>>. Si una mujer no se siente cómoda con su médico, no hablará fácilmente sobre su vida sexual o acerca de los síntomas que pueden prevenir una detección temprana del cáncer (El Mensajero Newspaper, 2004).

Dentro de los estudios antropológicos que se han hecho en diferentes países con respecto al cáncer de cérvix, todos concluyen que la cultura de las mujeres en esos lugares influye en la manera en que se percibe y se trata con éste. Al estudiar la detección del cáncer de cérvix por medio de un Papanicolaou entre la Nación de Indios Yakama, se encontró que los intereses principales de las mujeres americanas nativas son la familia, la comunidad y la espiritualidad, y no el cáncer. En este estudio, se enfatizó la organización y participación comunitaria. Entre investigadores universitarios y miembros de la tribu, se hizo una investigación en colaboración para incrementar el uso del Papanicolaou y la capacidad de la comunidad para manejar futuros proyectos (Chrisman, *et al.*, 1999).

Otro estudio realizado entre chicanas, mexicanas, salvadoreñas y estadounidenses, trató de indagar sobre las percepciones sobre los riesgos del cáncer de mama y de cérvix. A las preguntas abiertas, las <<latinas hablaron de dos temas principalmente: el estrés físico y el trauma del cuerpo, y las decisiones sobre comportamiento y estilo de vida”. Las respuestas de las mexicanas y salvadoreñas se diferenciaron sustancialmente de las anglosajonas y los médicos, en cuanto al modelo de los riesgos de cáncer. Las chicanas, nacidas en Estados Unidos, tenían una perspectiva “bicultural”, incluyendo tanto respuestas similares a las de las mexicanas y las anglosajonas, más no a las de los médicos (Chávez, *et al.*, 1995).

En un estudio similar con mujeres latinas inmigrantes a Estados Unidos, se concluyó que los resultados sugerían que las creencias relacionadas a la cultura sobre la etiología u origen del cáncer de cérvix, juegan un importante rol a la hora de decidir si hacerse o no el examen de Papanicolaou. Entre los estudios que citaron como antecedentes a éste, los autores encontraron que muchas latinas inmigrantes creen que el cáncer de cérvix está relacionado a actividades sexuales imprudentes. Adquirieron información a través de entrevistas semiestructuradas con mexicanas inmigrantes. De los resultados más interesantes a mencionar, había un conocimiento limitado sobre este tipo de cáncer y no se conocía nada sobre el virus del papiloma humano. Muchas

también respondieron que algunas infecciones por trauma físico, algunas actividades sexuales y la falta de higiene provocaban cáncer de cérvix. Por otro lado, dijeron que el Papanicolaou es necesario sólo cuando ya hay síntomas de una infección pélvica, pero realmente <<el Papanicolaou debería hacerse especialmente a las mujeres que están comportándose sexualmente de manera inadecuada>> (McMullin, *et al.*, 2005).

Por último, otro estudio con latinas y sus percepciones sobre el cáncer de cérvix, mostró que hay factores estructurales como el seguro médico, la edad, el estado civil, la educación y la aculturación del idioma, que explican el uso del Papanicolaou. Cuando las respuestas de las latinas eran similares a las de las anglosajonas, éstas se habían realizado un Papanicolaou en no más de dos años. La indagación se realizó a través de entrevistas etnográficas y cuestionarios, llegando a mostrar que las creencias influyen fuertemente en el comportamiento de las mujeres. El estudio también enfatizó la <<importancia de los métodos etnográficos para examinar esas creencias>> (Chávez, *et al.*, 2001).

D. Patriarcado y poder: dominación sobre el cuerpo femenino

1. Género y sexualidad. Para hablar sobre sexualidad y género, se debe empezar por los roles de género². Estos se definen como las tareas y actividades que una cultura asigna a cada sexo. El género se refiere a la construcción cultural de las características femeninas y masculinas. Por esto, se crea en algunas culturas la dicotomía doméstico-público. En este sentido, qué papel deben jugar las mujeres en el hogar, casi limitado a la esfera privada, y el papel de los hombres en la vida pública. En las prácticas cotidianas, se construyen relaciones de poder, como el matrimonio, la maternidad y aún la

² Sobre las categorías de “género” y “sexo”, hay posturas distintas en las que puede profundizarse y desde las que puede partirse para futuras investigaciones. Teresa Aguilar (2008) cuestiona si <<la diferencia de género es un constructo cultural creado relacionamente... o bien existe una marcación biológica diferenciada de los sexos impregnando toda nuestra experiencia y nuestra vida... la pregunta es por las razones de la opresión de las mujeres a lo largo de las diferentes sociedades y tiempos por parte de los hombres>> (Aguilar, 2008:3). Por otro lado, Raquel Osborne (1995) plantea que el género es <<una categoría socialmente construida>> y que <<necesitamos de un enfoque constructivista para el análisis de la sexualidad>> (Osborne, 1995:24).

heterosexualidad, controlando las relaciones de la mujer y su cuerpo también (Armstrong, 2006). También se dan los estereotipos de género, que de manera muy básica se podrían describir como ideas muy simplistas pero fuertemente asumidas sobre las características de los varones y las mujeres (Giddens, 2004:151-194 y Kottak, 2002:209-232). Todo lo anterior, en algún sentido justifica y perpetúa el patriarcado.

Como categoría de análisis, surgió en la década de los setentas, entre un grupo de profesoras universitarias e investigadoras. El término *género* sustituyó el de *sexo*, o el de *mujer/mujeres*. Se utilizó como <<una estrategia en la metodología de investigación, ya que permitía hacer explícitas y entender mejor las condiciones en las que había discurrido una vida vivida en femenino>>. (Flecha, 2005:36-37). Entre los setentas y ochentas, y a partir de estas décadas, se han hecho críticas al término, y se ha reconceptualizado para distinguir entre la identidad de género y sexo biológico, e incluir aspectos complejos como clase social, identidad cultural, identidad colectiva e individual, y su influencia en cómo se construye el género (Flecha, 2005:40-41).

Los estudios de género en la antropología específicamente, se vienen dando desde 1920, con antropólogas como Ruth Benedict y Margaret Mead. La antropología de la mujer, luego la antropología de género y feminista, ha hecho críticas al androcentrismo, donde el hombre es el centro (Vieitez, 2005:63-65). La antropología de género, enfatiza <<los aspectos de la construcción social de los roles y las diversas formas en que hombres y mujeres interactuamos en la sociedad, reconociendo género como una dimensión específica de la desigualdad social>> y la antropología feminista <<pone el énfasis en las reivindicaciones de tipo político, la historia y los avances del movimiento social de las mujeres>> (Barrios-Kléé, 2006:49). Cabe agregar que en todos los casos etnográficos estudiados, la subordinación de las mujeres

<<se ha venido ubicando en el hogar, lo doméstico. En otras palabras, los sistemas de parentesco y las organizaciones domésticas acarrean ideologías de género que reproducen diferencias a través de roles y relaciones desiguales *generalizadas*, las cuales, a su vez, son

perpetuadas por las instituciones culturales y sociales, tales como el matrimonio o la familia, entre otras>> (Vieitez, 2005:66).

2. Patriarcado. El patriarcado puede definirse como <<una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres, el marido sobre la esposa, del padre sobre la madre y los hijos e hijas, y de la línea de descendencia paterna sobre la materna>> (Reguant, 2007:1). Además, está <<compuesto de usos, costumbres, tradiciones, normas familiares y hábitos sociales>> (Sau, 2006:2). Al ser un sistema político regido por hombres, las mujeres tienen un estatus social y político inferior, incluidos los derechos humanos básicos. Puede ser visto como un sistema de estructuras y prácticas sociales en el que los hombres dominan, oprimen y explotan a las mujeres, de diferentes maneras. En el ámbito sexual, esto se manifiesta en la heterosexualidad obligatoria y en los diferentes roles sexuales aplicados para las mujeres y hombres, donde rigen diferentes normas de comportamiento sexual (Kottak, 2002:209-232; Giddens, 2004:151-194). Por otro lado, los hombres son dueños de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su "producto", los hijos e hijas (Reguant, 2007:1). En Guatemala por ejemplo, el hombre es "más hombre" si tiene bastantes experiencias sexuales, mientras que la mujer debe llegar virgen al matrimonio para ser una "mujer ideal". <<El concepto de virilidad y el linaje entronca con el concepto de "Honor" versus "Virginidad en la mujer". La mayoría de crímenes contra la mujer tienen este origen>> (Reguant, 2009:2).

El patriarcado no está escrito, sino inscrito (Sau, 2006:1; Reguant, 2007:1), porque de ser así, se podría haber suprimido y reemplazado ya. Es importante <<analizarlo, desglosarlo, captarlo en toda su medida; en una palabra: escribirlo. Para que así pueda ser leído una y otra vez, comentado, criticado y descalificado hasta su extinción>> (Sau, 2006:1). En algún momento de la historia, y en ciertos contextos culturales, las relaciones humanas y las costumbres giraban en torno a las mujeres, la fertilidad y la maternidad, y así se gobernaban los grupos humanos, pero al descubrirse el rol del hombre en la

procreación, <<los hombres, más fuertes y poderosos por lo general que las mujeres, tuvieron la excusa que necesitaban para terminar con el monopolio de la maternidad>> (Sau, 2006:1).

El Feminismo es la antítesis del Patriarcado, pero no el contrario del Androcentrismo. Es un movimiento social y político diferente al proyecto patriarcal, en busca de un cambio de <<paradigma global con alternativas de desarrollo humano y libertad tanto para las mujeres como para los hombres”. Ha sido una de las revoluciones sociales, políticas y culturales (Reguant, 2007:2). Como movimiento y corriente, se inició en la Modernidad, coincidiendo con la Ilustración, en el siglo XVIII. Dentro de los principios de libertad e igualdad que por los que se estaba luchando en Europa, las mujeres querían vindicarse. Sin embargo, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 incluía solamente a algunos hombres. La exclusión de los derechos de ciudadanía, por ser mujeres, fue el punto de arranque del movimiento (Simón, 2008:39-40). En la actualidad

<<tenemos rasgos de exclusión en todo el mundo por el simple hecho de ser mujeres, por eso el movimiento feminista, feminista dura y perdura, porque las barreras y prejuicios de género aún no se han eliminado en su totalidad. En ningún lugar los varones sufren discriminaciones por el hecho de ser del sexo masculino, sino por su pertenencia a otras categorías humanas, como son la raza, el color, el aspecto, la discapacidad, el origen, las creencias, la clase social o económica... El feminismo no ha podido acabar aún con la desigualdad de trato, de condiciones y de oportunidades, aunque sí ha conseguido que muchas disfruten de ciertas cotas de libertad y de igualdad de derechos – como por ejemplo la elección de estado civil o el derecho a la educación – respecto a sus antepasadas, que ni siquiera pudieron pensarse ni vivir como personas-individuales libres e iguales>> (Simón, 2008:40).

En alguna medida, todas las actividades y preferencias humanas, incluida la sexualidad y expresión erótica, son aprendidas y moldeables. Además, la cultura siempre juega un papel en el manejo de los impulsos sexuales individuales hacia unas normas colectivas, que varían de una cultura a otra (Giddens, 2004:151-194 y Kottak, 2002:209-232). Foucault argumentaba que el

cuerpo y la sexualidad son constructos sociales, y no fenómenos naturales. El patriarcado es una convención cultural y social, sujeta a rectificación, reforma o sustitución por otro constructo cultural y social (Reguant, 2007:4).

E. Empoderamiento y participación

En respuesta a este patriarcado, se han dado procesos de empoderamiento femenino, donde se reconoce la cuestión de la identidad sexuada como la posibilidad de ser. La teoría feminista parte del marxismo y la teoría crítica, en el que se empieza cuestionando los roles "históricos" o aún "culturales", asignados a las mujeres. Esto, desde papeles protagónicos y desde la conformación de los propios objetos y objetivos de ser mujeres y no desde las identidades que la sociedad ha impuesto o asignado, el rol de género. La autonomía para las mujeres implica libertad en la toma de decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad (Aguilar, 2006:189, 191). Desde otro punto de vista, algunas feministas han cuestionado el hecho de que la opresión femenina se explique por el patriarcado, ya que a veces es simplista, asumiendo que la mujer juega un papel pasivo y de víctima ante el poder masculino (Armstrong, 2006).

El empoderamiento, como la forma de obtener poder, puede verse como el proceso por el cual personas sin poder, trabajan en conjunto para tener más control sobre los eventos y aspectos que influyen sobre sus vidas y salud. En este sentido, no puede ser dado por otros, sino adquirido por los "débiles". En el caso de la salud específicamente, los que tienen el poder, por ejemplo los prestadores de salud, sólo pueden trabajar junto con sus clientes o pacientes para crear los espacios necesarios para que el empoderamiento sea posible (Laverack, 2006:113). Con respecto al cáncer de cérvix, las mujeres podrían estar empoderadas para conocer su cuerpo, los riesgos a su salud sexual y las formas de prevenirlo, tomando ellas la decisión final.

El empoderamiento puede darse a través de la educación. Como lo asegura María Elena Simón,

<<No creo que nadie dude de que la educación y el acceso a

conocimientos, artes, ciencias, habilidades y destrezas de todo tipo mejora sensiblemente el nivel de bienestar de cada persona y de las comunidades y poblaciones donde éstas nacen y viven. De hecho es éste uno de los indicadores que se manejan para calcular el índice de desarrollo humano y más concretamente, el ejercicio y el nivel de aceptación y de práctica que la educación de las niñas y las mujeres tienen en cada país>> (Simón, 2005:53).

Dentro de uno de sus planteamientos principales o que postuló desde el inicio de su trabajo y obras, Freire resalta el fundamento de su práctica de que el ser humano fue creado para comunicarse con otros seres humanos. Es decir, una educación dialógica. Por otro lado, se debía promover una educación para hacer libre al educando, a través del empoderamiento por medio del conocimiento y expresión de la voz propia. La transformación de la persona, de su estado social y de su mundo eran ejes importantes (Varela y Escobar, 1996:7). Para Freire, el pensamiento pedagógico incluía un pensamiento político, de educar como sinónimo de concienciar. El educar como un acto de conocimiento y un acto político (Varela y Escobar, 1996:7). Regresando al empoderamiento de los oprimidos, en varias de sus obras expresa que la educación es una práctica de la libertad, siendo una pedagogía *de* la persona y no *para* la persona. Más allá de aprender algo, también se llega al punto de ser autoreflexivo. Macedo habla del trabajo de Freire, y dice que <<Uno de los temas centrales del trabajo de Paulo Freire es su insistencia en la necesidad de que los lectores asuman una actitud crítica al abordar un texto>> (Macedo, 1990:9). Empezando por un proceso interno de cuestionar lo leído, luego le sigue una reproducción externa de lo aprendido y también del método, para terminar en una toma de decisiones. A la larga, se vuelve una acción o acto político (Fiori, 1997:9-11). Coser explica que similar a Freire, Ward propuso la educación como <<medio racional para desarrollar el intelecto de hombres y mujeres>>, y a la vez, la educación <<les permitiría participar conscientemente en el autogobierno>> (Coser, 2001:339-341).

III. ESTRATEGIA INVESTIGATIVA

A continuación se presenta una estrategia de investigación desde el enfoque de la Antropología Médica. Los estudios antropológicos poseen fortalezas en cuanto a la investigación del contexto cultural de cierto grupo social, por las herramientas o métodos que usa para obtener datos y generar conocimiento. Esto se ve claramente en los ejemplos presentados anteriormente. Al darle la voz al “sujeto de estudio”, éste puede convertirse en co-investigador y aportar datos indispensables para el entendimiento de cierto fenómeno. En este caso, es importante obtener datos de fuentes primarias. Las historias de vida y experiencias de personas como las mujeres que padecen el cáncer de cérvix o que no se hacen sus revisiones médicas periódicas, así como de los médicos tratantes o personal de salud, pueden reflejar importantes elementos que se quedan fuera en los acercamientos económicos o de salud desde un sistema biomédico.

Según una trabajadora de AID en Guatemala, para <<comprender mejor las situaciones relacionadas a la salud, tenemos que conocer también la experiencia humana relativa a esos hechos>> (Cruz, 2008), ya que las personas interpretan sus experiencias y viven su vida de acuerdo a estas interpretaciones. Además, cabe resaltar que <<la salud es un producto de una serie de factores, incluyendo comportamiento y forma de vida>> (Cruz, 2008).

Los métodos utilizados en esta investigación pretendieron dar bastantes datos sobre cómo se percibe el cáncer de cérvix entre las mujeres de los tres municipios de San Marcos, así como un contraste entre lo percibido por el personal de salud de los municipios. Los datos obtenidos a través de estos instrumentos deben ser analizados profundamente, entrelazando la información con los antecedentes de la población, el cáncer de cérvix y la cultura en estos municipios de San Marcos. Esta investigación podría servir como diagnóstico de la población de San Lorenzo, Comitancillo y Río Blanco, San Marcos. Sin embargo, su objetivo principal es abrir el camino en este tipo de investigaciones,

coordinando esfuerzos institucionales y locales, a nivel comunitario, municipal, departamental y luego en todo el país.

La pregunta generadora que guiará toda la investigación es: *¿qué percepciones, experiencias y prácticas de vida tienen las mujeres en torno a su sexualidad, en general, y al Papanicolaou, IVAA y el cáncer de cérvix, en particular, y cómo se pueden analizar desde un marco teórico feminista³?* En cuanto a los objetivos, se plantean los siguientes:

- I Indagar, a través de métodos antropológicos triangulados, cuáles son las historias de vida de las mujeres de tres comunidades, especialmente en relación a sus percepciones y prácticas en torno a la sexualidad, el cáncer del cérvix y la prueba del Papanicolaou y/o IVAA.
- I Interpretar estos hallazgos, a través de un acercamiento dialógico, tanto a través de la teoría feminista moderna como de estudios etnomédicos en otros lugares del mundo y las propias opiniones de las mujeres de las comunidades sobre dichas interpretaciones
- I Elaborar, en conjunto con las mujeres de la comunidad, recomendaciones específicas de política pública que permitan su empoderamiento y un mayor control de su propia salud y sexualidad

Los tres acercamientos, entrevistas en profundidad, entrevista cognitiva (esquema etnoanatómico) y etnografía, se complementarán de tal forma que se logre la “triangulación metodológica” mencionada por Bernard (2001) y otros, como importante para los estudios antropológicos contemporáneos.

A. Muestra y población

Se trabajó en tres comunidades diferentes, escogidas por una combinación de factores: 1. Composición étnica, 2. Datos oficiales sobre cantidad de Papanicolaous y/o IVAA's realizados, y 3. Esto significó elegir tres comunidades rurales, con una historia reciente de servicios de Papanicolaou y/o

³ Es importante mencionar que después de el examen de tesis e indagaciones en estos temas a *posteriori*, realmente no se profundizó lo suficiente en algunas temáticas dentro y desde la perspectiva de la teoría feminista. Esto sin embargo, queda para futuros estudios e investigaciones sobre el tema.

IVAA, y cada una con diferente composición étnica: una predominantemente mestiza, una predominantemente indígena y una compuesta o mixta. En este sentido, se contó con el apoyo técnico y logístico de Una Voz Contra el Cáncer (UVCC), que trabaja en distintas áreas de salud, específicamente con inspección visual con ácido acético y capacitaciones sobre cáncer de cérvix. Una de las áreas de interés y de trabajo a futuro, es San Marcos, por lo que se decidió trabajar en este departamento. El departamento además cuenta con población Mam y no indígena, y tiene comunidades urbanas y rurales. También se contó con el apoyo técnico del CES-UVG de San Lorenzo, San Marcos. Por lo anterior, se escogieron San Lorenzo, y municipios vecinos, pero muy diferentes.

En San Lorenzo, las entrevistas se realizaron en el CAP y casco urbano. La población de San Lorenzo es mixta, y hay varias comunidades indígenas y no indígenas cercanas. Aquí se intentó obtener información de una población urbana, e indígena y no indígena. En Río Blanco, las entrevistas se hicieron en el puesto de salud y en las vecindades. Aquí, se obtuvo información de un lugar semi-urbano, con la mayoría de población no indígena. En Comitancillo, las entrevistas se hicieron en dos comunidades rurales principalmente, Quexjelemuj y Tuizacajá, donde la mayoría de la población es Mam.

En cada comunidad, se hicieron entrevistas en profundidad con 15 mujeres en Río Blanco y con 16 en Comitancillo y San Lorenzo, acerca de sus historias de vida, la manera en la que han vivido e interpretado su propia sexualidad, y en particular, cómo han experimentado la prueba del Papanicolaou y/o IVAA, y los conocimientos y creencias locales en torno al cáncer. Esto se explicará con más detalle más adelante. Se intentó entrevistar a mujeres sexualmente activas, casadas y solteras, en los centros y puestos de salud, o en sus alrededores. A cada mujer entrevistada se le asignó un código para guardar su identidad, según el municipio y número de entrevista. Por ejemplo CO3M corresponde a la entrevista 3 de Comitancillo de mujeres.

También se entrevistó al personal de salud de diferentes áreas que han tratado con esta enfermedad, tanto del sistema biomédico como del sistema de

salud Mam. En los puestos de salud y CAP, se entrevistó a doctoras y enfermeras o auxiliares de enfermería. A nivel local, se entrevistó a un promotor de salud y a varias comadronas. En total, se entrevistó a tres personas del personal de salud por municipio. Esto, con el fin de contrastar la visión que se tiene sobre la enfermedad, en cuanto a causas, síntomas, prevención y tratamiento. A cada miembro del personal de salud entrevistado se le asignó un código para guardar su identidad, según el municipio y número de entrevista. Por ejemplo CO1S corresponde a la entrevista 1 de Comitancillo de salud.

B. Métodos

1. Entrevistas a profundidad. Utilizar el Papanicolaou para detectar el cáncer de cérvix, es un ejemplo claro de la dificultad de prestar servicios de salud a mujeres de diferentes grupos etnoculturales. Aunque hay disponibilidad de Papanicolaous en ciertos lugares, los índices de cáncer de cérvix son altos, como ya se mencionó anteriormente. Es importante investigar por qué se da este fenómeno. En Canadá se hizo un estudio entre mujeres de diferentes grupos étnicos, para conocer sus percepciones en torno al Papanicolaou. Las fuentes principales de información fueron entrevistas con preguntas abiertas. Éstas se enfocaron en las experiencias de las mujeres en torno al examen, y sus expectativas y preferencias de éste. También se hicieron entrevistas al personal de salud, para explorar sus perspectivas respecto a atender a mujeres diversas étnicamente (Bottorff *et al.*, 2001:35-36). Este enfoque también se utilizó en esta investigación en San Marcos.

Los factores que influyen en la receptividad de las mujeres hacia el Papanicolaou incluyen cuestiones de etnicidad, género, clase social, valores, creencias sobre el Papanicolaou, y cómo la combinación de estos factores influye en realizarse un Papanicolaou, y con qué frecuencia. La evidencia muestra que debe haber acercamientos desde el género y la etnicidad en la provisión de servicios de salud y en las diferentes intervenciones. No sólo se deben proveer servicios comprensivos, sino también alternativas aceptables (Bottorff *et al.*, 2001:48). Estos factores se intentaron abordar a través de las

diferentes preguntas utilizadas en las entrevistas a profundidad, con un enfoque de historia de vida, para las mujeres que han padecido cáncer o están en riesgo de padecerlo contaran sus historias. La otra entrevista, muy similar, fue para el personal de salud que brinda servicios a la población local.

Antes de iniciar la entrevista, me presenté con cada una de las personas entrevistadas, y les expliqué el objetivo de la investigación. Me basé en el siguiente consentimiento informado:

<<El objetivo principal de esta investigación es conocer las concepciones que las mujeres y el personal médico de tres comunidades diferentes, tienen en torno a algunos temas de salud reproductiva, específicamente cáncer de cérvix. Los datos recolectados serán confidenciales, protegiendo la identidad de la entrevistada en todo momento, utilizando pseudónimos y utilizándolos sólo para comparación con otras entrevistas. Todos los datos que usted me proporcione serán estrictamente confidenciales. Si hay preguntas que no quiere o puedo contestar, puede decirlo con toda confianza. Para hacer más fácil la entrevista, me gustaría grabarla. La grabación es sólo de referencia para mí, nadie más tendrá acceso a ella y también es confidencial. ¿Estaría de acuerdo con realizar la entrevista?>>

La entrevista a profundidad se empezó con preguntas abiertas, de “rompe hielo”. Primero, les pregunté su nombre, para platicar con ellas a lo largo de la entrevista. Las siguientes preguntas eran de características demográficas como edad, lugar de nacimiento y residencia, identidad étnica, así como nivel educativo, estado civil y cantidad de hijos. Aunque estas preguntas son de introducción, se hicieron con varios propósitos. Al cruzar el lugar de nacimiento y el lugar de residencia actual, esto puede brindar información sobre migración. Al cruzarlo con la pregunta de si está casada, puede verse si la migración se dio para vivir en el lugar de origen del esposo. El preguntar si está casada o no, y si tiene hijos, es una manera indirecta de preguntar si es o no sexualmente activa, y por cuánto tiempo lo ha sido. El número de hijos y sus edades respectivas, también dan una idea de la multiparidad, que aumenta el riesgo a padecer cáncer de cérvix.

La pregunta sobre identidad étnica y los idiomas hablados era para conocer los distintos contextos culturales. En el caso de las entrevistas para el personal médico, la pregunta de dónde y cuándo nació, así como cuál es su puesto y por cuánto tiempo lo ha tenido, eran para conocer qué tan familiarizados están con el contexto sociocultural. La pregunta de identidad étnica en este caso, tenía el propósito de conocer la identificación con el contexto cultural local, y si se comparte o no el idioma, así como ciertos valores.

Para algunas de las preguntas de la entrevista se tomaron preguntas del estudio hecho por McMullin *et al.*, en 2005. Por un lado, eran preguntas que ya habían utilizado de manera similar en un estudio con latinas (Chavez *et al.*, 1995), así que ya son preguntas validadas, en dos estudios (McMullin *et al.*, 2005:6). Además, son preguntas que estaban basadas en las percepciones culturales y sociales en torno al cáncer de cérvix y el Papanicolaou, que es precisamente lo que se quería indagar, en parte, en esta investigación en San Marcos, Guatemala. Adicionalmente, se utilizó un instrumento similar al de esta investigación en un trabajo de campo en San Pedro Ayampuc, en 2008, con mujeres ladinas⁴, donde se validaron las preguntas para Guatemala. Las preguntas abiertas tienen el fin de obtener información sobre el conocimiento que tienen las mujeres sobre el Papanicolaou, el cáncer de cérvix y sus causas. Por lo anterior, se plantearon preguntas como <<¿Qué es el cáncer para usted o qué ha oído acerca del cáncer?>>, <<¿Qué conoce sobre el cáncer de cérvix?>>, <<¿Quiénes están en riesgo de padecer este tipo de cáncer?>>, y <<¿Sabe lo que es un examen de Papanicolaou? ¿Cómo lo describiría?>>. Para la entrevista con personal de salud, además de medir su conocimiento sobre el tema, se pretendía indagar la forma en que se relacionan con sus pacientes, qué les explican y cómo.

Una forma de conocer las experiencias y las decisiones de las mujeres en torno a los exámenes de revisión, es preguntarles directamente si se han hecho

⁴ El trabajo de campo se realizó con la Universidad del Valle de Guatemala y la Fundación Nueva Esperanza, en junio de 2008. Se utilizó un instrumento similar al de la tesis, y se entrevistó a siete mujeres y una doctora de la clínica Sangre de Cristo en la colonia Nueva Esperanza.

o no un Papanicolaou o un IVAA, pero profundizar en la frecuencia, y en por qué o por qué no se lo hacen. Para esto se hicieron las preguntas como, <<¿Se ha hecho uno (Papanicolaou o IVAA) recientemente? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo uno? ¿Por qué va o no va con frecuencia a hacerse el examen? ¿Me podría contar sus experiencias sobre el examen? (*sensaciones, preocupaciones, en qué lugar se realizó, costos, etc.*)>>. También en el caso del personal de salud femenino, se trató de conocer si “practican lo que predicán”. En esta parte, se añadieron unas preguntas, <<¿Le ha hecho este examen (Papanicolaou e IVAA) a alguna paciente alguna vez? ¿Qué puede comentarme de esas experiencias?>>, para comparar estas respuestas a las experiencias de las mujeres, y conocer si existe alguna similitud.

La siguiente pregunta, <<Si alguno de los exámenes saliera positivo, ¿sabe qué pasos tomar a partir de ahí?>>, o reformulada para el instrumentos para el personal de salud, <<¿Sabe qué pasos debe tomar la paciente a partir de ahí? ¿Qué es lo primero que usted recomienda?>>, también tenía la intención de medir el conocimiento de las personas entrevistadas, y la relación prestador de salud-paciente. Sin embargo, el principal objetivo era medir el acceso a salud de la población, en especial a todos los pasos que le siguen a un examen con resultado positivo (colposcopia, citología, etc).

La pregunta <<¿Le debe pedir permiso a alguien para poder ir a hacerse este examen?>> se le hizo exclusivamente a las mujeres, y el objetivo era empezar a indagar los niveles de dependencia o independencia, y con quiénes se dan las relaciones de dependencia o de subordinación. Luego, le seguían las preguntas <<¿Por qué cree que algunas mujeres no se hacen sus revisiones médicas periódicas para evitar el cáncer de cervix?>> y <<¿Qué tanto afecta que la persona a realizar la revisión médica sea hombre o mujer?>>. Con las mujeres, el propósito era contrastar el “yo” con “las otras”, y cruzar esta respuesta con la de las razones por las que no se hace el Papanicolaou, para ver si hay consistencia. También relacionar esto al machismo y al grado de decisión sobre sus propios cuerpos. Para el personal de salud, estas dos preguntas iban en la

dirección de considerarlos expertos, tanto en el campo biomédico como local o popular.

Para conocer qué tipos de valores o moral están ligados a estas percepciones, se añadieron directamente preguntas utilizadas por McMullin *et al.*, 2005, como <<Dios da enfermedades como el cáncer, es como un castigo” y <<Algunas mujeres no se hacen su revisión o un Papanicolaou porque la gente puede pensar que son mujeres de mala reputación>>, explicándoles antes que debían decir si estaban de acuerdo o no, y porqué (McMullin *et al.*, 2005:7), y si habían escuchado que otras personas a su alrededor creen o dicen esto. A estas preguntas sobre acuerdo o desacuerdo, se añadió la de <<Las mujeres deben ir a hacerse su chequeo sólo con el permiso de sus esposos>>, para conocer sus percepciones, y analizarlas desde una perspectiva de género. Otro propósito es poder cruzar las respuestas de las mujeres con las del personal médico, para ver qué tanto se comparten los valores entre estos dos grupos.

Casi al final de la entrevista, se preguntó: <<En su opinión, ¿los servicios de salud del municipio dan suficiente información sobre este tipo de cáncer? ¿Y sobre su prevención y tratamiento?”. Aquí, el propósito era contrastar el conocimiento con el acceso a éste, así como las respuestas dadas por el personal de salud, comparadas a las de las mujeres. Luego, se les dijo, <<¿A través de qué medios le gustaría enterarse más sobre este tipo de cáncer? ¿A través de qué medios cree que las mujeres de su comunidad pueden enterarse de estos temas?”. Aquí, se intentó abrir un espacio para conocer las formas en que a las poblaciones de estos tres municipios de San Marcos aprenden o les gusta aprender sobre temas de salud. Con el personal de salud, de nuevo se les tomó como expertos, para que comentaran sobre lo que ha funcionado y lo que no ha funcionado. También se preguntó que <<Si se diera un taller sobre el tema, ¿cómo se podría convocar a mujeres y hombres de la comunidad para que asistan?”.

Dentro de lo que puede preguntarse en el sistema etnomédico, es si hay alguna clase de curandero, si hay rituales de sanidad, qué remedios se usan, y sobre todo, las historias de los pacientes. Dentro del sistema biomédico, pueden

explorarse la relación entre doctor y paciente, y los espacios en los que se proveen ciertos servicios de salud como hospitales y clínicas (Joralemon, 1999). Por esto, se incluyeron las preguntas <<Cuando no va al médico o al centro de salud, ¿quién más puede brindarle tratamientos o remedios?>>, y en el instrumento del personal de salud, <<En su opinión, ¿en este tema hay diferencia entre la atención médica que presta un centro de salud, hospital o clínica, con la que presta una comadrona o curandero?>>. Estas preguntas finales, con el fin de conocer otras fuentes de salud y también la relación entre biomedicina y medicina local.

Por último, se hizo la pregunta, <<¿Tiene alguna pregunta o comentario final?>>, con el fin de abrir un espacio para el intercambio de conocimientos y resolver las dudas existentes a las personas entrevistadas.

Ya en campo, se dio la oportunidad de hacerle una entrevista a profundidad a un hombre cuya esposa había fallecido a causa de un cáncer de cérvix. Realmente no se usó una guía de preguntas, sino que fue más una conversación informal, y se iban preguntando temas relacionados a los expuestos anteriormente.

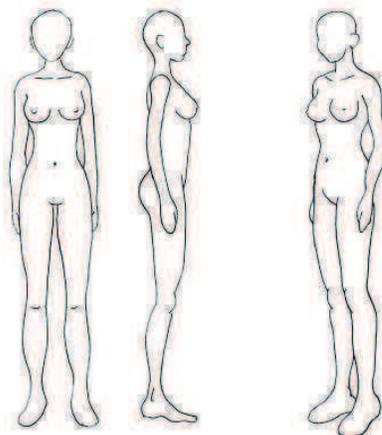
2. Esquema etnoanatómicos. Por otro lado, se pueden utilizar herramientas que indagan sobre procesos cognitivos que están incorporados dentro de la cultura. En la cultura puede encontrarse la suma de las clasificaciones populares de una sociedad específica, es decir su etnociencia. Otros autores le llaman análisis del dominio cultural (Bernard, 2001). La etnociencia se refiere al sistema de clasificación, el conocimiento y la cognición que tiene un grupo cultural determinado. Uno de los aspectos importantes a resaltar es que <<la cultura está formada en base a los principios con los cuales las personas clasifican el universo>>. Como investigadores, el papel principal que se juega es el de comprender el punto de vista del otro, cómo se relaciona con su mundo y ver, o intentar ver, las cosmovisión del otro (Sturtevant, 1964:100). Aquí entran en juego importantes conceptos como *etic* y *emic*. Los rasgos libres de una connotación cultural, o que se han derivado de el estudio de los mismos

en varias culturas, caben dentro de lo *etic*. Por otro lado, el enfoque *emic* trata de <<descubrir y describir los sistemas de comportamiento [de una cultura específica] en sus propios términos, identificando no sólo las unidades estructurales, sino también las clases estructurales a las que éstas pertenecen>> (Sturtevant citando a Pike, 1999:102).

Una de las formas de indagar sobre estos sistemas de clasificación es a través de la utilización de dibujos del cuerpo humano femenino y aparato reproductor femenino (ver Figuras No. 13 y 14). En base a una guía de preguntas, puede pedírsele a la entrevistada, que marque con un lápiz o crayón lo que se le está preguntando. Las preguntas para el primer esquema etnoanatómico (la silueta femenina), se usaron las preguntas <<¿Dónde queda su aparato reproductor? (*su útero*)>>, <<¿Dónde se da el cáncer de cérvix?" y <<Si ha tenido o una persona tiene este tipo de cáncer, ¿dónde siente las molestias o malestar?". Para el segundo esquema (el aparato reproductivo femenino), sólo cambió la primera pregunta, <<¿Qué partes de las señaladas en el aparato reproductivo femenino puede identificar?". Al mismo tiempo que se hace el ejercicio, pueden surgir temas de conversación o a medida que la persona vaya dibujando, probablemente va a ir describiendo lo que piensa sobre esa parte del cuerpo o el malestar que se siente en cierto momento.

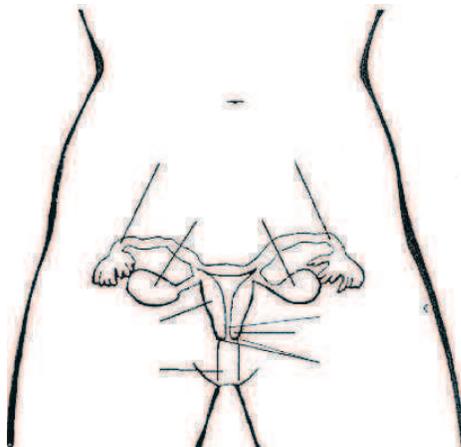
Figura No. 13.

Esquema etnoanatómico 1: Silueta femenina (de frente y de espaldas)



Fuente: Elaboración propia

Figura No. 14
Esquema etnoanatómico 2: Aparato reproductivo femenino



Fuente: Cancer.org, 2008

3. Sistematización. Las entrevistas fueron transcritas y e ingresadas a una matriz de doble entrada. Las matrices de análisis cualitativo tienen como fin, explorar las relaciones entre variables o conceptos usados en el estudio. La matriz provee un esquema de las causas y el proceso lógico de razonamiento. Las filas son las unidades de análisis y las columnas las variables, y cada celda, muestra valores o información sobre cada unidad de análisis de acuerdo a cada valor (Bernard, 1996). En este caso, las filas son las unidades o preguntas hechas durante las entrevistas y cada columna representa a cada entrevistada.

La entrevista con el esposo de la mujer que falleció de cáncer de cérvix se transcribió y además, se sacaron fragmentos de ésta para hacer mapas de las palabras más repetidas. Esto se hizo en Wordle.net, con el fin de presentar de manera visual, parte de la entrevista que se le hizo.

También se visitaron los diferentes lugares por varios días, durante los cuales se tomaron notas de campo detalladas, con las que se complementó parte del análisis y aún, del marco teórico. También se analizarán las estadísticas oficiales para cada localidad y se realizarán actividades complementarias al trabajo etnográfico como la toma de fotografías.

IV. RESULTADOS

A. Características demográficas

En la Tabla No. 15, pueden verse las características demográficas de las 47 mujeres entrevistadas. Esta información se extrajo de las primeras preguntas de la entrevista. La edad promedio fue de 35 años, y el grado de escolaridad promedio es sexto grado primaria. De las 47 entrevistadas, 27 eran monolingües, y hablan sólo español. Veinte de las entrevistadas, son bilingües, y hablan Mam y español, pero su idioma materno es el Mam. Una mujer mencionó que sabe un poco de inglés. Dentro de las identidades étnicas, surgieron varias categorías con las que las mismas mujeres se auto identificaron, pero se resume en 23 mujeres indígenas, 21 no indígenas y 3 que no sabían qué identidad étnica tienen o a qué se refería la pregunta. La mayoría de las mujeres estaban casadas o unidas, o lo habían estado (36), y las demás son solteras (11). Éstas últimas no mencionaron si habían estado casadas o no. Un poco más de la mitad de las mujeres (25) respondió que tienen entre 1 y 3 hijos, y 19 mujeres tienen más de 4 hijos. Una mujer respondió que tiene 13 hijos vivos. Algunas de las solteras o no casadas, dijeron tener uno o dos hijos y son madres solteras o separadas (aunque no lo dijeron directamente). Aunque no se muestra en la tabla, diez mujeres mencionaron haber tenido abortos o hijos que murieron, y el total de hijos muertos o abortos mencionados por las mujeres fue de 13.

Tabla No. 15
 Datos demográficos de las mujeres entrevistadas (N=47)

Característica	Cantidad de mujeres
Edad (rango de edades)	
<20	5
20-29	11
30-39	10
40-49	16
≥50	5
Educación (niveles)	
No fue a la escuela	5
1ro a 3ro primaria	10
4to a 6to primaria	14
Básico	7
Diversificado	10
Universitario	1
Idiomas hablados	
Español	27
Mam y español	20
Identidad étnica	
Mam	18
Indígena	4
Natural	1
Ladina	13
Mestiza	4
No indígena	3
Intermedia	1
No sé	3
Estado civil	
Soltera	11
Casada	28
Unida	6
Separada	2
Cantidad de hijos	
0	3
1 a 3	25
4 a 6	8
7 a 9	9
10 o más	2

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las mismas preguntas de introducción, se les preguntó a las mujeres dónde nacieron y su lugar de residencia, así como el tiempo de vivir ahí. Esto se cruzó con la información de la cantidad de años de casada para

observar cuántas mujeres migraron para vivir en el lugar de residencia del esposo o de su familia. Según los datos, al menos 10 mujeres pueden haberse mudado por esta razón, pero la mayoría, 32 mujeres, viven donde nacieron (ver Tabla No. 16).

Tabla No. 16

Lugar de nacimiento y residencia, de acuerdo a estado civil y años de casada de las entrevistadas (N=47)

Residencia	Soltera	Casada (o lo estuvo)		
		<5 años	5-10 años	>10 años
Vive donde nació	9	5	5	13
Se mudó hace <5 años	0	1	0	0
Se mudó hace 5-10 años	1	1	1	2
Se mudó hace >10 años	1	0	0	8

Fuente: Elaboración propia

Entre las preguntas de introducción que se le hicieron al personal de salud, también se obtuvieron datos. Sólo algunas de las preguntas eran diferentes. La edad promedio del personal de salud entrevistado es de 38 años y medio. Las comadronas y el promotor de salud tienen un nivel educativo de 6to primaria, las enfermeras auxiliares un nivel de bachillerato, y una de las doctoras es licenciada y la otra tiene una maestría. Dos de las enfermeras auxiliares, las dos doctoras y una comadrona, hablan español solamente, y se identificaron como no indígenas. Mientras que las otras dos comadronas, una enfermera auxiliar y el promotor de salud, son bilingües y son indígenas. Aproximadamente la mitad del personal de salud vive donde nació, y casi todos viven donde trabajan (ver Tabla No. 17).

Tabla No. 17
 Datos demográficos del personal de salud entrevistado (N=9)

Característica	Cantidad de personal de salud
Edad (rango de edades)	
20-29	2
30-39	2
40-49	3
≥50	2
Educación (niveles)	
6to Primaria	4
Bachillerato	3
Universitario o más	2
Idiomas hablados	
Español	5
Mam y español	4
Identidad étnica	
Indígena*	4
No indígena**	5
Vive donde nació	
Sí	4
No	5
Vive donde trabaja	
Sí	8
No	1
Ocupación	
Médico	2
Auxiliar de enfermería	3
Comadrona	3
Promotor de salud***	1

*Se identificaron como Mam (1) e indígenas (3); **Se identificaron como ladina (1), cubana (1), mestiza (1) y no indígena (2); ***Es el único hombre entrevistado entre el personal de salud.

Fuente: Elaboración propia

B. Entrevistas con mujeres

Para saber si las mujeres entrevistadas tienen conocimiento sobre el cáncer, el cáncer de cérvix, el Papanicolaou y el IVAA, se les preguntó directamente que contaran lo que saben o han escuchado sobre estos temas. Para esto se tomaron en cuenta las respuestas de las mujeres, y aunque no todas estaban en lo correcto necesariamente, sí tenían un concepto básico

sobre el tema. Para ejemplificar esto un poco mejor, las mujeres que mencionaban que el cáncer es una enfermedad mortal, que es incurable o algunas de las partes del cuerpo donde puede darse, se tomaba como que tenían un conocimiento básico del tema. Algunas de las respuestas que se tomaron como que sí tenían una idea o conocimiento básico del cáncer fueron:

<<Lo que he escuchado es que hay veces que si no se hace el Papanicolaou, penetra a la matriz. También da en las mamas, le sale una bolita que si sigue doliendo uno se debe de hacer un chequeo>> (RB7M).

<<Sólo he oído que el cáncer se contagia por que los hijos vengan muy seguido y que no se distancian en tiempo. Entonces entra el cáncer a la vida de la mujer>> (CO3M).

<<Pues he escuchado que de la mujer, es el cáncer de pecho. Lo he oído y lo he visto. Los casos que he visto son dolorosos y la piel se carcome como que se pudre. En mi familia no ha habido cáncer>> (SL12M).

Las respuestas que mostraban poco o ningún conocimiento sobre el cáncer hacían alusión a dolor solamente, o en las que las mujeres dijeron no conocer sobre el tema. Algunas de estas respuestas fueron:

<<No sé casi nada. Solo he escuchado de eso del SIDA, pues dan pláticas y reuniones aparte>> (RB16M).

<<No sé, ni he escuchado nada. ¿Cómo se penetra ese cáncer?>> (CO11M).

<<Uno se pone mal. Hay veces que a uno le agarra la enfermedad. Cuando uno está malo y siente dolor>> (SL8M).

Con respecto al cáncer de cérvix específicamente, hubo pocas mujeres que tenían alguna idea de qué es este cáncer, pero sí relacionaron el tema a infecciones, a no hacerse su chequeo o llevar su control. Las que no sabían nada, lo expresaron así, “nada” o “no tengo información de eso”. Algunas de las respuestas con algún grado de conocimiento se presentan a continuación:

<<Sí, cuando se da el problema en la matriz. Y está relacionado o lo provocan las enfermedades venéreas>> (SL5M).

<<Que por no hacerse el Papanicolaou o por que le dan infecciones urinarias>> (RB12M).

Con respecto al conocimiento sobre el Papanicolaou, si al menos sabían que se realiza en el CAP o tienen una cita futura para el examen, se tomó como

que sabían algo del tema. También hubo respuestas más acertadas, que mostraban que la entrevistada sabía más del tema. Algo interesante, fue ver que las que conocen del Papanicolaou, no se lo hacen necesariamente o se lo hacen de manera irregular. Todas las mujeres entrevistadas en Río Blanco tenían alguna idea de lo que es el Papanicolaou, y casi todas en San Lorenzo también. En Comitancillo, 9 de las 16 no sabían qué es un Papanicolaou. Algunas de las mujeres mostraron conocer algo sobre el Papanicolaou con las siguientes frases:

<<Se lo tienen que hacer las mujeres, dos veces al año para detectar infección en la matriz>> (RB11M).

<<Sí. Nos hacen el examen para saber si la matriz está en buen estado o si hay una infección por una enfermedad. Lo hacen con un aparato y sale el resultado si anda bien o si hay infección>> (CO13M).

<<Sé que el Papanicolaou lo hacen aquí (CAP). Sólo>> (SL17M).

Por otro lado, las que no conocían sobre el Papanicolaou dijeron frases como éstas:

<<No sé qué es. No me he enfermado de eso>> (CO3M).

<<Sólo lo he escuchado, pero no sé de qué se trata o los procedimientos. Solo lo he escuchado>> (SL3M).

En la siguiente tabla (ver Tabla No. 18), se muestra lo que saben y no las mujeres solteras y casadas. En esta última categoría se incluyó a las casadas, unidas y separadas. Es de recordar aquí, que las solteras podrían incluir a mujeres que alguna vez estuvieron casadas y a madres solteras. En la pregunta sobre la frecuencia con la que se han hecho el Papanicolaou, se dividió en “nunca”, “esporádicamente”, “cada año” y “cada seis meses”. En este caso, la categoría “esporádicamente”, es para aquellas mujeres que se lo han hecho una vez en su vida, o no se lo hacen regularmente, espaciado por dos años o más. Algunas de las respuestas de las mujeres y la forma en que se contabilizaron se muestran a continuación:

Nunca: <<Nunca me lo he hecho porque no siento nada de enfermedad. Cuando sienta algo talvez me lo hago. Ahorita no>> (CO3M).

Esporádicamente: <<Me lo he hecho una vez, hace dos meses y medio. No me lo hago con más frecuencia por lo mismo, que me da pena

y vergüenza, pero esta vez me enfermé de unos dolores en el estómago, pero sólo tenía inflamada la matriz>> (SL11M).

Anual: <<Sí me lo he hecho. El último fue el año pasado. Me lo hago cada año porque aquí hay un programa de vacunación en el que le dicen a uno que es cada año>> (CO13M).

Semestral: <<En febrero me lo hice y me lo hago cada seis meses. Me lo hago con esa frecuencia porque la doctora me dijo>> (RB2M).

Con las explicaciones anteriores, puede resumirse que la mayoría de mujeres saben algo acerca del cáncer (35). Más de la mitad de las solteras saben acerca del cáncer, y 28 de 36 mujeres en la categoría de casada, conocen del tema. En contraste, la mayoría de mujeres, 40, no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, aún estando casadas o con hijos. De las 47 mujeres entrevistadas 34 conocen algo acerca del examen de Papanicolaou. Cerca de la mitad de las mujeres (20) nunca se han hecho un Papanicolaou y 11 se lo han hecho al menos una vez, pero no se lo hacen con frecuencia. Sólo 16 de las mujeres entrevistadas se hacen el Papanicolaou con la frecuencia recomendada para llevar un buen control (ver Tabla No.18). Aunque no se incluye en la tabla por razones prácticas, ninguna de las mujeres sabía qué es la IVAA ni se han hecho este tipo de examen. Lo único que mencionaron dos mujeres fue <<No, sólo he escuchado que no se si es de sangre que dice que es para detectar papilomas, pero no se si estoy equivocada>> (RB3M) y <<¿Se llama así o se relaciona a la coloscopia?>> (SL16M).

Tabla No. 18
 Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y
 Papanicolaou según estado civil (N=47)

Característica	Soltera	Casada
Concepto básico sobre cáncer		
Sí	7	28
No	4	8
Concepto básico sobre cáncer de cérvix		
Sí	2	5
No	9	31
Concepto básico sobre Papanicolaou		
Sí	6	28
No	5	8
Se ha hecho un Papanicolaou		
Nunca	6	14
Esporádicamente	1	10
Anual	2	10
Semestral	2	2

Fuente: Elaboración propia

También se muestra el conocimiento de las mujeres indígenas y de las no indígenas, con respecto a los temas ya mencionados. Como ya se había explicado anteriormente, en “indígenas” se incluyeron a las que se auto identificaron como Mam, indígena o natural. Las que se auto identificaron como ladinas, mestizas, no indígenas e intermedio, se clasificaron como “no indígenas”. Para los tres casos de las que no saben qué identidad tienen, se les categorizó de acuerdo al idioma o los idiomas que habla. En total, fueron 24 mujeres indígenas y 23 mujeres no indígenas. La mayoría de mujeres tienen conocimiento sobre el cáncer, como ya se mencionó anteriormente, pero menos indígenas (15) conocen sobre esto que las no indígenas (21). Veintitrés mujeres indígenas no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, comparado a 16 no indígenas. La mitad de las mujeres indígenas no saben qué es un Papanicolaou o no supieron explicar algo sobre el tema, y 15 nunca se han realizado este examen. Adicionalmente, 5 se lo hacen esporádicamente, y sólo 4 se realizan el Papanicolaou anualmente. En contraste, 22 de las 23 no indígenas saben qué es un Papanicolaou. Sin embargo, sólo 12 mujeres no indígenas se hacen el

Papanicolaou dentro del tiempo aconsejable, 5 nunca se lo han hecho y 6 se lo hacen esporádicamente (ver Tabla No. 19).

Tabla No. 19
Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou según identidad étnica (N=47)

Característica	No indígena	Indígena
Conocimiento básico sobre cáncer		
Sí	21	15
No	2	9
Concepto básico sobre cáncer de cérvix		
Sí	7	1
No	16	23
Concepto básico sobre Papanicolaou		
Sí	22	12
No	1	12
Se ha hecho un Papanicolaou		
Nunca	5	15
Esporádicamente	6	5
Anual	8	4
Semestral	4	0

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presentan los datos de las mujeres de acuerdo a su grado de escolaridad. Aunque hay mujeres que nunca han ido a la escuela, algunas tienen una idea sobre qué es el cáncer y el examen de Papanicolaou. Ninguna sabe qué es el cáncer de cérvix y 3 de las 5 nunca se han hecho un Papanicolaou. Las 10 mujeres que tienen un nivel de 1ro a 3ro primaria, nunca han oído del cáncer de cérvix, 6 no tienen idea de lo que es un Papanicolaou y nunca se han hecho uno. Las 14 mujeres con nivel de 4to a 6to primaria tienen un concepto de lo que es el cáncer, más no del cáncer de cérvix. Diez de ellas conocen qué es el Papanicolaou, y 8 se lo hacen dentro del tiempo aconsejable, una o dos veces al año. A nivel básico y diversificado, se tiene una idea del cáncer y de lo que es un Papanicolaou. Seis de las 10 mujeres con nivel de diversificado, conocen qué es cáncer de cérvix. Y en total, 13 mujeres de nivel básico y diversificado nunca se han hecho un Papanicolaou o se lo hacen

esporádicamente. Hay un único caso de una mujer con educación universitaria, y conoce qué es el cáncer, el de cérvix específicamente, el Papanicolaou y se lo hace cada seis meses (ver Tabla No. 20).

Tabla No. 20
Conocimiento de mujeres entrevistadas sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou según escolaridad (N=47)

Característica	No fue a escuela	1ro a 3ro primaria	4to a 6to primaria	Básico	Diversificado	Universitario
Concepto básico sobre cáncer						
Sí	3	6	10	6	9	1
No	2	4	4	1	1	0
Concepto básico sobre cáncer de cérvix						
Sí	0	0	1	0	6	1
No	5	10	13	7	4	0
Concepto básico sobre Papanicolaou						
Sí	4	4	10	6	9	1
No	1	6	4	1	1	0
Se ha hecho un Papanicolaou						
Nunca	3	6	4	3	4	0
Esporádicamente	1	2	2	2	4	0
Anual	1	1	6	2	2	0
Semestral	0	1	2	0	0	1

A las entrevistadas que se habían hecho un Papanicolaou alguna vez, se les pidió que compartieran sobre la frecuencia que se lo hacen, así como sus experiencias y sensaciones a la hora de hacerse el examen. Se les preguntó porqué se hacen el examen con esa frecuencia o porqué no se lo hacen. Las respuestas se resumen en que se lo hacen porque así se los recomienda el médico, y esta es la única razón que dieron, o porque es importante llevar un control y saber si no están enfermas (ver Tabla No. 21). Algunas de las frases de las mujeres que respondieron así se muestran a continuación:

Recomendación: <<Sí, me lo he hecho varias veces. La última vez fue hace cinco meses, y ahorita en octubre me toca el otro. Me lo hago

porque la doctora me dice, porque si dejo mucho tiempo me puede dar una enfermedad y no lo podemos saber>> (RB18M).

Control: <<Sí me lo he hecho. El último fue en junio de este año. Me lo hago cada año porque, ¡peor si tengo una enfermedad en la matriz! Yo le entro mejor, por si me siento enferma>> (CO19M).

Tabla No. 21

Razones por las que se hacen el Papanicolaou con cierta frecuencia (N=16)

Frecuencia de Papanicolaou	Razón por la que se lo hace	
	Doctores lo recomiendan	Para llevar control
Anual	5	7
Semestral	3	1

Fuente: Elaboración propia

Las que no se lo hacen, es porque sienten miedo vergüenza, pero principalmente porque se sienten bien o por falta de interés. Dentro de la categoría de “Otras” se incluyeron aquellas que dijeron que es porque están embarazadas, tuvieron un aborto, falta de dinero o porque es la primera vez que se hacen el Papanicolaou. En la categoría de “No sabe”, se incluyeron aquellas mujeres que respondieron que no saben en qué consiste el examen o con qué frecuencia se hace, y en “No responde”, no dieron una explicación de por qué no se hacen el examen (ver Tablas No. 22). Para ejemplificar lo anterior, se incluyen algunas de las respuestas de las mujeres:

Miedo/vergüenza: <<No me lo he hecho nunca. Me da miedo y vergüenza para entrar>> (CO2M).

Se siente bien: <<Sí me lo he hecho, hace tres años. Casi no me lo hago porque me siento bien, uno no lo hace hasta que se siente mal>> (RB9M).

Falta de tiempo: <<Sí me lo he hecho. El último me lo hice hace 5 años. No me lo hago más seguido porque no me da tiempo>> (CO6M).

Falta de interés: <<No me lo he hecho. No me ha llamado la atención>> (CO7M).

Otras: <<No me lo he hecho nunca. Me lo tenía que hacer pero estaba embarazada>> (CO8M). <<No me lo he hecho recientemente porque no he tenido facilidades de dinero y tuve un aborto>> (RB8M).

No sabe: <<No me lo he hecho nunca. No sé con qué frecuencia se hace>> (SL3M).

No responde: “No, nunca me lo he sacado yo>> (CO9M).

Tabla No. 22

Razones por las que no se hacen el Papanicolaou seguido o nunca se lo han hecho (N=31)

Frecuencia de Papanicolaou	Razón por la que no se lo hace						
	Miedo o vergüenza	Se siente bien	Falta de tiempo	Falta de interés	Otras	No sabe	No respondió
Nunca	2	7	0	4	3	2	2
Esporádico	1	1	3	2	2	0	2

* Una de las entrevistadas dijo que no se lo ha hecho nunca por vergüenza y falta de tiempo, pero se clasificó aquí bajo “Miedo o vergüenza” solamente.

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las sensaciones y la experiencia al hacerse un Papanicolaou, se les preguntó a las entrevistadas si habían sentido dolor o no, dónde se realizaron el examen y quién se lo hizo o se los hace. En cuanto a sensaciones, a la mitad de las mujeres que se han hecho el Papanicolaou al menos una vez, les ha dolido o les duele cada vez que se lo hacen, o se han sentido nerviosas. Una habló de sentir vergüenza, sólo la primera vez. Nueve de las entrevistadas van tranquilas a hacerse el examen o expresaron que nunca les ha dolido, y cuatro mujeres no hablaron de sus sensaciones. Las mujeres se expresaron así de lo que sintieron:

Dolor y/o nervios: <<He sentido nervios y me he sentido un poco tensa. Duele un poquito y se sienten molestias>> (RB6M).

Vergüenza: <<No me ha dolido. Me dio vergüenza la primera vez, porque era un hombre>> (SL12M).

Tranquilidad: <<Es la segunda vez que me lo hago. No me dolió, ni me sentí incómoda>> (CO13M).

Tabla No. 23

Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou y sensaciones relacionadas
(N=28)

Frecuencia de Papanicolaou	¿Qué sintió al hacerse Papanicolaou?			
	Dolor y/o nervios	Vergüenza	Tranquilidad	No mencionó
Esporádico	8	0	2	2
Annual	5	1	4	2
Semestral	1	0	3	0

Fuente: Elaboración propia

Algunas mujeres se han hecho un Papanicolaou o se los hacen en San Marcos, San Pedro y Xela. Cuando van a estos lugares, van con médicos particulares o clínicas, al hospital o a APROFAM, donde les cobran por el examen. El promedio del costo de un examen de Papanicolaou se sacó de las siete mujeres que mencionaron cuánto les cobran, y es de Q76.43. Este es el costo promedio por examen o consulta, sin incluir los costos de transporte, por ejemplo. Dos mujeres mencionaron que van a San Marcos a hacerse el Papanicolaou y que no les cobran. Las que van al puesto de salud o centro de salud, esto incluye la atención del SIAS en un caso, no tienen que pagar. Otras no contestaron dónde se han hecho o se hacen el Papanicolaou (ver Tabla No. 24).

Tabla No. 24

Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou, lugar y costo (N=28)

Frecuencia de Papanicolaou	Lugar donde se hacen Papanicolaou y costos			
	San Marcos, San Pedro, Xela (costo)	San Marcos (sin costo)	Puesto de salud, CAP	No mencionó
Esporádico	4	0	4	4
Annual	4	2	5	1
Semestral	2	0	0	2

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla, puede verse que siete de las 28 mujeres se hacen el Papanicolaou sólo con una mujer, ya sea con una doctora o enfermera. Son 6 las mujeres que se lo hacen con un hombre o con hombres y mujeres. Dentro de esto debe mencionarse que 11 no mencionaron con quién se hacen el examen (ver Tabla No. 25).

Tabla No. 25

Frecuencia con la que se realizan Papanicolaou y persona que lo realiza (N=28)

Frecuencia de Papanicolaou	Sexo del personal de salud que ha realizado Papanicolaou			
	Mujer	Hombre	Hombre y mujer	No mencionó
Esporádico	2	2	2	6
Anual	5	0	2	5
Semestral	2	0	0	2

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, si esto se compara a la pregunta en donde las mujeres dijeron con quién prefieren hacerse el examen, se muestran algunas diferencias. En esta última, se incluyeron las respuestas de las 47 mujeres, y a las que no se han hecho un Papanicolaou, se les dijo que si hipotéticamente fueran a hacerse uno, con quién se lo harían. A las que no tenían idea de lo que era el examen, se les explicó qué parte del cuerpo se revisa con el examen, para que también opinaran con quién se lo harían si así lo decidieran (ver Tabla No. 26). Algunas de las frases que las mujeres mencionaron, muestran que no se harían el examen con un hombre, o que al hacerlo les da vergüenza. Por otro lado, hay otras que muestran que realmente les da lo mismo si lo hace un doctor o doctora, o que a veces no tuvieron opción de escoger. Aquí están algunas de las respuestas que dieron las mujeres:

Mujer: <<Mejor con una doctora porque se tiene más confianza, no se siente tan nervioso. Algunas dicen <<yo me lo hago si es doctora>> (RB5M). <<Con una doctora, porque le tengo miedo al doctor porque no somos iguales>> (CO5M). <<Me da igual, porque de todas maneras es el

examen (risas), pero de preferencia con una mujer porque con un hombre de vergüenza>> (SL10M). <<Yo quisiera una doctora, pero llegando ahí, pues ¿qué va a hacer uno?>> (CO9M).

Cualquiera de los dos: <<Me lo he hecho con doctores y doctoras, en APROFAM. No me ha dolido. Me dio vergüenza la primera vez, porque era un hombre>> (SL12M). <<Desde que he asistido a las clínicas, igual siento sea hombre o mujer es lo mismo. El examen es el mismo>> (RB2M).

Tabla No. 26

Preferencia de sexo del personal de salud a realizar Papanicolaou (N=47)

Frecuencia de Papanicolaou	Sexo de personal de salud a realizar Papanicolaou	
	Mujer	Cualquiera de los dos
Nunca	14	5
Esporádico	7	5
Anual	4	8
Semestral	2	2

Fuente: Elaboración propia

A manera de medir el conocimiento sobre el Papanicolaou de nuevo, se les preguntó a las mujeres si saben lo que significa un Papanicolaou con resultado positivo. En este caso, un examen así, necesita otros tipos de exámenes y procedimientos, como ya se mencionó anteriormente, para determinar qué es lo que tiene la paciente y qué tratamiento necesita. Otro de los aspectos que puede verse en esta pregunta es qué tanto acceso a la información tienen las mujeres, y el acceso a la salud también. Dentro de las respuestas dadas, doce mujeres muestran algún grado de conocimiento, aún las que no tenían una idea o conocimiento básica del Papanicolaou o no supieron explicarlo. Supieron que el resultado significa que hay un cáncer o que se necesita una operación, o que hay algún tipo de problema, enfermedad o infección. Sin embargo, es alarmante ver que 12 de las mujeres que sí tienen un concepto o conocimiento básico sobre qué es un Papanicolaou no saben lo que un resultado positivo significa y que 5 creen que es un resultado bueno. Esto último talvez se debe al uso de la palabra “positivo”, y la connotación de “bueno”

que a veces tiene. En total, 8 mujeres dijeron que se debe ir con un doctor o especialista, para que entonces ellos expliquen el significado de este resultado (ver Tabla No. 27). Algunas de las frases que las mujeres dijeron se presentan a continuación:

No sabe: <<No sé qué significa o qué hacer>> (RB6M).

Ir con doctores: <<Tendría que ir al doctor. Cuando sienta dolor, voy con un doctor o doctora y ellos mismos me tienen que decir qué pasos tomar si estoy enferma>> (CO3M).

Está bien o normal: <<Cuando el resultado es positivo, indica que no tengo nada de enfermedad y que mi matriz está bien>> (CO8M).

Significa cáncer o que necesita operación: <<Positivo significa que puede tener cáncer, y entonces se tiene que operar, si no, es mortal>> (RB8M).

Hay enfermedad o infección: <<Que tengo que ponerme en tratamiento. Significa que más de alguna infección hay y tengo que ser tratada>> (SL5M).

Tabla No. 27

Significado de Papanicolaou positivo según conocimiento básico del Papanicolaou (N=47)

Concepto básico sobre Papanicolaou	Significado de Papanicolaou positivo:				
	No sabe	Ir con doctores	Está bien o normal	Cáncer o necesita operación	Hay infección o enfermedad
Sí	12	6	5	5	6
No	9	2	1	0	1

Fuente: Elaboración propia

Al preguntarles a las mujeres si ellas tienen que pedirle permiso a alguien para ir a hacerse el Papanicolaou surgieron diferentes respuestas. Algunas contestaron que ellas solas deciden, porque es por su bienestar o simplemente dijeron que ellas decidían por sí mismas. Entre éstas, algunas son solteras (7) y separadas o casadas (16). Otras, deben pedirle permiso a sus padres o abuelos, sobre todo las jóvenes que son madres solteras (4). Entre las casadas algunas deciden por sí mismas (16) y otras le piden permiso a sus esposos (18) (ver Tabla No. 28). Entre éstas últimas, se dio un fenómeno peculiar, en donde

explicaban que no le *piden permiso*, sino que le *avisan*, porque es bueno que él sepa dónde están o porque son ellos los que le dan el dinero para hacerse los exámenes o para el tratamiento si es necesario. A las que nunca se han hecho el examen, de nuevo se les pidió que respondieran de manera hipotética.

Nadie: <<No por que yo soy dueña de mi voluntad. Yo me hago el examen yo me lo hago propio, el hombre no es responsable de uno>> (RB8M). <<No porque es parte de nuestra salud que tenemos que cuidar las mujeres, para que no nos afecte la matriz>> (CO13M).

Padres o abuelos: <<Sí, a mi papá o mi mamá>> (SL7M).

Esposo: <<Le pediría permiso al hombre porque tras el resultado, ¿de dónde saco el dinero para el tratamiento? Él cubre los gastos, si me dan una receta o una operación>> (CO3M). <<Nomás al esposo, tiene que pedir uno permiso>> (RB9M). <<Talvez a mi esposo, para que tenga conocimiento. A veces piensan mal y que esté enterado>> (SL3M).

Tabla No. 28

¿A quién piden permiso para hacerse un Papanicolaou?, según estado civil
(N=47)

Estado civil	A quién pide permiso para hacerse el Papanicolaou			
	Nadie	Esposo	Padres o abuelos	Doctor
Casada	16	18	0	1
Soltera	7	1	4	0

Fuente: Elaboración propia

A las mujeres también se les pidió que explicaran las razones por las que ellas creen que hay mujeres que no se hacen sus revisiones periódicas. Con esta pregunta, ya habiendo hablado sobre el tema en varias de las preguntas anteriores, se intentó crear un espacio para que ellas se expresaran libremente, donde no tuvieron que decir directamente que estas son las razones por las que ellas mismas no van, por ejemplo. Para las respuestas, se tomaron en cuenta a las 47 mujeres, pero cada tema que mencionaban se contabilizó por aparte. En total mencionaron doce razones diferentes (ver Tabla No. 29). Las razones que se mencionaron con mayor frecuencia fueron “Les da vergüenza”, y esto se refería a vergüenza a que sus cuerpos fueran vistos o a ser examinadas por un

doctor. Luego, se mencionó 11 veces el miedo a que el examen les duela, y le sigue la falta de información (10). Algunas de las frases que se presentan a continuación ejemplifican estas razones:

<<En algunas casos, las mujeres tienen vergüenza de que el doctor las revise, y otras tal vez por los recursos económicos, porque es el costo del pasaje más la consulta>> (RB2M).

<<A veces por temor, vergüenza y porque los esposos piensan mal. Le tienen temor a él y viven bajo el mando de ellos. O también ellas son tímidas, y piensan que "saber qué les van a hacer" o "saber si les va a doler".>> (RB6M)

<<Porque ellas no saben dónde hay un lugar así cerca donde no les cobran nada. Piensan que es ir hasta San Marcos y eso implica gasto. Si alguien llegara con el examen gratuito quien no va a querer eso>> (CO6M).

<<Por el miedo que uno tenga de ir a mostrar nuestro cuerpo a las personas>> (CO12M).

<<En el área rural, es falta de comunicación. También por vergüenza a los doctores y al que dirán>> (SL6M).

<<Conozco de muchas que les da miedo el examen en sí, les da vergüenza de que les vean las partes íntimas. También les da miedo si hay enfermedad>> (SL16M).

Tabla No. 29

Razones por las que las mujeres no se hacen Papanicolaou

Razón por la que no se hacen Papanicolaou	Cantidad de veces mencionada
Les da vergüenza	14
Les da miedo a que les duela	11
El esposo no las deja	4
Falta de dinero	8
Falta de información	10
Falta de interés o negligencia	4
Es mejor no saber que tiene algo malo	3
Falta de tiempo	3
Porque se sienten bien	9
Por su moral	1
Cada quién decide	2
No quieren o no les gusta	6
No sé	2

Fuente: Elaboración propia

Para profundizar en las creencias de las mujeres respecto al cáncer de cérvix y al Papanicolaou, se indagó sobre tres temas en general: creencias religiosas, creencias sobre comportamiento sexual, y creencias relacionadas a los roles de género y las relaciones de poder que se dan entre esposo y esposa. La mayoría de mujeres respondió que no están de acuerdo con que Dios da enfermedades como el cáncer y que el hecho de que una mujer se haga un Papanicolaou no significa que sea de mala reputación. Sin embargo, sí han escuchado que otras personas piensan así, en ambos casos. Entre las personas que dijeron que Dios no manda el cáncer como castigo, explicaron que Dios no castiga así o que es bueno, y varias argumentaron que muchas veces es uno el que se descuida o trae la enfermedad. Entre las solteras y casadas, se ve que la mayoría de casadas están de acuerdo con pedirle permiso al esposo y que las personas que ellas conocen creen lo mismo. Aquí se tomó el pedirle permiso al esposo o informarle, como de acuerdo con la oración (ver Tabla No. 30). Las siguientes frases ilustran algunas de las creencias de las entrevistadas:

Religión: <<No estoy de acuerdo porque Dios da la vida y la salud también, yo con las enfermedades no estoy de acuerdo. Sí he oído que la gente lo dice, pero es gente que está vacía de la mente que esta de acuerdo a sufrir. Pero yo en mi concepto, no>> (RB2M). <<Eso no viene de Dios, sino de uno mismo, si uno no se cuida bien. Si uno no le da importancia su vida, se enferma>> (CO3M). <<Talvez sí, porque sólo Dios sabe si da esa enfermedad. Hay unos que piensan eso y otros que no. Talvez Diosito da la enfermedad y nosotros no queremos buscar remedio o venir al centro de salud>> (SL8M).

Comportamiento sexual: <<Si lo he escuchado, pero no estoy de acuerdo, porque no es así. Si uno se hace el control es para estar sana y no sólo necesariamente una persona que anda con muchos; cualquiera necesita el control. Sí he escuchado que dicen, "esa anda con cualquiera, saber qué hace">> (RB3M). <<Sí lo he escuchado, con muchas mujeres de aquí. No estoy de acuerdo, porque como uno sabe que es para su salud>> (CO15M). <<No estoy de acuerdo. Sí hay personas que dicen eso, que por la mala reputación que han tenido van y se lo hacen>> (SL4M).

Género: <<La verdad es que cada quién vive la vida con su pareja de forma diferente. Yo le digo a mi esposo, y es de bien para mí y para él,

porque si me enfermo él es el que va a gastar. Otras señoras talvez tienen esposos celosos que piensan saber qué va a hacer, y les mienten sobre el Papanicolaou>> (RB18M). <<Sí, primero le preguntan al esposo si él quiere que vaya. Si no avisan, no dan permiso para que la mujer vaya>> (CO5M). <<No estoy de acuerdo porque ellos están sanos y las mujeres enfermas. Si se da más en la gente indígena, que están sujetas a lo que dice el esposo. Tienen que obedecer lo que el dice>> (SL4M). <<Si, yo pienso que como pareja, hay que preguntar y ellos no van a decir que no por que es un examen que uno se lo tiene que hacer. Una vez, antes de que yo fuera, él me dijo que fuera. Conozco personas que sí piensan así, conociendo a los hombres de San Lorenzo>> (SL11M).

Tabla No. 30

Creencias sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou de acuerdo a estado civil
(N=47)

Creencia	Cantidad de mujeres que respondieron							
	De acuerdo		Desacuerdo		Han oído que otros piensan así		No ha oído que otros piensan así	
	Soltera	Casada	Soltera	Casada	Soltera	Casada	Soltera	Casada
Dios da cáncer como castigo	0	3	11*	30*	5*	16*	5	8
Mujeres que se hacen Papanicolaou son de mala reputación	1	1	9*	20*	4*	15*	7	11
Mujeres sólo deben hacerse Papanicolaou con permiso de esposo	4	21	7*	11*	6*	18*	5	5

*Algunas mujeres no respondieron, estaban indecisas o no saben

Fuente: Elaboración propia

Para conocer un poco del acceso a la información y al conocimiento que tienen las mujeres sobre los temas ya hablados, se les preguntó si creían que en el municipio los servicios de salud dan suficiente información sobre el cáncer de cérvix y sobre el Papanicolaou. De las 47 mujeres, 6 opinaron que sí hay información de ambos temas, 21 que sólo sobre el Papanicolaou, y 20 dijeron que no hay información de ninguno de los dos temas. Es importante mencionar que de las 6 que respondieron que hay suficiente información de los dos temas, varias dijeron que sí se da pero que la gente no va al centro de salud a escuchar

o que ellas mismas no han ido. Este es un ejemplo de esto: <<Siempre la dan, pero uno no pone de su parte. Tampoco viene a oír>> (CO7M). Dentro de las que dijeron que sí hay información sobre el Papanicolaou, varias opinaron que quieren más información, o que es muy poco lo que se da y que a veces se habla de este tema. Una mujer lo dijo claramente, <<No hay información del cáncer y del Papanicolaou hay muy poca; por eso es que la gente llega a tener este tipo de enfermedades>> (RB11M). Y de las que opinaron que no se da nada de ninguno de los dos temas, pueden representarse con esta cita, <<Aquí se han planificado jornadas con el centro de salud. Pero más que nada es sólo prevención de infecciones de transmisión sexual. Del Papanicolaou no>> (SL5M).

También se pidió la opinión de las mujeres sobre las formas y medios a través de los cuales les gustaría aprender más de estos temas. Se hizo un listado de cada una de las formas mencionadas, con el total de veces en que se mencionó, y en total, hay diez medios. El más popular es la charla o plática, pero los demás también son importantes, tomando en cuenta que no todas las personas tienen acceso a la información de la misma manera, por que no tienen una radio o televisión, o no pueden leer (ver Tabla No. 31). Algunas de las personas que mencionaron la charla, dijeron que se diera en el centro de salud o salón comunitario, y que fuera impartida por doctores o por los promotores de salud. Los medios escritos (9 menciones), fueron mencionados como una forma de tener la información disponible porque lo de la charla se puede olvidar. Los medios de comunicación como la televisión y radio (15 menciones), no sólo se mencionaron como forma de enterarse para los que no saben leer, sino para hacerlo desde la casa. Y los medios que necesitarían de recurso humano para dar la información, tuvieron 43 menciones. Una de las mujeres opinó, que se podría aprender <<En las orientaciones que dan los doctores, también con programas de salud en la televisión. Con el testimonio de otras, yo ya sufrí eso, entonces ese medio sería eficiente para que haya información>> (RB2M). Otra dijo que <<A través de capacitaciones y de la radio, porque sólo así se puede saber>> (CO8M).

Tabla No. 31
Medios para aprender sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou

Medio para aprender	Cantidad de veces mencionado
Charla/plática	35
Radio/grabación	6
Televisión/video	9
Afiche/poster	2
Folleto/boletín	5
Testimonio de mujeres	2
Prensa	1
De casa en casa/persona en persona	5
Junto con tema de vacunación	1
Internet	1

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las entrevistadas está de acuerdo en que la invitación para que tanto hombres como mujeres asistan a una charla debe hacerse a través de los alcaldes auxiliares, ya sea que éstos avisen de casa en casa, entreguen las cartas o notifiquen de alguna otra forma. También se mencionaron otros medios de aviso, como la radio, panfletos o carteles, invitaciones personales y hablar de casa en casa. De nuevo, los resultados se presentan de acuerdo a cuántas veces se mencionaron los medios de invitación. Entre la categoría de “otros” se incluyeron las opiniones de ofrecer medicina, contactar a través de la fundación Niño Dios Provee y una mujer que no sabía cómo invitar a la gente para que asistieran (ver Tabla No. 32). Algunas dijeron que, <<Que el auxiliar de la comunidad salga a citar a la gente para que se reúnan en el centro de salud de la comunidad. Sería importante>> (CO4M), y que hay que <<Ir a la comunidad y decir que hay una reunión importante, que repartan notas los auxiliares y que ellos pasen de casa en casa. Hacerles ver que es importante para la familia>> (SL3M).

Tabla No. 32
Medios para invitar a charla sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou

Medio para invitar	Cantidad de veces mencionado
A través de CAP o puesto de salud	7
Por alcalde auxiliar	21
A través de la municipalidad	1
Radio/bocina	8
Folleto/boletín	7
Notas/invitaciones	15
Técnico salud, comadrona o promotor	3
De casa en casa/persona en persona	10
Oficina municipal de la mujer/grupos mujeres	3
Otros	3

Fuente: Elaboración propia

Al preguntarle a dónde más acudirían si no es al centro de salud o con el médico, a manera de indagar sobre fuentes alternativas de salud, las mujeres respondieron, en su mayoría (19 menciones), que no irían a otro lugar. Se mencionaron hospitales (6), clínicas y doctores particulares (7), así como viajes a San Marcos y Xela (8), y hasta Guatemala (4). Sólo se mencionó cuatro veces los remedios caseros y los naturistas.

Por último, las personas que hicieron preguntas, hicieron preguntas sobre los síntomas, causas y tratamientos del cáncer de cérvix, las partes del cuerpo de los esquemas (que se presentarán más adelante), y cómo se diferencia el cáncer de cérvix de los otros tipos de cáncer. Algunas también sugirieron que se den pláticas o charlas sobre estos temas. Por ejemplo, una mujer dijo, <<Quisiera saber más sobre el cáncer en general y que vinieran a dar una capacitación para tener más información. Aquí se comenta mucho del caso de esta señora, pero saber si se siente otro malestar>> (SL11M). Otra, hizo varias preguntas: <<¿Qué es la cérvix? ¿Dónde da el cáncer? Si le da, ¿qué remedios

hay para que se le quite? ¿Y qué síntomas se sienten para que la mujer sepa que tiene eso?>> (CO8M).

C. Entrevistas con personal de salud

Una de las primeras preguntas que se le hizo al personal de salud fue sobre el cáncer en general, que dijeran lo que sabían, así como la forma en que se lo explicarían a un paciente. Los 9 entrevistados tenían al menos una idea básica de lo que es cáncer, y el concepto es más complejo entre los que tienen formación dentro de la biomedicina. Cuatro de ellos no respondieron si le explicarían a un paciente que padece de cáncer, cuatro dijeron que sí, y solamente una enfermera auxiliar dijo que se lo explicaría a un familiar. Para ejemplificar lo anterior, se incluyen algunas citas:

Doctora: <<El cáncer es un cambio en las células normales del organismo, se vuelven atípicas y tienen funciones diferentes. A un paciente se le dice que es una enfermedad que no se cura y que hay tratamiento, pero sólo para alargar la vida, que es una enfermedad que hay que aprender a vivir con ella. Además se da tratamiento preventivo, por que las causas tienen mucho que ver con el estilo de vida que han llevado>> (RB4S).

Comadrona: <<Es una enfermedad mortal. El cáncer empieza con un flujo verde y tiene mal olor en la vagina y solo de eso conozco y que hay dolor en la parte baja>> (SL13S).

Enfermera auxiliar: <<El cáncer es una enfermedad incurable. A veces, si se detecta a tiempo, se cura. Yo no se lo explicaría a un paciente, sino a un familiar>> (RB13S).

Al personal de salud también se le preguntó sobre el conocimiento que tienen con respecto al cáncer de cérvix y sus causas, así como sobre el Papanicolaou. De nuevo, se les pidió que explicaran la forma en que se lo explicarían a un paciente. Sólo las doctoras, una comadrona y el promotor de salud tienen al menos una idea o conocimiento básico de lo que es el cáncer de cérvix y sus posibles causas (ver Tabla No. 33). La comadrona lo explicó así, <<La verdad, sólo sé de cáncer en la matriz. Esto da un flujo blanco y abundante, y la regla no se le quita a uno>> (CO17S). Todos tienen al menos el concepto básico de lo que es el Papanicolaou y cómo se lo explicarían a una paciente.

Una de las enfermeras auxiliares dijo, <<Es un examen en el que se le hace una muestra a una paciente con un espéculo y se extrae una muestra del cuello uterino. Se anotan los datos del paciente y luego se manda al laboratorio donde hacen el diagnóstico>> (SL1S).

Tabla No. 33

Conocimiento sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou según puesto (N=9)

Característica	Médico	Enfermera auxiliar	Comadrona	Promotor salud
Concepto básico sobre cáncer de cérvix y causas				
Sí	2	0	1	1
No	0	3	2	0
Concepto básico sobre Papanicolaou				
Sí	2	3	3	1
No	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

A las ocho mujeres entrevistadas dentro del personal de salud se les preguntó si se han hecho el Papanicolaou, y sólo cinco de se lo han hecho. Una contestó que es soltera y que por eso no se lo ha hecho, pero las otras dos que nunca se lo han hecho están casadas y tienen hijos. Las otras dos comadronas, se lo hacen de manera esporádica (ver Tablas No. 34 y 35). Algunas de ellas cuentan,

<<Me lo he hecho dos veces. El último me lo hice hace tres años. No me lo hago con más frecuencia porque como no da tiempo. Sí se lo he recomendado a las señoras, porque trae beneficios para uno de mujer para ver si no hay infecciones u otras enfermedades; yo les cuento que es lo que hacen y que aparatos utilizan>> (CO18S).

<<Nunca porque me siento bien, no siento nada de lo que nos han explicado>> (SL13S).

Tabla No. 34
Frecuencia Papanicolaou según estado civil (N=8)

Frecuencia de Papanicolaou	Estado civil	
	Soltera	Casada
Nunca	1	2
Esporádico	0	2
Anual	0	3

Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 35
Frecuencia Papanicolaou según puesto (N=8)

Frecuencia de Papanicolaou	Puesto		
	Médico	Enfermera Auxiliar	Comadrona
Nunca	0	2	1
Esporádico	0	0	2
Anual	2	1	0

Fuente: Elaboración propia

Las que sí se lo han hecho, compartieron algunas de sus experiencias, que no difieren tanto de las de las mujeres entrevistadas.

<<Sí siento un poco raro, pero depende de qué tan conciente vaya uno. Yo me lo hice en APROFAM y me costó Q48.00>> (RB1S).

<<La primera vez que me lo hice no sentí nada. La segunda vez, sentía como si el aparato me estaba apachando la matriz (gestos con las manos, haciendo presión sobre la matriz o debajo del estómago)>> (CO18S).

<<Es incómodo, porque yo entiendo a mis pacientes, lo pienso y lo repienso, que me van a ver, qué vergüenza. Es importante y comprendo la situación, me cuesta ser más abierta a eso. Trato de que sea una mujer de confianza. Eso me sirve por que yo les digo a mis pacientes que yo también me lo he hecho, y que se que es incómodo; trato que mis pacientes tengan privacidad y estén cómodas>> (SL2S).

Dentro de las experiencias que mencionaron al hacerle este tipo de examen a una paciente, sólo tres opinaron, una de las doctoras y dos enfermeras auxiliares. A continuación, se presentan las respuestas de cada una:

<<Sí, casi siempre se los hago yo, aquí en el puesto de salud. De acuerdo a mi experiencia, casi la mayoría no sabe el porqué del examen y tratamos de explicárselos. Hace una semana tuve una señora que venía con flujo y dolor vaginal, entonces le ofrecimos el Papanicolaou y ella dijo que no sabía de qué se trataba y casi no se dejaba hacer el examen. Al final si se lo logré hacer>> (RB1S).

<<Sí lo he hecho. Me acuerdo que cuando le hice el examen y le extraje la muestra, tenía mucho flujo vaginal, eso es lo que más me recuerdo. Ella me dijo que padecía de eso y por eso lo solicitó>> (SL1S).

<<Cuando yo lo hago, voy paso a paso para que no tenga miedo. Más con pacientes indígenas. Y sin embargo, no se suben el corte. Yo le explico, y le digo, "tómese su tiempo". Trato de darles privacidad para que se sientan cómodas. La afluencia de mujeres que vienen a hacerse el Papanicolaou ha aumentado. Uno como mujer y como profesional debe de estar en los dos lados de la banca>> (SL2S).

De los nueve entrevistados del personal de salud, sólo una de las doctoras explicó qué conoce del IVAA, y es la única que ha recibido capacitación teórica sobre este tipo de examen. Explicó que <<De igual manera, es un examen que explica los cambios o no en el cuello, y si hay daño o no. Es un examen instantáneo. Nosotros no lo hacemos, aunque nos dieron capacitación. Pero sí sabemos cómo hacerlo>> (SL2S).

Así como se les preguntó a las mujeres, al personal de salud también se les hizo la pregunta del significado de un Papanicolaou positivo. En el CAP de San Lorenzo, la doctora mostró la orden de un examen citológico (ver Figura No. 15). Varios (6) respondieron que referirían a la paciente con un médico, o seguirían las direcciones de uno, y mandarían a la paciente al hospital de San Marcos. Otras, mencionaron que le explicarían que el examen no salió normal y que se necesitan más exámenes (2). En este punto, se trató de indagar sobre todo, cómo se lo dirían o explicarían a una mujer. Una de las doctoras explicó con detalle el proceso:

<<Llevamos un control en un cuaderno con resultados. Las pacientes regresan a recogerlos. La residencia es importante para localizarlas en el momento en que haya algún problema. Tienen que esperar cuatro semanas para los resultados. Se le refiere al hospital para darle seguimiento. La llamamos y se le explica, primero se le explica porqué se hace el Papanicolaou, qué se descarta y que "salió un poco mal, salió un

tejido que no está bien y queremos descartar algo más. Para ello debe de ir a unos exámenes al hospital". Hay que saberle entrar a las señoras para que no se asusten por que si no a veces ya no van; en especial hay que saber entrarle a las pacientes indígenas por que ellas son muy renuentes>> (SL2S).

Figura No. 15

Orden de examen citológico, Área de Salud, San Marcos

DIRECCION AREA DE SALUD, SAN MARCOS
EXAMEN CITOLOGICO

Centro de Salud de: _____ No. de Ficha: _____
 Edad: _____

Nombres: _____
 1er. nombre 2do. nombre 1er. apellido 2do. apellido

Residencia habitual: _____
 Referencia: Médico _____ Enfermera _____
 Examen Citológico Anterior SI _____ NO _____
 Número de Examen Citológico Anterior: _____

PROCEDENCIA ESPECIMEN:
 Vaginal _____ Cervical _____ Endometrio _____
 Antecedentes Obstétricos G _____ P _____ AB _____
 Fecha Última Menstruación _____ Fecha Último Parto _____
 Tratamiento: Radioterapia _____ Hormonas _____
 Método Anticonceptivo: SI _____ NO _____

 Médico Responsable

Fuente: fotografía propia

Interesaba conocer qué piensan como “expertos” en salud a nivel local, sobre las razones por las que las mujeres no se hacen el Papanicolaou con frecuencia. Las razones se listaron de acuerdo a su mención, y la razón más común o más mencionada fue que les da vergüenza. La segunda más importante fue la falta de información (ver Tabla No. 36). Unas explican,

<<Por temor a que uno les realice el examen, porque piensan que es doloroso. Unas que otras por que simplemente no se preocupan por ellas mismas>> (RB1S).

<<Por lo que vayan a decir, por vergüenza a que el doctor o la doctora las vean. Además algunas no hablan español, no le entienden al doctor o doctora>> (CO18S).

Tabla No. 36

Razones por las que mujeres no se hacen Papanicolaou

Razón por la que no se hacen Papanicolaou	Cantidad de veces mencionada
Les da vergüenza	6
Les da miedo a que les duela	2
Falta de información	3
Falta de interés o negligencia	2
Es mejor no saber que tienen algo malo	2
Incomodidad	1
No saben español	1

Fuente: Elaboración propia

Entre el personal médico, casi todos coincidieron que a nivel local, las mujeres prefieren hacerse el examen con una mujer (6), ya sea enfermera o doctora. De manera personal, las mujeres del personal de salud dijeron preferir con mujeres también. Algunas se expresaron así,

<<No importa, con que sea una persona calificada, pero que tenga una preparación. Pero aquí sería mejor con una mujer, por la cultura>> (RB4S).

<<Para mí en la comunidad, pues la gente ha comentado que sería mejor con una doctora que con un doctor. Cuando miran que es doctor no se animan>> (CO1S).

A manera de conocer más las creencias del personal médico con respecto a cáncer de cérvix y el Papanicolaou, así como su relación a las respuestas de las mujeres, se les hicieron las mismas preguntas con respecto a religión, comportamiento sexual y género. Tenían que decir si estaban de acuerdo o no, y si habían escuchado esto entre las personas locales o entre sus pacientes (ver Tabla No. 37). La mayoría (8) está en desacuerdo con que Dios da enfermedades como el cáncer, y algunos (6) han oído que la gente piensa eso. La mayoría (7) está en desacuerdo con que las mujeres que se hacen el Papanicolaou son de mala reputación y además no lo han escuchado (6). Por último, 7 no están de acuerdo con que las mujeres se hagan el Papanicolaou

sólo con el permiso de sus esposos, pero también 7 han oído que este es el caso entre otras personas. Algunas de las entrevistadas explican,

Religión: <<No estoy de acuerdo, porque Dios no castiga. Raras veces se escucha que la gente piense eso, la gente ahora ya no culpa a Dios>> (CO1S).

Comportamiento sexual: <<Para nada estoy de acuerdo, (risas) la reputación no tiene nada que ver con eso y tampoco lo he escuchado>> (RB4S).

Género: <<Lo que pasa es que en algunos lugares, muchas veces la mujer no puede decir nada sin el permiso del esposo, incluso en alguna visita médica o de preguntas el esposo le aprueba antes de contestar; hay lugares donde extremadamente, tienen derecho pero no lo practican>> (SL1S).

Tabla No. 37

Creencias sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou (N=9)

Creencia	Cantidad de personal de salud que respondió			
	De acuerdo		Lo han escuchado	
	Sí	No	Sí	No
Dios da cáncer como castigo	1	8	6	2*
Mujeres que se hacen Papanicolaou son de mala reputación	2	7	3	6
Mujeres sólo deben hacerse Papanicolaou con permiso de esposo	1	7*	7	1*

*Una persona no respondió

Fuente: Elaboración propia

Para el personal de salud, hay información sobre el cáncer de cérvix hasta cierto punto, aunque otros opinan que no hay. Algunos dicen que sí hay suficiente información sobre el Papanicolaou, y otros que muy poca. Sin embargo, uno de los puntos más importantes es que la información no llega a los lugares más lejanos y no es muy comprensible (ver Tabla No. 38). A continuación se resumen las ideas expresadas por el personal de salud en torno a este tema:

Tabla No. 38

¿Hay suficiente información sobre el cáncer de cérvix y el Papanicolaou?

Sí	No
Se dan pláticas al venir a consulta	Nunca va a ser suficiente porque niñas crecen
Se les habla del Papanicolaou junto con planificación familiar	No se comprende la información sobre síntomas y tratamiento
Poca información del Papanicolaou	No hay información de cáncer de cérvix
Hay folletos de enfermedades de transmisión sexual	La información no llega a los lugares lejanos

Fuente: Elaboración propia

Para el personal de salud, la mejor forma de educar a la población en estos temas es a través de una charla (8 menciones). Estas charlas pueden combinarse con regalos, refrigerio, información de vacunación o planificación familiar, y otros temas. En segundo lugar, recomiendan la radio como medio de educación (3 menciones). En total, se dieron cinco sugerencias (ver Tabla No. 39). Unos sugieren,

<<Se tendría que dar una capacitación a toda la comunidad. Invitándolos a todos, especialmente a las mujeres. Tal vez, a través de regalos, porque así es la gente hoy en día, hasta vienen puntuales cuando hay regalo. También se podría dar un pequeño refrigerio>> (CO1S).

<<Programas, cuñas radiales, charlas. Las organizaciones de mujeres son un buen enlace, y hay un proyecto grande de mujeres en San Lorenzo, sobre signos de peligro, planificación familiar, gripe H1N1, maternidad y paternidad responsables. En todo eso se puede meter lo del cáncer, con promotores, educadores en los servicios, cuñas radiales, con COCODES, y trabajar con los hombres, por que ellos casi no participan>> (SL2S).

Tabla No. 39

Medios para educar a la población sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou

Medios de educación	Cantidad de veces mencionada
Charlas	8
Radio	3
Puesto de salud	1
Comadronas/promotores de salud	2
Televisión	2

Fuente: Elaboración propia

Para invitar a las personas a una charla y que asistan tanto hombres como mujeres de la comunidad, se tiene que contactar a las autoridades locales como alcaldes auxiliares o COCODES, y también al personal de salud local, como comadronas y promotores de salud. También se puede invitar personalmente, a través de la radio, con afiches o un altoparlante. Si la charla se diera en cada comunidad, la gente tendría más facilidad para asistir. Algunas opinan que,

<<Habría que reunir a las señoras y señores para que se enteren. Reunir a un grupo de señores y señoras, juntar un grupo y avisarle al alcalde auxiliar o a los vigilantes de salud y a las comadronas para que avisen a los vecinos>> (CO18S).

<<Se podría ubicar en cada comunidad y llamar a las personas a una reunión de salud, especificando el tema del que se va hablar. Pero en cada comunidad donde viven para que ellos no tengan que caminar mucho>> (RB1S).

En cuanto a los sistemas de salud que no son parte del sistema biomédico, todos los entrevistados opinaron que hay diferencia entre la atención que la biomedicina puede prestar con respecto a cáncer de cérvix o Papanicolaou, comparada a la que una comadrona o curandero podrían dar. Las mismas comadronas opinaron que no están capacitadas para hacerle un Papanicolaou a una mujer:

<<Yo diría que una comadrona no podría atender a una persona. No tenemos los aparatos para ver que esta pasando. Yo como comadrona podría hacerlo si tuviera aparatos y experiencia>> (CO17S).

<<Por ejemplo, hay diferencia porque como comadronas no sabemos cómo examinar para esas enfermedades. En el hospital y centro de salud ya tienen aparatos especiales para examinar>> (CO18S).

Si la gente no fuera a un centro de salud u hospital las otras opciones para recibir atención médica mencionadas fueron: a. No hay ningún otro lado, se va al centro de salud u hospital (4); b. Hospital (2); c. Comadrona (talvez) o curandero (no para un cáncer necesariamente) (2); y d. INCAN (1).

Por último, se abrió el espacio para dudas o comentarios finales. A continuación se incluyen:

<<La labor preventiva deber ser mayor a nivel comunitario. Se debe hablar más sobre el condón, la planificación familiar y la sexualidad de las parejas>> (RB4S).

<<Se deberían dar charlas de ese tema. Por dónde empieza ese cáncer, cómo se previene. Porque sólo cáncer y saber, uno ignora cómo empieza>> (CO17S).

<<Para mí, la pregunta sería sobre la enfermedad del cáncer. Sería bueno tener talleres con mujeres y hombres, porque no sabemos cuáles son los síntomas de esa enfermedad, del cáncer. En el taller dar explicación y síntomas>> (CO18S).

<<¿Qué síntomas se sienten o se dan con el cáncer de cérvix? Porque de mama sí sé. A mí sí me interesaría saber y estar en un taller de eso>> (SL1S).

<<Sería bueno que hubiera un centro regional para el tratamiento de cáncer uterino. Por falta de recursos, no van a ir a la capital. Se debería hacer una estrategia, como con la gripe H1N1, con campañas de promoción, que hablen del cáncer como enfermedad silenciosa, y spots para inculcarle a las mujeres lo de sus controles>> (SL2S).

<<En cuanto al cáncer, darlo a conocer a las comunidades más escondidas. Las mujeres se hacen una mala idea del Papanicolaou, de que sangra mucho, de que duele, que les meten la mano. Las ideas vienen de ellas mismas, se hablan entre ellas. Yo puedo salir a visitar y sacarlas. En el parto nosotros sólo vemos lo de afuera y creen que sólo está lo de afuera, pero está la boca de la vagina y yo les explico. Los dibujos que nos ponen en el centro de salud y también lo que nos explicaron en la escuela Ulises Rojas. Yo aprendo para dar, pero se necesita tiempo. En Corinto es diferente, por que les hemos dicho cómo es el aparato y eso; incluso hasta planifican y con eso se lo tienen que hacer. En Corinto hay sólo dos comadronas, y con el promotor de salud,

Como pareja, tuvieron que viajar a varios lugares, porque ella no se recuperaba. Viajaron a San Marcos y a Xela, y hasta a Guatemala. Estuvieron en hospitales y en APROFAM. Estuvieron también con un doctor privado en San Marcos, y fue él quien le dijo que su esposa probablemente tenía cáncer. Su madre también tenía cáncer, y le aconsejó al esposo pensar si tenía suficiente dinero o no para todos los procedimientos. Ahí le explicó que el cáncer viene de Dios, que él dispone qué enfermedad tiene quién. También le explicó que el cáncer es como una llaga adentro del cuerpo, y que avanza así como avanza la grama y se convierte en pasto. Le advirtió además que no se lo dijera a su esposa, porque esto iba a hacer que empeorara.

Cuando le hicieron exámenes más profundos a la señora, se dieron cuenta que el cáncer ya había avanzado a la matriz y estaba hasta en la columna. Aunque recibió 27 sesiones de quimioterapia, no se pudo hacer nada. Al regresar a San Lorenzo, murió una semana después.

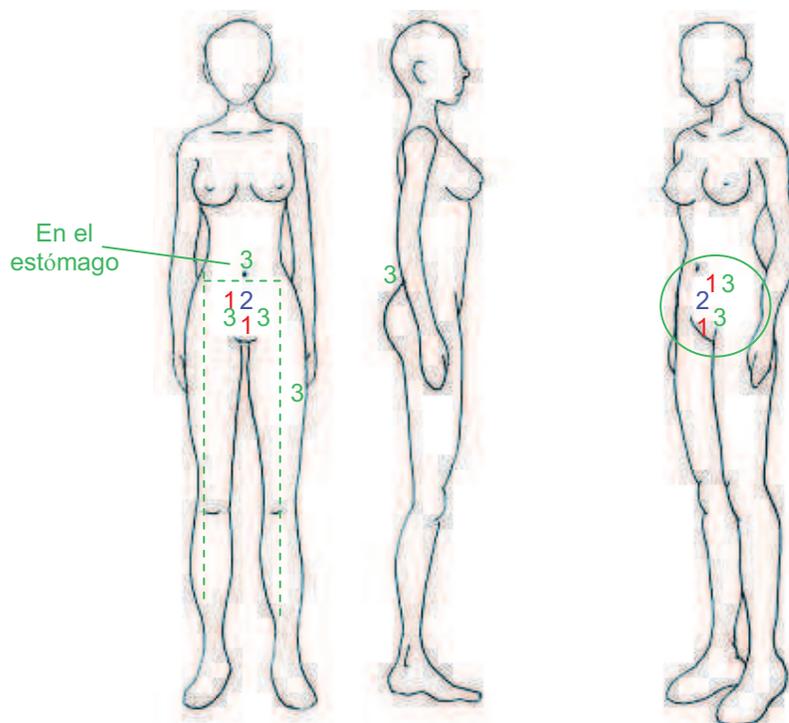
Dentro de las percepciones del entrevistado, cabe resaltar que enfatizó el hecho de que nadie les explicó qué era un cáncer y en qué consistía, solamente el doctor particular. Mencionó específicamente que si en APROFAM le hubiesen avisado antes, talvez se podría haber salvado. Otra de sus percepciones, fue que su esposa tenía mucho dolor, y que era impresionante la cantidad de sangre que le salía y cómo goteaba el flujo, todas las mañanas. Mucho de lo que contó de los síntomas, de lo que es el cáncer y de que proviene de Dios, se ve fuertemente influenciado por lo que le doctor le comunicó. Por último, también hizo énfasis en que el dinero no le alcanzó para todo el proceso, viviendo del sueldo de un agricultor, y que en el hospital tenía una cuenta de Q20 mil.

En el mapa que se hizo de varios fragmentos de la entrevista, puede verse que las palabras más importantes o que aparecen más son cáncer, dolor, enfermedad, doctor, Guatemala, San Marcos, esposa, exámenes, síntomas y Papanicolaou (ver Figura No. 17).

1. Mujeres casadas indígenas. Las mujeres casadas indígenas son quince en total, dos de Río Blanco, diez de Comitancillo y tres de San Lorenzo. En el primer esquema de la silueta femenina, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. Cerca de los números 1 marcados, hay algunos 2, pero cinco mujeres no respondieron a esta pregunta de dónde se da el cáncer de cérvix. La ubicación de los síntomas si se tiene este tipo de cáncer varían: en el estómago, en las caderas y toda esa área, en las piernas, en la cintura baja, y cercanos a donde están los 1 y 2. En esta pregunta, tres mujeres no contestaron (ver Figura No. 18).

Figura No. 18

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres casadas indígenas



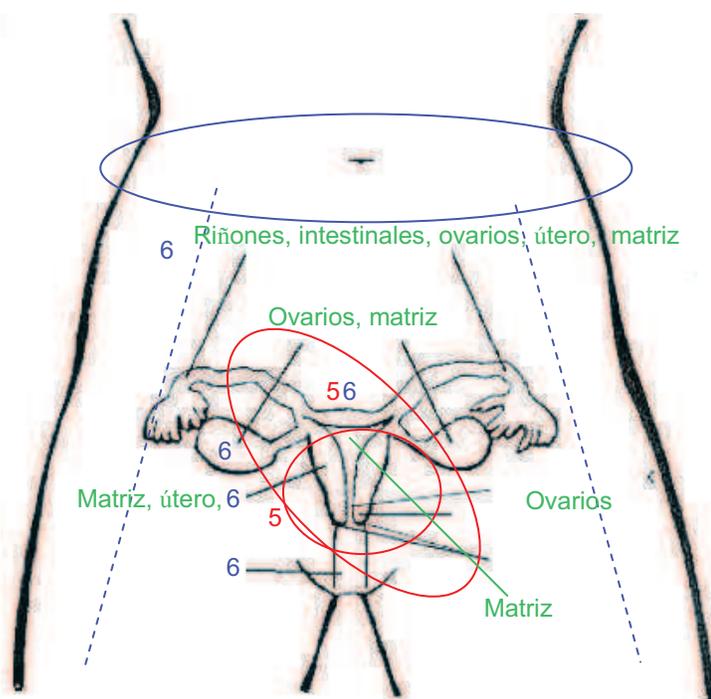
Fuente: Elaboración propia

En el esquema más detallado del aparato reproductivo femenino, cinco mujeres no contestaron nada sobre las partes, ni dónde se da el cáncer de cérvix. Tres mujeres tampoco contestaron dónde se ubican los síntomas para

este tipo de cáncer. Para los ovarios, no sólo escribieron esto, si no que en algunos casos, que ésta era la matriz. Nadie escribió cuáles eran las trompas de Falopio, y en su lugar escribieron riñones, intestinales, ovarios, útero y matriz. El cáncer de cérvix se da en diferentes sitios (ver los números 5), y los síntomas (ver números 6) se ubican en la cintura, piernas y en otro puntos (ver Figura No. 19).

Figura No. 19

Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres casadas indígenas



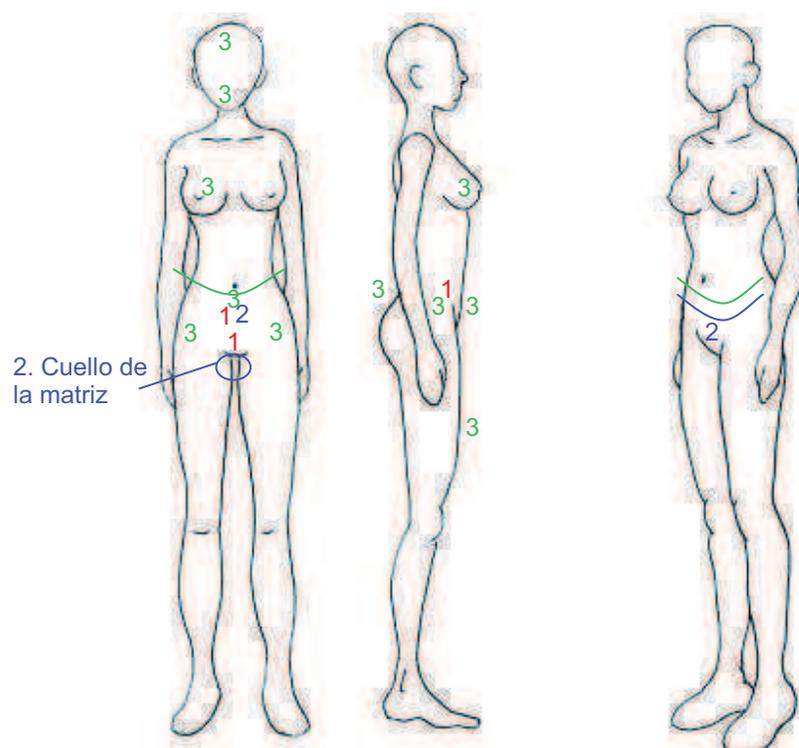
Fuente: Elaboración propia

2. Mujeres casadas no indígenas. En total, hay diecinueve mujeres casadas no indígenas: nueve de Río Blanco, una de Comitancillo y nueve de San Lorenzo. En el primer esquema de la silueta femenina, de nuevo, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. Sólo una persona no contestó esta pregunta. Cerca de los números 1 marcados, hay algunos 2, pero siete mujeres no respondieron a esta pregunta. La ubicación de los síntomas si se tiene este tipo de cáncer van

desde la cabeza y barbilla, pasando por los pechos y llegando hasta el área debajo del ombligo, en las caderas, cintura baja, y hasta las piernas. También hay algunos 3 cercanos a donde están los 1 y 2. En esta pregunta, cuatro mujeres no contestaron (ver Figura No. 20).

Figura No. 20

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres casadas no indígenas



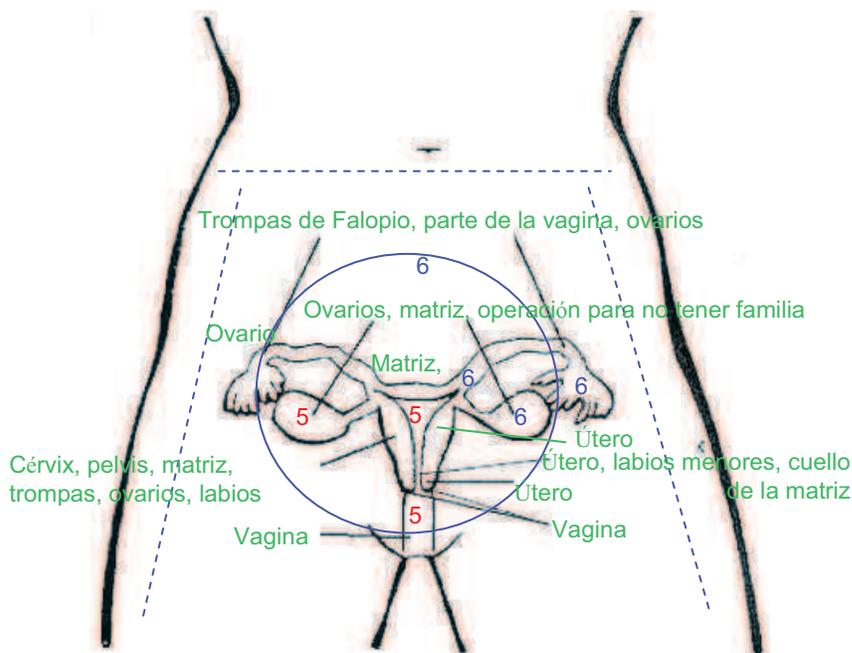
Fuente: Elaboración propia

En el esquema más detallado del aparato reproductivo femenino, dos mujeres no nombraron ninguna de las partes; siete no marcaron dónde se da el cáncer de cérvix; y cuatro no respondieron sobre los síntomas. En este esquema sin embargo, se ven muchas más respuestas variadas que en el anterior. Para los ovarios, no sólo escribieron esto, si no también la matriz y que es ahí donde se hace la operación para ya no tener familia. En las trompas de Falopio, otra puso que es una parte de la vagina. En el cuerpo del útero,

escribieron cérvix, pelvis, matriz, trompas de matriz, ovarios y labios mayores. El cáncer de cérvix lo ubicaron en diferentes sitios (ver los números 5) como la vagina, ovarios y útero; y los síntomas (ver números 6) se ubican en la cintura, piernas y en todo el aparato reproductivo en general (ver Figura No. 21).

Figura No. 21

Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres casadas no indígenas

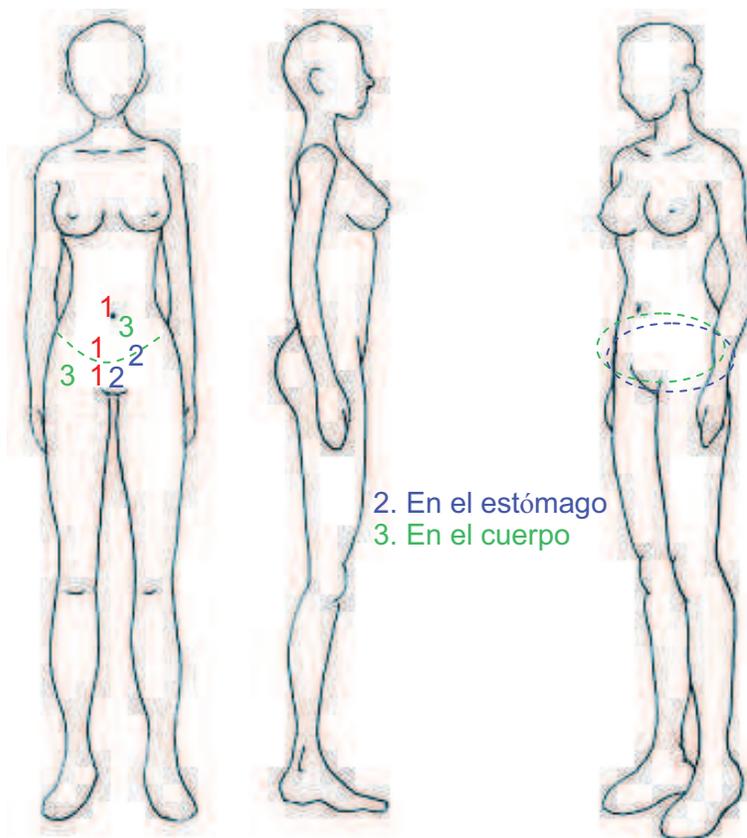


Fuente: Elaboración propia

3. Mujeres solteras indígenas. Las mujeres solteras indígenas son ocho, de las cuales una es de Río Blanco, cuatro de Comitancillo y tres de San Lorenzo. En el primer esquema de la silueta femenina, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. Cerca de los números 1 marcados, hay algunos 2, y una escribió que es en el estómago. Tres mujeres no respondieron a esta pregunta. La ubicación de los síntomas si se tiene este tipo de cáncer se encuentran en el área debajo del ombligo, y sólo una mujer escribió que están en el cuerpo. En esta pregunta, tres mujeres no contestaron (ver Figura No. 22).

Figura No. 22

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres solteras indígenas



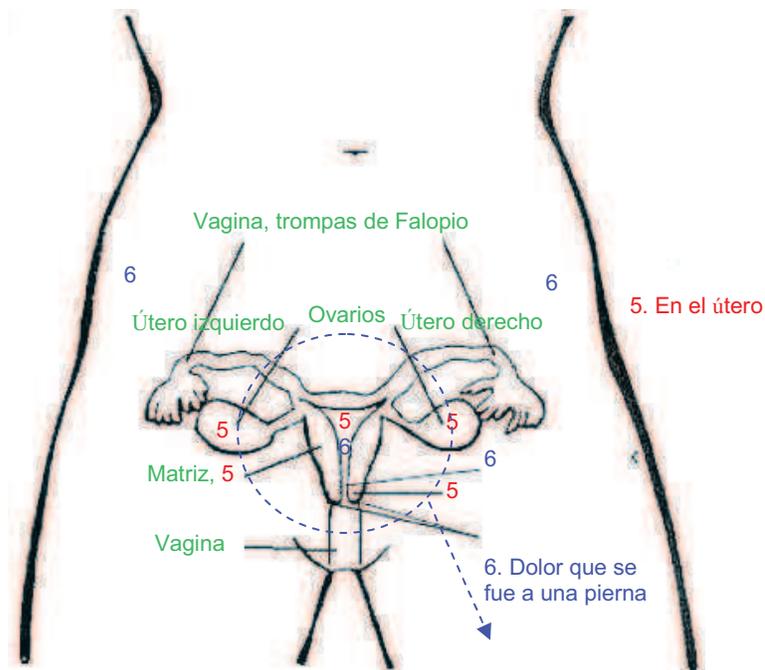
*En este esquema los óvalos punteados estaban en la primera silueta pero por falta de espacio se puso en la tercera.

Fuente: Elaboración propia

En el esquema más detallado del aparato reproductivo femenino, dos mujeres no escribieron ninguna de las partes, y tres no ubicaron el cáncer de cérvix o los síntomas de éste. Para los ovarios, no sólo escribieron esto, también hay un caso donde se escribió útero derecho y útero izquierdo. En las trompas de Falopio, también escribieron vagina. Ubicaron la matriz y la vagina. El cáncer de cérvix da en diferentes sitios (ver los números 5) como los ovarios y el útero; y los síntomas (ver números 6) se ubican cerca de la cadera, hacia una pierna, y en el útero (ver Figura No. 23).

Figura No. 23

Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres solteras indígenas

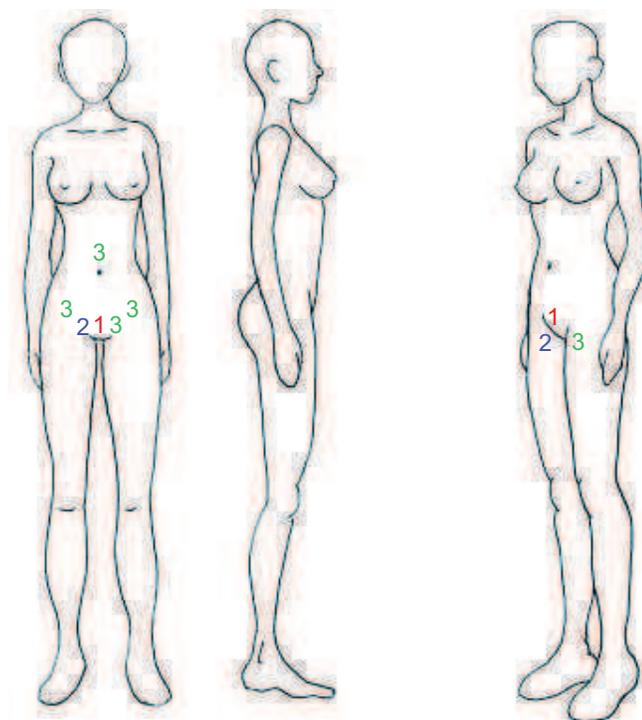


Fuente: Elaboración propia

4. Mujeres solteras no indígenas. Las mujeres solteras no indígenas son sólo cuatro, tres de Río Blanco y una de San Lorenzo. En el primer esquema de la silueta femenina, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área entre las piernas, y cerca de los números 1, posicionaron los números 2. La ubicación de los síntomas está cerca de los números 1 y 2, y encima del ombligo. Sólo una mujer no contestó esta última pregunta (ver Figura No. 24).

Figura No. 24

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las mujeres solteras no indígenas

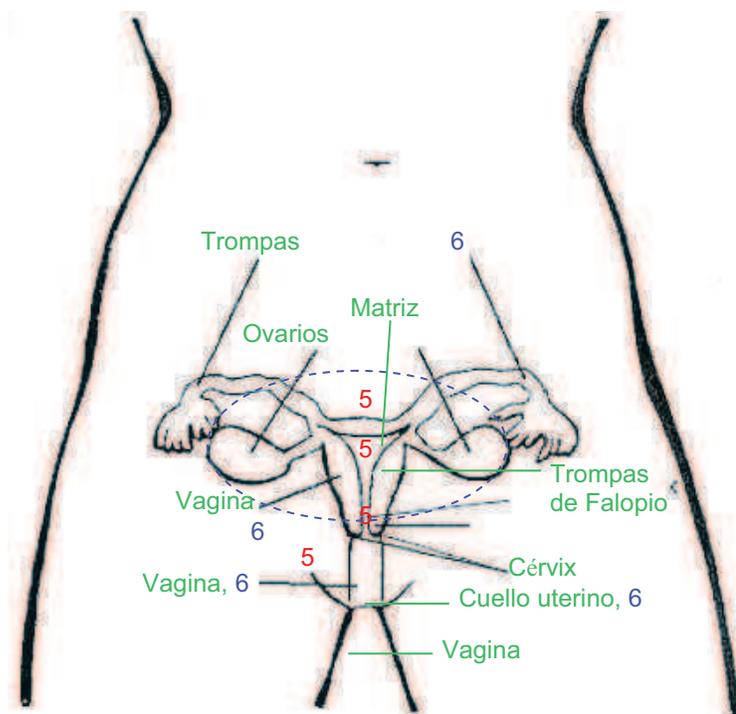


Fuente: Elaboración propia

En el esquema más detallado del aparato reproductivo femenino, una mujer no contestó la pregunta sobre las partes y sobre los síntomas. Ubicaron los ovarios, las trompas, la matriz, la cervix y la vagina correctamente. Sin embargo, también se ubicó de manera incorrecta la vagina, trompas de Falopio y cuello uterino. El cáncer de cervix lo ubicaron en la matriz sobre todo (ver los números 5), y los síntomas (ver números 6) en las trompas, vagina, cuello uterino y en el aparato reproductivo en general (ver Figura No. 25).

Figura No. 25

Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las mujeres solteras no indígenas



Fuente: Elaboración propia

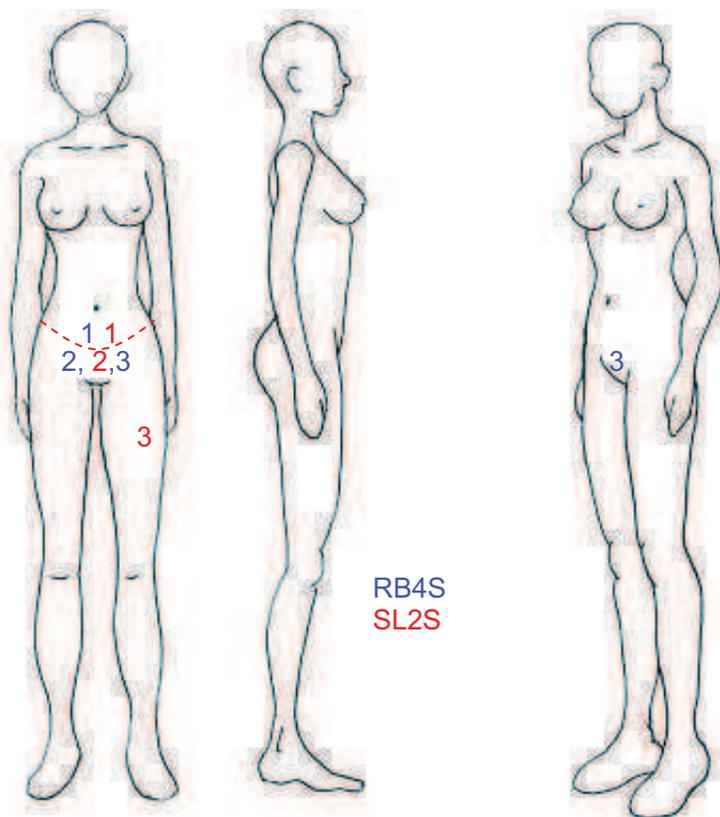
G. Esquemas etnoanatómicos personal de salud

Los esquemas etnoanatómicos mostraron cierto grado de conocimiento entre el personal de salud. Para comparar de la manera más objetiva posible, se agruparon de acuerdo a la formación recibida o el puesto que ocupan. En este caso, por ser pocos los entrevistados, se incluyeron las respuestas de cada quien, y se diferenciaron con colores.

1. Doctoras. Las doctoras, de Río Blanco y San Lorenzo, respondieron que el aparato reproductivo se encuentra en el área debajo del ombligo y encima de las piernas. El cáncer de cérvix se da muy cerca de estos números 1 (ver números 2), y los síntomas se sienten en áreas cercanas también (ver Figura No. 26).

Figura No. 26

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las doctoras

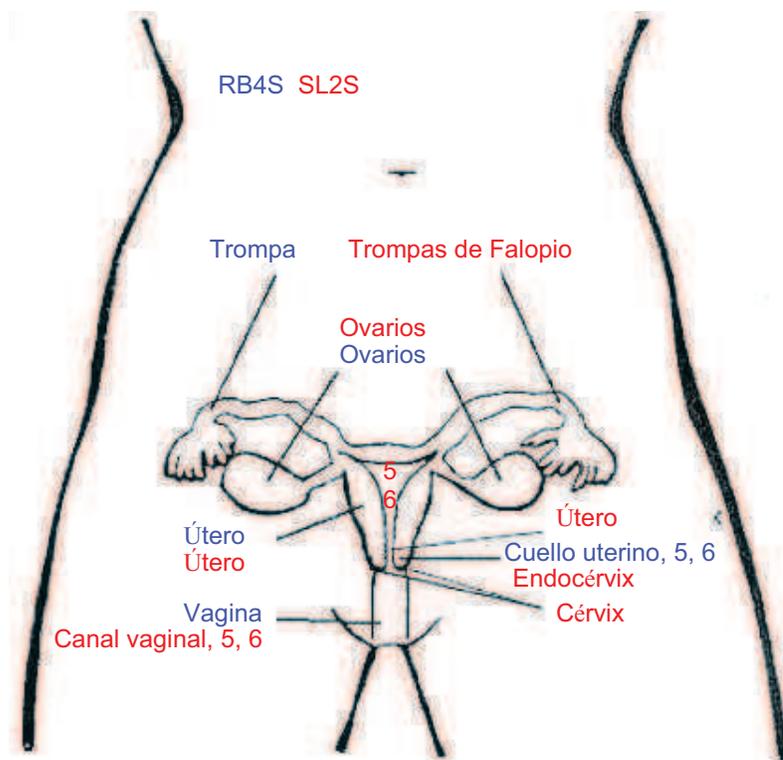


Fuente: Elaboración propia

Las partes en el esquema del aparato reproductivo se marcaron de manera correcta. El cáncer de cérvix y sus síntomas se marcaron en el conducto vaginal, cuello uterino y matriz (ver Figura No. 27).

Figura No. 27

Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las doctoras

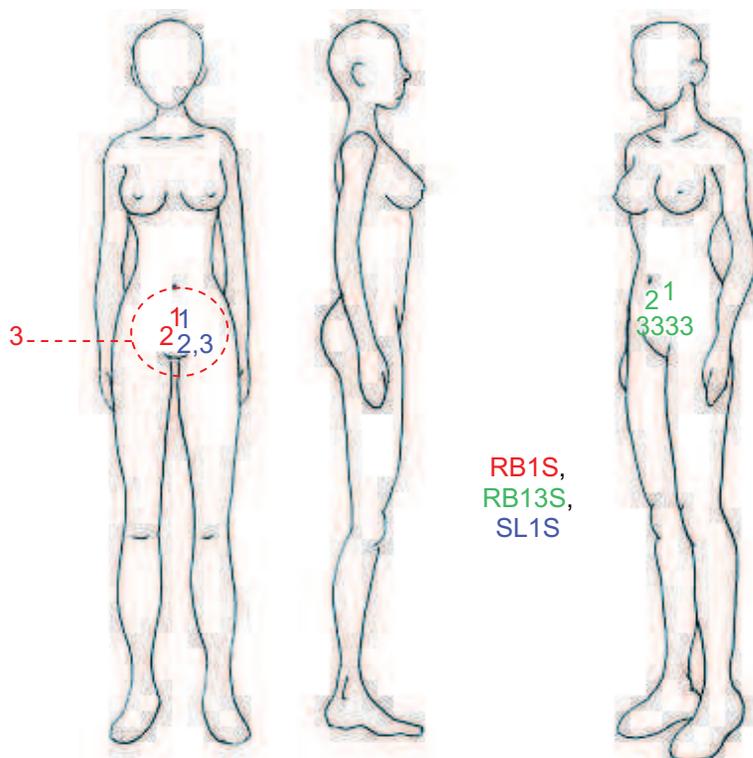


Fuente: Elaboración propia

2. Enfermeras auxiliares. Las tres enfermeras auxiliares, dos de Río Blanco y una de San Lorenzo, respondieron todas las preguntas. En el primer esquema de la silueta femenina, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. Ahí mismo ubicaron el cáncer de cérvix así como sus síntomas (ver Figura No. 28).

Figura No. 28

Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las enfermeras auxiliares



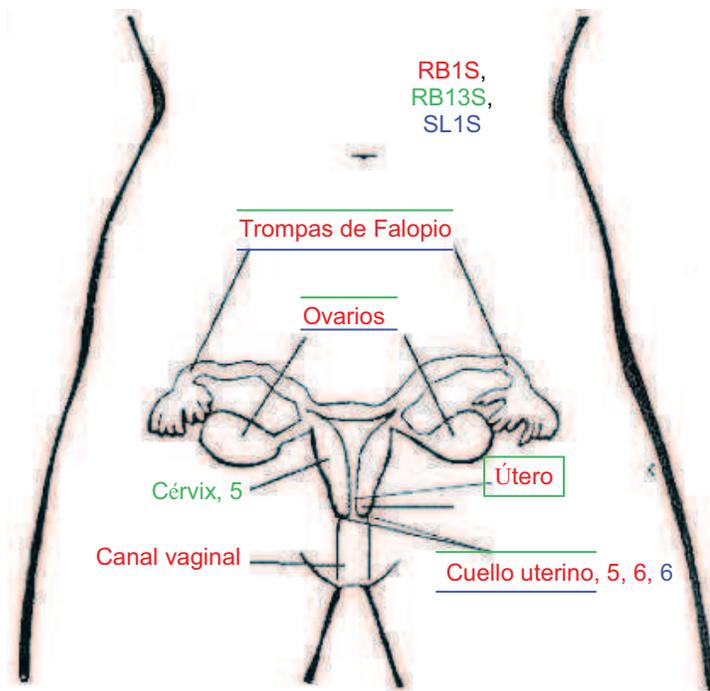
*En este esquema las respuestas de RB13S estaban en la primera silueta pero por falta de espacio se puso en la tercera.

Fuente: Elaboración propia

Las partes en el esquema del aparato reproductivo se marcaron de manera correcta, a excepción de la cervix en lugar de poner cuerpo del útero. En lugar de escribir de nuevo las mismas palabras, se hicieron marcas con los colores correspondientes o se encajó el texto de un color en otro color. El cáncer de cervix se ubicó en el cuello uterino, lo que una de ellas pensó era la cervix, y en la cervix. Los síntomas se marcaron en el útero, cuello uterino y en la cervix (ver Figura No. 29).

Figura No. 29

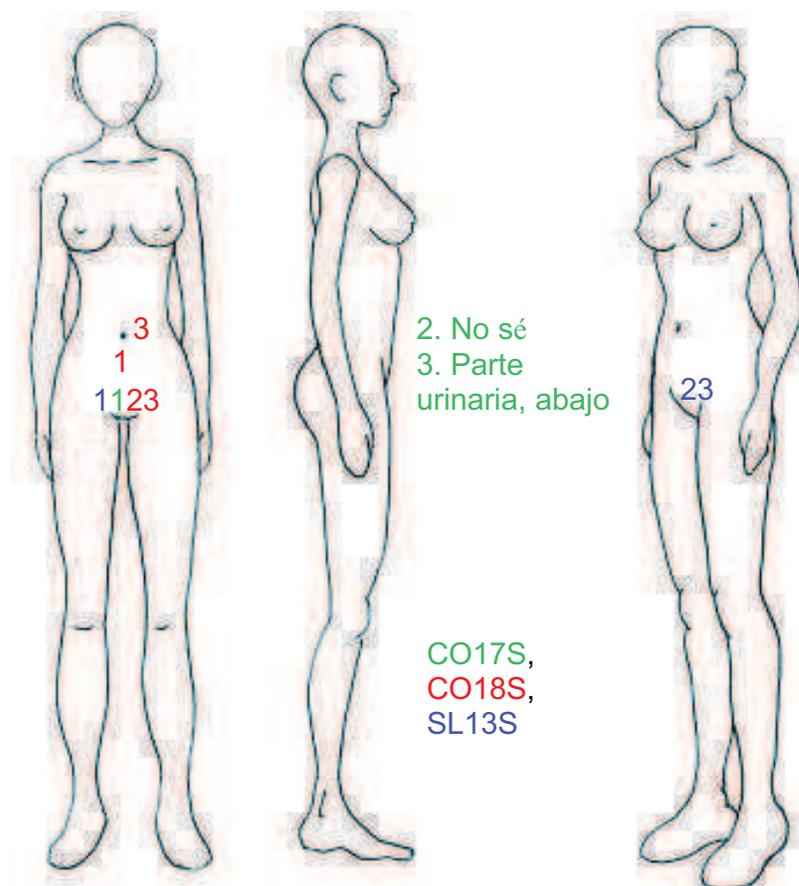
Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las enfermeras auxiliares



Fuente: Elaboración propia

3. Comadronas. Las tres comadronas, dos de Comitancillo y una de San Lorenzo, respondieron casi todas las preguntas. En el primer esquema de la silueta femenina, la mayoría ubicó el aparato reproductivo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. Ahí mismo ubicaron el cáncer de cérvix así como sus síntomas. Una no sabía dónde se da este cáncer y escribió que los síntomas se dan en la parte de urinaria de abajo (ver Figura No. 30).

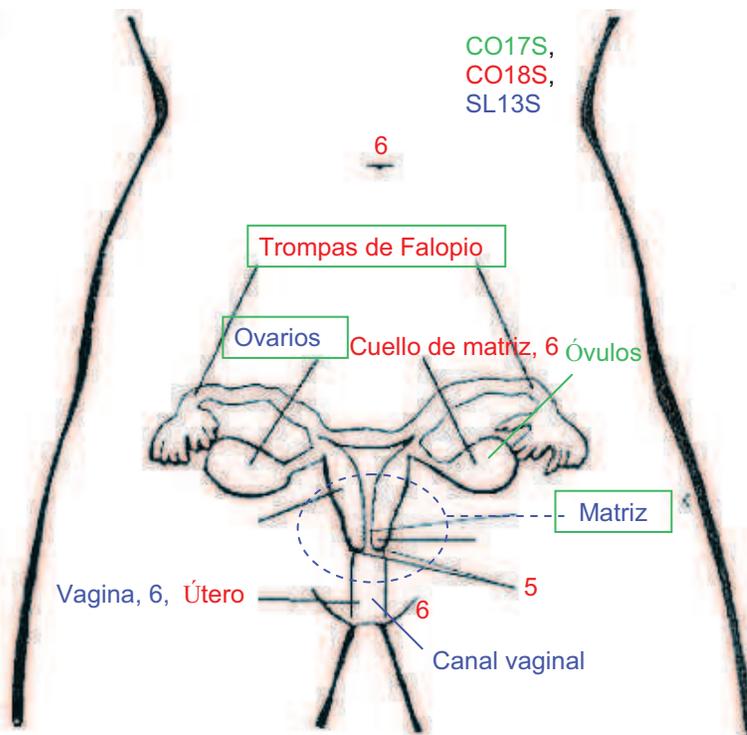
Figura No. 30
Esquema etnoanatómico 1: respuestas de las comadronas



Fuente: Elaboración propia

Las partes en el esquema del aparato reproductivo se marcaron varias de las partes correctamente: trompas de Falopio, ovarios, vagina y el canal vaginal. En los ovarios, también ubicaron el cuello se la matriz y los óvulos, y en la vagina, el útero. El cáncer de cérvix lo ubicaron en la matriz y sólo una comadrona no contestó. Los síntomas se marcaron en el útero o matriz, trompas y vagina (ver Figura No. 31).

Figura No. 31
Esquema etnoanatómico 2: respuestas de las comadronas

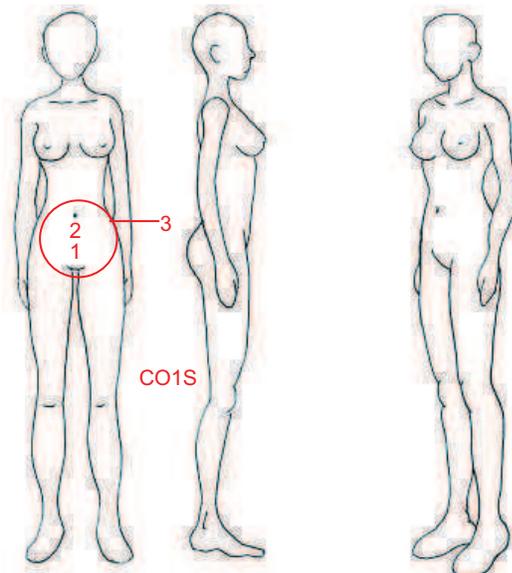


Fuente: Elaboración propia

4. Promotor de salud. El promotor de salud es de Comitancillo. Respondió todas las preguntas y en el primer esquema de la silueta femenina, marcó todo en el área debajo del ombligo y sobre lo que sería la matriz. En el esquema del aparato reproductivo detallado, ubicó el útero en una de las trompas de Falopio, el cáncer de cérvix en la cérvix y parte del útero, y los síntomas en todo el aparato en general (ver Figuras No. 32 y 33).

Figura No. 32

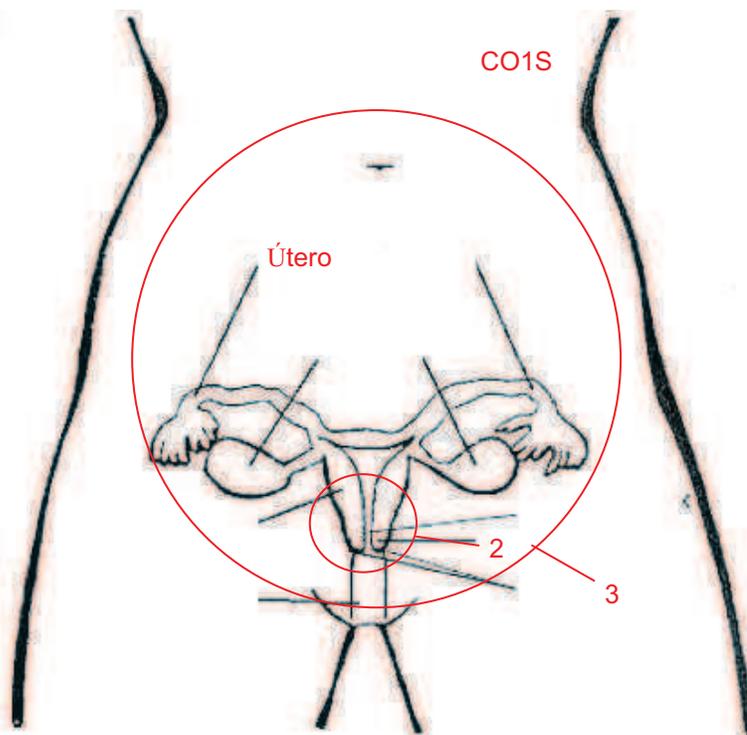
Esquema etnoanatómico 1: respuestas del promotor de salud



Fuente: Elaboración propia

Figura No. 33

Esquema etnoanatómico 2: respuestas del promotor de salud



Fuente: Elaboración propia

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Antes de continuar, es necesario mencionar algunas de las limitaciones de esta investigación. Para empezar, es un estudio cualitativo, que no se basó en una muestra estadísticamente representativa de la población de mujeres en los tres municipios de San Marcos. Se entrevistó a quince o dieciséis mujeres en cada municipio, y a tres miembros del personal de salud (tanto biomédico como local o popular). Por lo mismo, esta información no puede generalizarse y decirse que todas las mujeres indígenas y no indígenas de San Marcos o de Guatemala piensan así. Sin embargo, este estudio puede servir como base para hacer otros estudios más amplios, estadísticamente representativos, para diferentes poblaciones de mujeres indígenas y no indígenas en el país.

En segundo lugar, las mujeres reclutadas o escogidas para las entrevistas, estaban en los puestos o centros de atención permanente, en alguna actividad de salud, o cerca de los puestos y centros. Esto significa que son mujeres que se preocupan por su salud o por la de su familia, y que están participando de alguna manera. Sin embargo, sí se hicieron algunas entrevistas en casas particulares y con conocidas de otras mujeres.

Por último, este estudio se basó en las percepciones sociales y culturales en torno al cáncer de cérvix y los exámenes de revisión, así como las concepciones sobre el cuerpo femenino y las decisiones en torno a éste. Algunos de los conceptos, sino es que la mayoría, vienen de la biomedicina, por ejemplo “Papanicolaou” y “cérvix”. Casi todas las entrevistas se hicieron en español, y algunas de hicieron con la ayuda y traducción al Mam, así que el idioma pudo haber presentado barreras adicionales. Además, otros factores que juegan un papel importante en torno a la percepción del cáncer de cérvix que no se exploraron aquí.

A. Características demográficas

En algunos estudios sobre el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cérvix, se pudo ver que el riesgo de desarrollar cáncer es más alto para las

mujeres que viven en países en vías de desarrollo, por condiciones socio-económicas de pobreza y analfabetismo, <<ya que reducen el poder de las mujeres de negociar en temas sexuales>> (Ayinde *et al.*, 2004:76). En el caso específico de las mujeres entrevistadas en los tres municipios de San Marcos, viven en un país de desarrollo. Sólo esto, ya aumenta el riesgo a padecer cáncer de cérvix. Adicionalmente, según los datos presentados de manera general sobre el departamento y los municipios, hay altas probabilidades que viven en pobreza o extrema pobreza, más si son mujeres y sobre todo si son indígenas. Según la ENCOVI 2006, el 64.3% de las mujeres del departamento, y 78.1% de los indígenas viven en pobreza (INE, 2006). Entre las entrevistadas, 23 se auto identificaron como indígenas.

A esto, se le agrega que aunque el grado de escolaridad promedio fue 6to primaria, al menos 15 tienen un grado de escolaridad menor a 3ro primaria. En otros estudios, también se ha encontrado que el analfabetismo, y además los partos múltiples, influyen en el alto riesgo de padecer cáncer de cérvix, así como un estatus socioeconómico bajo (Ngoan y Yoshimura, 2001:203, 205). En cuanto a multiparidad, 19 de las 47 entrevistadas tienen más de 4 hijos vivos, y varias han tenido uno o varios abortos. Con todo lo anterior, puede decirse que según las características demográficas de las entrevistadas, tienen alto riesgo de desarrollar un cáncer de cérvix (ver Tabla No. 15).

B. Entrevistas con mujeres

1. Conocimiento sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou. Un nivel bajo de educación aumenta el riesgo de padecer cáncer de cérvix y el índice de mortalidad por esta causa (Ngoan y Yoshimura, 2001:205). Para las mujeres entrevistadas en los municipios de San Marcos, puede decirse que, nueve de quince de éstas con niveles bajos de educación (3º primaria o menos) tienen alguna idea sobre el cáncer. Sin embargo, La mayoría de las mujeres, aún con una formación a nivel de diversificado, no saben qué es el cáncer de cérvix. En contraste a lo anterior, la mayoría conocen sobre el Papanicolaou y 27 se lo han hecho al menos una vez (ver Tabla No. 20). De esto, podría deducirse que

algunas de las mujeres no relacionan el Papanicolaou con la prevención del cáncer de cérvix. Por ejemplo, esta mujer, explica, <<Yo sé que es recomendable que una mujer se lo haga media vez tenga hijos o tenga relaciones (aunque no tenga hijos), para ver si está bien la matriz, y para evitar infecciones>> (RB6M), pero no sabe nada del cáncer de cérvix.

En otro estudio similar, algunas de las entrevistadas conocen poco sobre el cáncer de cérvix, y no lo conectan al virus del papiloma humano (McMullin *et al.*, 2005:9). De manera similar, en San Marcos, sólo una lo mencionó, pero con poca claridad: <<No, sólo he escuchado que no se si es de sangre que dice que es para detectar papilomas, pero no se si estoy equivocada>> (RB3M). De hecho, las mujeres entrevistadas en los diferentes municipios realmente no hablaron a profundidad sobre el cáncer de cérvix cuando se les preguntó, sino que hablaron del cáncer en general o del cáncer de matriz o de mama. Aún las personas que dijeron conocer a alguien con esa enfermedad, lo referían más a la matriz y a la remoción de ésta por medio de una operación: <<No sé nada porque no me he enfermado de eso. Tengo una hermana enferma de cáncer, y le diagnosticaron que es cáncer en la matriz>> (CO3M). Esto se dio de manera similar en otro estudio, donde los autores explican que se da un patrón en la generalización del cáncer de cérvix a cualquier parte del sistema reproductivo de la mujer (McMullin *et al.*, 2005:9). Como se verá más adelante, esto se mostró aún en algunos de los esquemas etnoanatómicos.

En un estudio con emigrantes asiáticas en Canadá, se les preguntó que quiénes debían hacerse el Papanicolaou, para conocer quiénes están en más riesgo de padecer el cáncer de cérvix. Algunas dijeron que era más beneficioso para las mujeres mayores o post-menopáusicas, <<porque nuestros cuerpos cambian cuando llegamos a cierta edad>>. También había otras que dijeron que las mujeres fértiles y con la menstruación podían beneficiarse más, porque <<el sistema reproductivo sigue funcionando y existe la posibilidad de que haya un problema>> (Bottorff *et al.*, 2001:41). Entre las mujeres entrevistadas en San Marcos, 29 dijeron que las mujeres están en más riesgo de padecer este cáncer. Sin embargo entre éstas hubo algunas que no respondían y se les dieron las

opciones, <<entre hombres y mujeres>> y <<entre jóvenes y adultas o ancianas>>. Pudo verse que varias dijeron que las mujeres, porque hay cáncer de mama y de matriz: <<Las mujeres, porque nos da en la matriz y senos, y estamos más propensas que el hombre>> (RB6M). Aún con estas opciones, algunas mujeres dijeron que tanto hombres como mujeres estaban en riesgo, o no respondieron. Es decir que no todas tienen claro quiénes están en más riesgo de padecer este tipo de cáncer.

En varias de las entrevistas se mencionaron las infecciones, la falta de higiene y el flujo blanco y amarillo como razones por las cuales una mujer debe hacerse un Papanicolaou o llevar un control. Algunas de las mujeres se expresaron así:

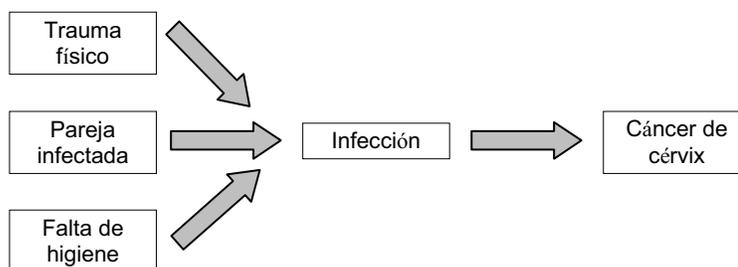
<<Las mujeres, nosotras. Si no nos cuidamos, si no estamos pendientes de nuestro control, con buena higiene y si planificamos el tratamiento que no nos cause daño>> (SL6M).

<<Sirve para ver si tiene flujo o infecciones, y es para llevar un control y que esto no afecte; no caigan más enfermedades>> (RB7M).

De manera similar, algunas latinas en Estados Unidos, relacionan las infecciones al cáncer de cérvix (McMullin et al., 2005:10, ver Figura No. 34). Sin embargo, cabe recalcar que en los municipios de San Marcos, esto no se relacionaba al cáncer de cérvix directamente, sino a la necesidad o explicación de porqué se hace un Papanicolaou. Estas respuestas salieron de la pregunta <<¿Sabe lo que es un examen de Papanicolaou? ¿Cómo lo describiría?>>. Una mujer sí mencionó las lesiones como fuente de infección y de cáncer, y contó <<Alguien que se golpee y no se cure luego. Un tío que se sacó una muela y no siguió la dieta que le dijeron, murió de cáncer. La lejía produce cáncer y también puede dar sobre un golpe>> (SL15M). Entre las respuestas, también salió a relucir que el Papanicolaou limpia la matriz, lo que de nuevo se relaciona a la higiene: <<Sí he escuchado del Papanicolaou. Lo hacen para examinar la matriz y la limpian>> (CO4M).

Figura No. 34

La infección como vínculo entre comportamiento y cáncer de cérvix



Fuente: McMullin *et al.*, 2005

Relacionado a esto de las infecciones, están los síntomas asociados al cáncer de cérvix. Como ya se mencionó anteriormente, este tipo de cáncer es asintomático hasta que ya está avanzado, y las lesiones precancerosas a veces causan sangrado irregular, pero no dolor necesariamente. Las infecciones, sí causan algún tipo de molestia o síntoma visible (el flujo blanco, amarillo o abundante que mencionaron varias de las mujeres), por lo que sí buscan atención médica. Sin embargo, muchas mencionaron que la razón por la que nunca se han hecho un Papanicolaou, aún conociendo sobre éste, es porque no se sienten enfermas y no les duele nada. Siete mujeres opinaron así y se incluyen algunas sus respuestas:

<<Sí me lo he hecho, hace tres años. Casi no me lo hago porque me siento bien, uno no lo hace hasta que se siente mal>> (RB9M).

<<No me he hecho uno, pero dicen que se lo tiene que hacer cada año a partir de los 18 años, creo que es. No se me ha ocurrido ir, como estoy bien (risas)>> (RB14M).

Por otro lado, fueron pocas las mujeres que se hacen el Papanicolaou porque saben que así puede detectarse una lesión precancerosa a tiempo. Sus razones van más en la línea de <<porque así lo recomienda la doctora>>. Por ejemplo, esta mujer dice que <<Me lo he hecho unas tres o cuatro veces antes del embarazo y me lo hago cada seis meses porque me lo han recomendado>> (RB11M). Hay hallazgos similares en el estudio con latinas en Estados Unidos,

donde las mujeres se habían hecho el examen como parte de el cuidado prenatal, planificación familiar y por orden médica (McMullin *et al.*, 2005:12). De hecho, algunas de las mujeres entrevistadas, dijeron que se enteraron del Papanicolaou, relacionado a la vacunación, y no como tema aparte. <<Sí me lo he hecho. El último fue el año pasado. Me lo hago cada año porque aquí hay un programa de vacunación en el que le dicen a uno que es cada año>> (CO13M).

La salud preventiva no es una prioridad para las mismas mujeres, sino que buscan atención médica cuando ya se sienten mal o enfermas. Adicionalmente, el acceso a salud en algunos lugares es limitado, y van a asistir cuando *realmente* es necesario. Muchas mujeres marginalizadas, estereotipadas, discriminadas, y con poco acceso a los servicios de salud, no buscan éste último más allá del cuidado básico. Antes de ir a hacerse un Papanicolaou por ejemplo, vienen otras prioridades como trabajar, conseguir alimentos y cuidar a los hijos (Bottorff *et al.*, 2001:44). Unas mujeres explican,

<<Nunca me lo he hecho porque no siento nada de enfermedad. Cuando sienta algo talvez me lo hago. Ahorita no>> (CO3M).

<<Porque ellas no saben dónde hay un lugar así cerca donde no les cobran nada. Piensan que es ir hasta San Marcos y eso implica gasto>> (CO6M).

<<Talvez porque no hay dinero. Y usted me dice que aquí es gratis, pero uno viene al centro de salud sólo cuando está enfermo>> (SL7M).

De las mujeres que sí se han hecho un Papanicolaou alguna vez en su vida, han tenido diferentes experiencias. Ocho de las diez que se lo hacen de manera esporádica, han sentido dolor o nervios, y éstas podrían ser una de las razones por las que no se hacen el examen más seguido. Aunque de las que se lo hacen de manera anual o semestral, seis han sentido esto e igual se hacen el Papanicolaou con frecuencia (ver Tabla No. 23). Por otro lado, es interesante comparar cómo algunas mujeres no se hacen el Papanicolaou por falta de dinero, pero cómo hay otras que viajan fuera del municipio, gastando en el pasaje y en el examen. Talvez tiene que ver con que la persona que les haga el examen no las conozca o por la falta de información de que el Papanicolaou se hace gratis en los puestos y CAP.

Algunas de las experiencias de las mujeres, se relacionan al acceso a salud y el conocimiento que tienen de los pasos a tomar con un Papanicolaou positivo. Algunas comentaron que los resultados tardan un mes en llegar, y a veces no llegan. Les toca regresar al siguiente mes, y muchas no lo hacen o se hacen el examen en un lugar donde sea más rápido, aunque les cobren. Aunque se pudo ver de manera muy superficial, otra deficiencia del sistema aparte del tiempo de entrega de resultados, es que aparte del Papanicolaou, los demás pasos o servicios relacionados al cáncer de cérvix no están disponibles y tienen costos altos. Esto se analizará más adelante, en las entrevistas del personal de salud. Además, la mayoría de las mujeres no están enteradas de qué significa un Papanicolaou positivo (21 de 47 mujeres), o están mal informadas (6 de 47 mujeres). Con respecto a los costos y dificultades después de un Papanicolaou positivo, una de las mujeres cuenta,

<<He escuchado que si uno no va a hacerse el examen de Papanicolaou, entonces uno no se da cuenta si uno tiene alguna enfermedad. Yo he tenido a mis siete hijos y con los seis había asistido a hacerme el Papanicolaou y con el séptimo, fui cuando él tenía seis meses. Me salió todo bien y ya cuando él tenía un año y seis fui otra vez y salieron unas manchas y me pidieron un ultrasonido. Ahí me salió una mancha que me está creciendo en la matriz. Entonces mejor me seguí sacando el examen. Me dijeron, "tiene que hacerse una operación" y estoy en los trámites, en APROFMAM y me va a costar Q5 mil. Ahorita estamos tratando la manera de ver qué hacer>> (CO15M).

2. Patriarcado y cáncer. Dentro de las mismas preguntas de introducción y demografía, se les preguntó a las mujeres dónde nacieron y su lugar de residencia, así como el tiempo de vivir ahí. Al cruzarse con la información de la cantidad de años de casada, dio a conocer que al menos 10 mujeres pueden haberse mudado porque se casaron. A algunas se les preguntó, y sí se mudaron a donde vivía su esposo (ver Tabla No. 16). La virilocalidad al casarse podría considerarse como parte del patriarcado, ya que a la mujer se le separa de su contexto y familia, y “se lleva” a la tierra del esposo, a dónde ahora

pertenece. Sin embargo, no hay suficientes datos sobre este aspecto, y se tendría que investigar más a fondo.

Siguiendo con el conocimiento respecto al cáncer de cérvix, se halló que la mayoría de mujeres, 40 mujeres (85%), no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, aún estando casadas o con hijos. De las 47 mujeres entrevistadas, 34 (72%) conocen algo acerca del examen de Papanicolaou. Sin embargo, como se explicó, con que las mujeres tuvieran un concepto básico del tema, se contaba como un sí. En otros estudios, los resultados han sido bastante diferentes. Ayinde *et al.* (2004) encontraron que en Nigeria, entre las mujeres jóvenes (de 16 a 36 años) de la Universidad de Ibadan que entrevistaron, el 90% de las mujeres conocían el cáncer, pero sólo el 71% conocía el cáncer de cérvix. Al comparar entre las mujeres casadas y solteras, el 94% conocían algo del cáncer de cérvix, comparado al 66% de solteras que lo conocían (Ayinde *et al.*, 2004:71).

Aún conociendo sobre el Papanicolaou, cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas (20) nunca se han hecho éste (ver Tabla No.18). Es decir que el conocimiento sobre un examen que se deben hacer como mujeres sexualmente activas y para cuidar su salud, es muy pobre, ya que muchas no se han hecho el examen o no se lo hacen con frecuencia.

Dentro de las razones que las mujeres dieron por las que “otras” no van a hacerse su chequeo, la falta de información se mencionó diez veces, y la falta de interés cuatro. Esto se relaciona a lo que se discutió anteriormente: hay poca información y ésta no es suficiente para que las mujeres decidan ir a hacerse el examen. Sin embargo, aquí intervienen otros factores, como el hecho de que les da vergüenza (mencionado 14 veces), que el esposo no las deja (4) y que no tienen dinero (8) (ver Tabla No. 29). Si nos detenemos por un momento en estas razones, al profundizar pueden salir a relucir relaciones de poder, machismo y patriarcado.

Una mujer que no es dueña de su cuerpo, o que no toma decisiones sobre éste, va a tener vergüenza de enseñarlo. Una mujer debe permanecer en la esfera privada (Kottak, 2002; Giddens, 2004) y el esposo predomina sobre su

esposa, y su cuerpo y sexualidad (Reguant, 2007), así como sobre su economía. A manera de reforzar lo anterior, algunas mujeres expresaron que siempre le deben pedir permiso o avisarles a sus esposos a dónde van. Unas mujeres dijeron,

<<Le pediría permiso al hombre porque tras el resultado, ¿de dónde saco el dinero para el tratamiento? Él cubre los gastos, si me dan una receta o una operación>> (CO3M).

<<Talvez a mi esposo, para que tenga conocimiento. A veces piensan mal y que esté enterado>> (SL3M).

<<Sí estoy de acuerdo. Aquí la mayoría van con sus esposos. Imagínese que el doctor diga que tiene problemas y tiene que tratarse con medicina, uno de mujer si tiene sueldo puede comprarlo si no uno tiene que pedirle al marido>> (CO15M).

En total, de las mujeres casadas, algunas deciden por sí mismas (16) y otras le piden permiso a sus esposos (18) (ver Tabla No. 28). Aquí es importante mencionar que algunas mujeres mencionaron que ellas deciden o que son “su propia jefa”, o que hay parejas en las que la comunicación es importante. Es decir que sí hay espacio para el empoderamiento femenino, y la educación sobre la importancia de su salud sexual.

<<No por que yo soy dueña de mi voluntad. Yo me hago el examen yo me lo hago propio, el hombre no es responsable de uno>> (RB8M).

<<La verdad es que cada quién vive la vida con su pareja de forma diferente. Yo le digo a mi esposo, y es de bien para mí y para él, porque si me enfermo él es el que va a gastar. Otras señoras talvez tienen esposos celosos que piensan saber qué va a hacer, y les mienten sobre el Papanicolaou>> (RB18M).

A esto se le añaden las preferencias de las mujeres, sobre el sexo de la persona que les va a hacer el Papanicolaou. De las que nunca se han hecho el Papanicolaou, 14 preferirían ir con una mujer, en contraste con 5 a las que les daría lo mismo. De las que se lo han hecho al menos una vez, 7 de 12 preferirían ir con una mujer. Sin embargo, las que se lo hacen de forma anual o semestral, a 10 les da lo mismo, mientras que 6 preferirían ir con una mujer.

Estos resultados son similares a otro estudio en donde las mujeres parecían firmes en no querer ser examinadas internamente por hombres (Bottorff *et al.*, 2001:38). Además, las mujeres que tenían algo de conocimiento sobre el Papanicolaou mostraron inclinación por prestadoras de salud, por la confianza y comodidad, y porque podían explicarles el procedimiento completamente (Bottorff *et al.*, 2001:39). Sin embargo, para algunas mujeres, el personal médico se compone de “expertos”, y por lo tanto saben lo que están haciendo al hacer el Papanicolaou, asegurando así la certeza de los resultados (Bottorff *et al.*, 2001:42). Algunas de las mujeres en San Marcos, no tienen preferencia por un doctor o doctora para que les haga el examen, porque ellos saben lo que están haciendo. En un estudio futuro, se podría indagar sobre la preferencia de que sean atendidas por alguien que hable su idioma o pertenezca al mismo grupo étnico.

En un estudio sobre los factores socioeconómicos y cómo se relacionan con el grado de avance del cáncer de cérvix, mostró que era más probable detectar etapas avanzadas de cáncer en pacientes viudas o divorciadas y con niveles menores de educación. De acuerdo a los autores, esto se da porque sin el apoyo de la familia, las mujeres no buscan tratamiento, y porque los bajos niveles educativos no dan las suficientes herramientas para que las mujeres conozcan los peligros o síntomas a los que deben prestar atención. En Estados Unidos por ejemplo, es menos probable que las personas con menos formación académica, busquen atención médica preventiva, como hacerse el Papanicolaou regularmente (Kaku *et al.*, 2008:592). Esto se menciona de nuevo por dos razones: las mujeres tienen menos escolaridad que los hombres, y no buscan atención médica a menos que lo recomiende o lo *permita*, su esposo. En los datos sobre el Índice de educación en cada municipio, se vieron índices entre 0.478 a 0.663 en 2002 (PNUD, 2005), y que las mujeres alfabetas se localizan sobre todo en el área urbana.

Aunque fueron pocas las mujeres que respondieron que algunas personas relacionan el Papanicolaou a mujeres de mala reputación, sí hubo comentarios relacionados al tema (ver Tabla No. 30). Algunas mencionaron

comportamientos inmorales, y aún abortos. De manera similar Martínez *et al.* (1997) hallaron que el conocimiento de las latinas en Estados Unidos sobre los factores de riesgo de cáncer de cérvix estaba ligado a aspectos morales como mujeres que se comportan de forma inmoral, teniendo múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales durante la menstruación y abortos (McMullin *et al.*, 2005:5). De nuevo, entre el control sobre el cuerpo de la mujer, y el hecho de que el patriarcado no está escrito, pero sí inscrito en la sociedad a diferentes niveles (Sau, 2006). Las respuestas de algunas de mujeres de Río Blanco que se presentan a continuación, muestran esto.

<<Si lo he escuchado, pero no estoy de acuerdo, porque no es así. Si uno se hace el control es para estar sana y no sólo necesariamente una persona que anda con muchos; cualquiera necesita el control. Sí he escuchado que dicen, "esa anda con cualquiera, saber qué hace">> (RB3M).

<<Ah sí, dicen mucho eso de que debe estar con muchos hombres, pero no es eso>> (RB5M).

<<Sí lo he escuchado, de los esposos más que nada, y más si es doctor; que ellos tienen algún interés. Hay hombres que no dejan a sus esposas hacerse el examen>> (RB9M).

<<Sí hay gente que dice eso, dicen que saber qué vida lleva más que todo dan a entender que las mujeres son como prostitutas>> (RB11M).

<<Yo sí he escuchado que vinieron al puesto de salud a hacer el Papanicolaou y habían señoritas, y estaban diciendo que ellas fueron porque talvez habían abortado>> (RB17M).

3. Cultura, contexto y cáncer. Sobre el conocimiento acerca del cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou, hay una gran diferencia entre las mujeres indígenas y las no indígenas. La mayoría de mujeres tienen conocimiento sobre el cáncer, como ya se mencionó anteriormente, pero sólo 15 indígenas conocen sobre esto, en comparación a 21 no indígenas. De las entrevistadas, 23 mujeres indígenas (96%) no conocen nada sobre el cáncer de cérvix, y 16 no indígenas (70%) tampoco. La mitad de las mujeres indígenas no saben qué es un Papanicolaou o no supieron explicar algo sobre el tema, y 15 (63%) nunca se han realizado este examen. Adicionalmente, 5 se lo hacen esporádicamente, y sólo 4 se realizan el Papanicolaou anualmente. En contraste, 22 de las 23 (96%) no indígenas saben qué es un Papanicolaou. Sin embargo, sólo 12 mujeres no

indígenas se hacen el Papanicolaou dentro del tiempo aconsejable, 5 nunca se lo han hecho y 6 se lo hacen esporádicamente (ver Tabla No. 19).

Dentro de los resultados hallados por Bottorff *et al.* (2001) algunas de las mujeres (las asiáticas-sureñas) no se referían al cáncer de cérvix como tal, sino como una “enfermedad” o “dolencia”. Tenían además una variedad de creencias sobre el valor del Papanicolaou y quiénes debían hacérselo. Algunas mujeres consideraban que el Papanicolaou era beneficioso, como forma de mantenerse saludable y evitar contagiar a los demás miembros de la familia con alguna enfermedad (Bottorff *et al.*, 2001:38). Entre las mujeres de los tres municipios visitados, también se dan creencias similares. Esto, probablemente tiene está relacionado al contexto, así como a la cultura, ya que tanto indígenas como no indígenas no se referían al cáncer de cérvix en específico, sino al cáncer en general. Esto ya se mencionó y se vio en algunos de los esquemas. Una mujer dijo que <<es parte de nuestra salud que tenemos que cuidar las mujeres, para que no nos afecte la matriz>> (CO13M), al hablar sobre el Papanicolaou. Otra habla del beneficio de hacérselo: <<Las mujeres, nosotras. Si no nos cuidamos, si no estamos pendientes de nuestro control, con buena higiene y si planificamos el tratamiento que no nos cause daño>> (SL14M).

Dentro de los temas principales hallados por McMullin *et al.* (2005), sobre las creencias de las mujeres que entrevistaron, se resumen en los siguientes puntos: a) las mujeres que entrevistaron tenían un conocimiento limitado del cáncer de cérvix, b) creían que este cáncer es causado por comportamientos sexuales que causan infecciones, c) creían que no necesitaban hacerse un Papanicolaou sin tener síntomas, d) y que las mujeres con comportamientos sexuales poco sabios necesitan más un Papanicolaou (McMullin *et al.*, 2005:8, 12). De manera similar, como ya se vio anteriormente, entre los resultados encontrados en la investigación realizada en los tres municipios de San Marcos, las mujeres relacionaron el cáncer de cérvix a las infecciones y a la falta de higiene, y tampoco creían pertinente hacerse el examen porque “ahorita se sienten bien”. Ahora, el conocimiento general sobre cáncer de cérvix es casi nulo, y el comportamiento sexual “inadecuado” no salió en casi ninguna de las

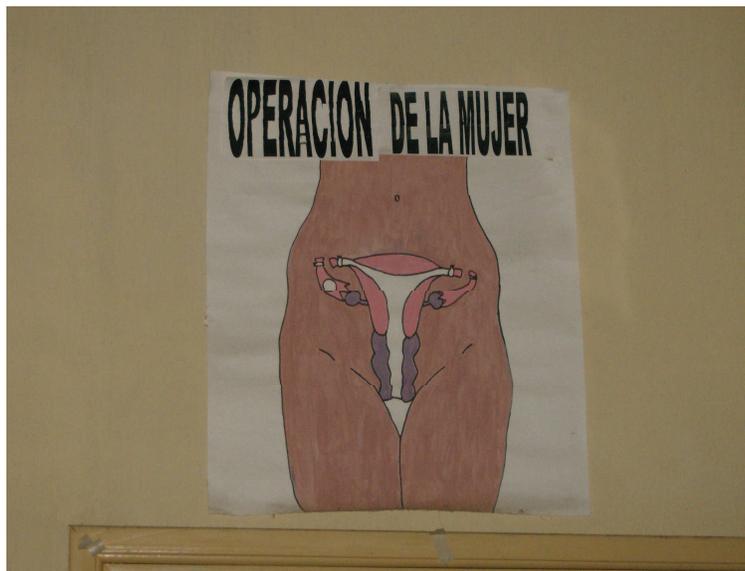
entrevistas, a excepción de las que mencionaron cosas como los abortos y “saber con cuántos andan”.

Con respecto a creencias y cultura, se les preguntó a las mujeres si creían que Dios da enfermedades como el cáncer. La mayoría no está de acuerdo con esto (41 de las 47 mujeres). En este caso, dieron varias razones, sobre la bondad de Dios, de lo impredecibles que son las enfermedades y lo descuidadas que son las personas. Esta fue una de las preguntas en las que la mayoría de mujeres, solteras y casadas, indígenas y no indígenas, estaban de acuerdo. La religión y la espiritualidad es un tema a abordar con más profundidad, pero puede decirse que es un aspecto muy importante en la vida de estas mujeres.

A manera de conocer las formas en que la mayoría de las personas podrían aprender sobre temas como el cáncer de cérvix y el Papanicolaou, se les preguntó a las mujeres qué medios propondrían ellas. En primer lugar, salió la charla o plática, con 35 menciones. Esta es una de las formas con las que están familiarizadas las mujeres, ya que se dan las charlas sobre salud en los centros y puestos, y es una de las formas a nivel comunitario, de hablar sobre algunos temas. La televisión y radio fueron las otras dos opciones más populares. También se mencionaron medios escritos. Sin embargo, en otros lugares, aunque se ha hecho publicidad a través de afiches, pósters y tarjetas de información respecto al cáncer de cérvix y la importancia del Papanicolaou, el efecto no es tan grande como el de los consejos y la promoción por parte de las mismas mujeres. Entre las mujeres de San Marcos, esta opción se mencionó sólo una vez. Cuando un grupo de mujeres pueden compartir sus experiencias sobre el examen de Papanicolaou, más mujeres llegan a hacerse su revisión (Bottorff *et al.*, 2001:45). Además, no todo el material escrito es tan llamativo o tan eficiente para informar (ver Figuras No. 35 y 36).

Figura No. 35

Operación de la mujer: cartel en CAP de San Lorenzo



Fuente: Fotografía propia

Figura No. 36

Planificación familiar: cartel en puesto de salud de Río Blanco



Fuente: Fotografía propia

De hecho, para la mayoría de mujeres, la información que dan los servicios de salud del municipio donde viven sobre Papanicolaou es insuficiente y no hay nada sobre cáncer de cérvix. Es importante pensar sobre las estrategias de educación sobre temas tan importantes como la sexualidad, y evaluar fortalezas y debilidades. Si se diera la charla, por ser la opción más propuesta, se tendrían que seguir las sugerencias de la mayoría: avocarse a los alcaldes auxiliares como autoridades locales, y que ellos se encarguen de citar a la gente o dar notas.

Un aspecto importante dentro de la cultura, es quiénes prestan salud o tratamientos y remedios. Esto no necesariamente excluye al sector biomédico, pero no siempre lo incluye. En el caso de las mujeres de los tres municipios de San Marcos, la mayoría ve en los centros de salud, hospitales y médicos, la única fuente de bienestar. De hecho, se mencionó ir a otras partes del departamento o del país, más que remedios caseros y naturistas.

C. Entrevistas con personal de salud

Al preguntar algunos de los datos básicos o demográficos del personal de salud, se obtuvieron respuestas interesantes. La edad promedio del personal de salud entrevistado es de 38 años y medio, similar a la edad promedio de las mujeres entrevistadas, así que puede haber un grado de comprensión entre los dos grupos, por las edades representadas. Las comadronas y el promotor de salud tienen un nivel educativo de 6to primaria, que es el nivel educativo promedio de las mujeres también. Al igual que la población de 47 mujeres, casi la mitad del personal de salud entrevistado habla español y la otra mitad, Mam y español. Esto también puede aumentar el grado de comprensión entre personal de salud y “paciente”. Sin embargo, cabe resaltar que tres de los cuatro que hablan Mam, están más en las comunidades y no en el casco urbano o en el centro de salud necesariamente. Aproximadamente la mitad del personal de salud vive donde nació, y casi todos viven donde trabajan, así que esto les da un nivel de comprensión y familiarización sobre el contexto cultural y social, así como político y económico (ver Tabla No. 17).

1. Conocimiento sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou. Más allá de medir el grado de conocimiento del personal de salud, se quería explorar también la relación prestador de salud-paciente, ya que éste es aún otro aspecto que influye sobre la realización de un Papanicolaou. Por otro lado, también se pidió su información como expertos o informantes claves en temas de salud.

Los nueve entrevistados tenían al menos una idea sobre el cáncer, más no sobre el cáncer de cérvix. Esto es importante de mencionar, ya que la gente los ve como expertos hasta cierto punto, y pueden ser éstos los que den información sobre el cáncer de cérvix o el Papanicolaou, o aún presten el servicio. De hecho, en algunos lugares donde la población atendida por un médico es excesiva, las enfermeras y comadronas pueden ser una fuente de apoyo, sobre todo al hacer el Papanicolaou (Bunnag, *et al.*, 2005:291). En el caso particular de las enfermeras y comadronas entrevistadas, sólo dos enfermeras auxiliares le han realizado este examen a una o varias mujeres. Las comadronas se expresaron diciendo que no cuentan con el equipo ni con el conocimiento para hacerlo. Una de ellas dijo, <<Yo diría que una comadrona no podría atender a una persona. No tenemos los aparatos para ver qué está pasando. Yo como comadrona podría hacerlo si tuviera aparatos y experiencia>> (CO17S).

Regresando al conocimiento sobre el cáncer de cérvix y Papanicolaou específicamente, todos tenían un conocimiento básico sobre el examen y de cómo explicarlo. Sin embargo, no todas las entrevistadas hacen lo que predicán. Aún con el conocimiento y formación en salud, no todas se lo han hecho o se lo hacen con la frecuencia debida, pero sí lo aconsejan. Por ejemplo, dos de las comadronas dijeron,

<<Me lo he hecho dos veces. El último me lo hice hace tres años. No me lo hago con más frecuencia porque como no da tiempo. Sí se lo he recomendado a las señoras, porque trae beneficios para uno de mujer para ver si no hay infecciones u otras enfermedades; yo les cuento qué es lo que hacen y qué aparatos utilizan>> (CO18S).

<<Yo se lo he dicho a las mujeres, que es anual, en especial en el área urbana hay mucho sucio y muchos bebés. Creo que no van porque no le ponen importancia, no le ponen coco>> (SL13S).

Sin embargo, ésta última, nunca se ha hecho un Papanicolaou porque no ha sentido ninguno de los síntomas que le han explicado. En este punto, es importante enfatizar que el personal de salud debe informarse bien sobre estos temas, no sólo para informar a otras mujeres, sino por su propia salud también. Además, teniendo cierto nivel de autoridad a nivel local, servir de ejemplo o “testimonio” para otras mujeres.

Las experiencias que han tenido como mujeres, no se diferencian mucho de las mujeres que son o podrían ser sus pacientes. Se sienten incómodas, les da vergüenza y tratan de encontrar a alguien de confianza, mejor si es mujer, para hacerse el examen. Estas experiencias, las familiarizan con el contexto y les dan herramientas para hablarles a sus pacientes. Algunas de ellas también han tenido dificultades, como se menciona a continuación.

<<Sí me lo he hecho, tres veces. El último me lo hice hace tres años. Ya no me lo hago porque me dijeron que padecía de flujo blanco pero no me dijeron qué tenía. Como he escuchado que eso puede ser cáncer me lo iba a hacer seguido, pero no me dijeron qué tenía, y eso fue lo que a mí no me gustó. Porque me hubieran dicho, “usted señora tiene tal problema”, yo pensé que por lo regalado, dos veces yo me lo hice gratis, por que nosotros colaboramos con CODES y me aconsejaron que me lo hiciera con APROFAM pero no hubo resultado. La siguiente vez sólo me dijeron que tenía una infección severa pero no me dijeron qué tomar. Después sólo me dijeron que fuera a sacar una endoscopia en Xela, en APROFAM y sale en Q700. Yo no tengo dinero para eso, mejor me esperé y cuando hubo una campaña de los gringos pagué Q30. Yo en mi matriz tocaba una bola, y yo dije ya tengo cáncer; mejor fui con un naturista y él dijo que tomara unas pastillas y me dio la caja que decía para ovarios, esas pastillas son uña de gato y se me quitó el dolor>> (CO17S).

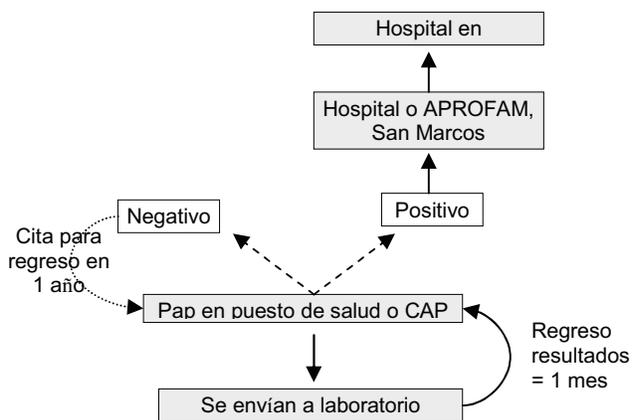
En cuanto a los exámenes de Papanicolaou que le han hecho a otras mujeres, también las historias reflejan parte de lo que las mujeres entrevistadas mencionaron. Las doctoras dijeron que a muchas les da vergüenza mostrarse, en especial a las mujeres indígenas. Por lo mismo, se toman su tiempo en

explicarles en qué consiste el examen y en darle tiempo a la mujer para que se levante la falda o el corte. Muchas de las mujeres a quienes les han realizado el Papanicolaou, no saben en qué consiste éste, y si ven algún síntoma de peligro, sobre todo flujo, lo recomiendan.

Con respecto al significado de un Papanicolaou positivo, pocos respondieron directamente qué significa. La mayoría respondió que referirían a la paciente con un médico, o seguirían las direcciones de uno, y mandarían a la paciente al hospital. Otras sin embargo, mencionaron que le explicarían que el examen no salió normal, y que se necesitan más exámenes. El hecho de enviar a las pacientes a otros lugares para que se hagan más exámenes y les expliquen qué significa el examen, hace del proceso menos eficiente. <<Los Papanicolaou convincentes requieren el mínimo de proveedores bien entrenados, suficiente equipo y suministros, un laboratorio citológico fiable, exactitud del informe del Papanicolaou, comunicación oportuna de los resultados, y un sistema efectivo de referencia>> (Bunnag, *et al.*, 2005:286). Además, los componentes básicos de un proceso de exámenes de cáncer de cérvix, son menos tiempo para recibir los resultados, un proceso de notificación eficiente, y recomendaciones claras (Bunnag, *et al.*, 2005:291). Sin embargo, tanto en el puesto de salud, como en los CAP, el procedimiento es el siguiente: se hace el Papanicolaou, se envía a laboratorio, los resultados llegan en un mes la mayoría de las veces; si es positivo, se refiere a un médico, al hospital o a APROFAM, y éstos eventualmente refieren casos muy complicados a Guatemala; si es negativo, se cita a la señora para que regrese en seis meses o en un año (ver Figura No. 37).

Figura No. 37

Proceso de examen de Papanicolaou en puesto de salud de Río Blanco y CAPs de San Lorenzo y Comitancillo



Fuente: Elaboración propia

Parte de lo que Bottorff *et al.* (2001) presentaron entre sus resultados, fue que algunos de los médicos y demás personal de salud evitaban si quiera mencionar el Papanicolaou, para respetar la comodidad y modestia de las pacientes. Otros preferían no referir a sus pacientes para que se hicieran un Papanicolaou, por miedo a que la paciente se fuera con otro médico (Bottorff *et al.*, 2001:38). Aunque esto no salió en las nueve entrevistas realizadas con el personal de salud, sería importante investigar este tema más a fondo.

2. Patriarcado y cáncer. Al personal médico se les pidió que dieran su opinión con respecto a porqué las mujeres no van a hacerse su revisión periódica. Al comparar las respuestas más comunes del personal de salud con las de las mujeres, se puede ver que no hay tanta diferencia. La razón principal es la vergüenza, y le siguen la falta de información y el miedo a que les duela. La coincidencia en estos aspectos, muestra que el personal de salud está bastante familiarizado con las razones, y que puede enfocar la información o educación en estos aspectos específicos. Si además se les capacitara en cómo

lidar con temas de género y patriarcado, talvez los problemas relacionados a estos aspectos irían disminuyendo paulatinamente.

Tabla No. 40

Principales razones por las que mujeres no se hacen el Papanicolaou: opinión de personal de salud y mujeres entrevistadas

Personal de salud	Mujeres
Les da vergüenza (6)	Les da vergüenza (14)
Falta de información (3)	Falta de información (10)
Les da miedo a que les duela (2)	Les da miedo a que les duela (11)
Falta de interés o negligencia (2)	Falta de interés o negligencia (4)
Es mejor no saber que tiene algo malo (2)	Es mejor no saber que tiene algo malo (3)
Incomodidad (2)	Porque se sienten bien (9)
No saben español (1)	Falta de dinero (8)

Fuente: Elaboración propia

De la misma manera, se les pidió su opinión con respecto a qué tanto afecta que la persona a realizar el Papanicolaou sea hombre o mujer. Coincidieron con las respuestas de algunas de las mujeres entrevistadas, con que éstas prefieren que una mujer les haga el examen, por lo mismo de la vergüenza. El promotor de salud explicó, <<Para mí en la comunidad, pues la gente ha comentado que sería mejor con una doctora que con un doctor. Cuando miran que es doctor no se animan>> (CO1S). Las mujeres del personal de salud, en su mayoría, prefieren hacerse el Papanicolaou con una mujer, así que comprenden a sus pacientes en este sentido.

Con respecto a las mujeres de mala reputación, ninguno estuvo de acuerdo, y no todos han escuchado algo similar. De hecho, el promotor de salud corrigió, diciendo, <<Lo que la gente piensa es por vergüenza y que en el resultado salga que está enferma, y otros lo oyen y le bajan la moral>> (CO1S). Al igual que en las entrevistas de las mujeres, fueron pocos los casos, en que se

han oído cosas similares. Sin embargo, el sesgo existe y debería poderse detener, o mejor aún, informar bien a la población.

Al contrastar las creencias sobre el hecho de que una mujer sólo puede hacerse el Papanicolaou con el permiso de su esposo, varios coincidieron en que no están de acuerdo pero que sí se da en las comunidades y entre sus pacientes. Una de las doctoras comentó que, <<Eso sí lo he escuchado, es regular. No estoy de acuerdo porque cada quién tiene la responsabilidad de sentirse mejor. Pero entiendo que la mujer vive en un régimen machista y no tiene educación, y es económicamente dependiente. Se está trabajando fuertemente en esos aspectos>> (SL2S).

3. Cultura, contexto y cáncer. Dentro de los aspectos culturales o sociales, hay una diferencia en la atención que puede prestar una persona que habla el idioma materno del paciente o enfermo. En el CAP de San Lorenzo, llegan varias mujeres indígenas, casi monolingües. Se pudo ver cómo una de las enfermeras auxiliares que es Mam, les explica con paciencia sobre las medicinas y las cantidades, y las señoras preguntan sin pena, en Mam. Se notó una relación de más confianza. Y esto era sólo para la entrega de los medicamentos. Para un procedimiento como el Papanicolaou, ¡cuánto más se necesitaría establecer una relación de confianza con el prestador de salud, y preguntarle dudas en el idioma materno! Como ya se mencionó antes, el ser un país en vías de desarrollo aumenta el riesgo de que las mujeres padezcan un cáncer de cérvix, y este riesgo podría disminuirse si se les educa en su idioma. Algo similar se plantea, en otro estudio, en el que los resultados que presentaron, las mujeres dijeron explícitamente que preferían proveedoras de salud que fueran de su misma identidad étnica, pues ellas comprendían sus preocupaciones, por el idioma y conocimiento cultural compartido (Bottorff *et al.*, 2001:39). Sin embargo, el mismo personal médico opinó que aunque algunas de ellas hablen el idioma de sus pacientes o tengan la misma identidad étnica, sus valores y estilos de vida a veces difieren de los de sus pacientes (Bottorff *et al.*, 2001:46).

Al comparar los valores y creencias respecto a si Dios da o no el cáncer como castigo, ninguno está de acuerdo. Varias de sus respuestas coincidieron a las de las mujeres, de que Dios no castiga, que es uno el que no se cuida y que a veces uno trae la enfermedad.

<<Saber, no sabría decir si es castigo. A cada persona que le da cáncer, le puede dar a uno que no se cuida, o cualquier cáncer que penetre por una herida o golpe. El cáncer se viene cuando uno de mujer no se cuida, es por golpes>> (CO17S).

<<No estoy de acuerdo. Dios no tiene la culpa. A veces uno de ser humano se expone. Por ejemplo con el cáncer de piel, es por exponerse mucho al sol. No he escuchado que la gente piense eso>> (SL1S).

Otro punto importante a mencionar es que hubo tanto coincidencias y diferencias con respecto a si la información sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou es suficiente o no. Algunos dijeron que sí se brinda suficiente información sobre el Papanicolaou y sobre el cáncer de cérvix, aunque al inicio no pudieron responder en qué consistía éste último. Además, hay dificultades para informar a las personas, pues hay gente que no llega a recibir las charlas o viven lejos. Una de las enfermeras dijo, <<Se dan charlas, pláticas, aquí. Ahora, los lugares que quedan lejos no tienen información. Nunca visitan al médico o puesto de salud. Siempre se les da una charla o capacitación. Sí hay suficiente información sobre este cáncer>> (SL1S). Otros, dijeron que no hay información y que nunca va a ser suficiente, porque se tiene que capacitar a las niñas cuando crezcan. Aquí entra entonces, un punto importante: la continuidad de la educación, así como la participación de cada vez más personas educando, para que la carga no sea sólo del personal de salud.

En relación al tema anterior, el personal médico también coincidió en que la mejor forma de educar sobre el tema es a través de charlas o pláticas, siempre coordinando con las autoridades locales. También se mencionaron medios audiovisuales, y escritos. Siendo sugerencias de las mujeres, así como del personal de salud, es un punto fuerte para tomarse en cuenta para proyectos futuros sobre educación sobre cáncer de cérvix y Papanicolaou. Estas opciones

podrían estudiarse más a fondo a nivel comunitario, y con diferente población, incluyendo a hombres.

D. Muerte por cáncer de cérvix: experiencia cercana

1. Conocimiento sobre cáncer, cáncer de cérvix y Papanicolaou. En la entrevista del esposo que perdió a su esposa por un cáncer de cérvix, se pudo ver que no conocía mucho sobre el tema antes de que lo viviera de manera tan cercana. Mucho del conocimiento que hoy posee respecto al cáncer de cérvix se basa en esta experiencia, y en lo que el doctor le explicó sobre el cáncer.

<<Esos son los síntomas y es cierto lo que él me decía, que hasta fiebre da. Yo me daba cuenta que cuando a mi difunta esposa le daba ese dolor, le daba fiebre, pero fuerte, como que quién se acerca a estar con ella. Entonces son síntomas que el doctor me dijo, el doctor J>> (don V, 2009).

Sin embargo, no sabía qué era el Papanicolaou, o porqué es importante que su esposa actual se lo haga seguido. Al explicarle esto al final de la entrevista, hizo gestos y comunicó que hubiera sido bueno saberlo antes, y que si hicieron todo lo posible por salvarla.

En este caso, se pudo ver claramente el proceso de un examen de Papanicolaou positivo, como ya se discutió antes (ver Figura No. 37), y la importancia que tienen los hospitales y otros lugares en San Marcos, Xela y Guatemala. Esto también puede verse en las visualizaciones de las palabras más importantes o repetidas en la entrevista (ver Figuras No. 16 y 17).

2. Patriarcado y cáncer. Sólo en esta entrevista, puede verse el papel que juegan la mujer y el hombre. Este no es el caso siempre, pero ejemplifica lo que ya se discutió con anterioridad. El esposo acompañó a su esposa en todo momento, y él era el que tenía acceso a la información sobre la enfermedad de su esposa. El doctor, le aconsejó no decirle que era cáncer, y también el doctor, estaba a cargo de su madre. Por otro lado, el esposo era el que tenía que pagar

las cuentas. Aunque ella trabajaba, no se mencionó “su sueldo”, en ningún momento.

3. Cultura, contexto y cáncer. Entre los temas similares a las entrevistas anteriores, se pueden mencionar algunos de los síntomas, como el flujo amarillo y el dolor. También, de suma importancia, el pensar que Dios manda o destina enfermedades como esta.

F. Esquemas entonatómicos

Además de los esquemas y los resultados ya presentados, se discutirán algunos aspectos interesantes. Como ya se mencionó antes, el cáncer de cérvix tiende a ser generalizado a cualquier parte del sistema reproductivo de la mujer (McMullin *et al.*, 2005:9). También se mostró esto con algunas de las frases de las mujeres. Un ejemplo claro de esto, es el esquema de las siluetas femeninas de las mujeres casadas no indígenas (ver Figura No. 20), en el que los números 3, que indican los síntomas del cáncer de cérvix, están esparcidos en los pechos, cadera, ovarios, cintura y piernas. Una de las entrevistadas mencionó, <<Pues como le digo que los síntomas se sienten de diferentes lugares. Hay dolores en la matriz, en el cuello, en los ovarios (risas)>> (RB2M).

Muchas de las entrevistadas, aún del personal de salud, se reían al escribir sobre los esquemas, un poco nerviosas por no acertar en las respuestas y en otras ocasiones, al mencionar algunas partes del cuerpo. Esto se dio sobre todo con el segundo esquema, del aparato reproductivo femenino. En estudios futuros, se podría validar otro tipo de esquema, o investigar la forma en que los aparatos reproductivos se conciben desde diferentes cosmovisiones o culturas.

A pesar de las dificultades que pudieron haber presentado los esquemas, sobre todo el del aparato reproductivo, fueron una forma de abrir un espacio más participativo para las entrevistadas, así como para responder a sus preguntas y enseñar.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según las características demográficas de las entrevistadas, éstas tienen un alto riesgo de desarrollar un cáncer de cérvix. Además, no todas se han hecho un Papanicolaou o no se lo hacen con la frecuencia que deben. Hay aspectos culturales, sociales, religiosos, económicos y prácticos que influyen a la hora de ir a hacerse o no la revisión periódica. Sin embargo, dentro de lo que se pudo observar en las entrevistas realizadas, las razones principales están relacionadas al patriarcado. Para empezar, las mujeres son las menos educadas, y las que tienen menor acceso a salud. Muchas no saben qué es el Papanicolaou, para qué sirve o qué es el cáncer de cérvix. Además, las mujeres no deciden sobre su cuerpo o sexualidad, tienen que avisar a dónde van y para qué, y sienten vergüenza de mostrar su cuerpo, aunque sea a un miembro del personal médico, que sólo busca brindarle un servicio de salud. Por otro lado, son económicamente dependientes de sus esposos, y de necesitar atención médica más allá del Papanicolaou, son los esposos los que dan el dinero.

Sin embargo, sólo en estas entrevistas, se mostró que hay algunas mujeres que sí se hacen su revisión frecuente y llevan su control. Que son ellas las que toman las decisiones sobre su cuerpo, sobre todo, sobre su salud. Y que cada vez menos, aspectos como la religión o la moral, entran a confundir aspectos como qué es el Papanicolaou y para qué sirve. Es decir que hay esperanza de cambio, y de disminuir el riesgo de que las mujeres padezcan este tipo de cáncer. En este sentido, se podrían hacer más estudios sobre las razones que impiden u obstaculizan que una mujer se vaya a hacer un Papanicolaou, pero también qué aspectos facilitan estas decisiones.

Con todo lo anterior, puede concluirse que se necesitan más programas de educación sexual, y más programas de educación enfocados al Papanicolaou y cáncer de cérvix específicamente. Deben hacerse programas que tomen en cuenta las necesidades locales, así como las características contextuales. Por ejemplo, en San Marcos, se necesita personal de salud que sea bilingüe, o que su idioma materno sea Mam, para poder llegar a las mujeres que son Mam

también. También, enfoques que tomen en cuenta las sugerencias de las personas a quienes se planean dar algún tipo de material o educación. Sobre todo, deben plantearse y practicarse enfoques más participativos. Programas en los que los propios participantes, poco a poco, adquieran conocimiento y poder, para luego también enseñar a otros. Esto se relaciona directamente a los enfoques educativos que planteó Freire, en los que la educación dialógica juega un papel de empoderamiento y transformación de la persona en diferentes esferas de su vida. En este caso, al abrir la opción para que las mujeres se informen respecto al Papanicolaou y el cáncer de cérvix, se estaría tomando una posición política en torno al empoderamiento sexual de las mujeres.

Hay características específicas a cada lugar, y se deben tomar en cuenta para poder darle solución a este fenómeno del cáncer de cérvix. Por ejemplo, en su estudio, Kanato y Saranrittichai, concluyeron que se necesita prestar más atención a la educación sexual de los jóvenes, y no sólo enfatizar enfermedades como el SIDA o VIH sino, también la prevención del cáncer de cérvix (Kanato y Saranrittichai, 2006:152). Esto puede respaldarse al buscar los índices de mujeres jóvenes que padecen este tipo de cáncer o que están infectadas con algún tipo de virus del papiloma humano. Además, cada vez más hay jóvenes sexualmente activas y madres solteras. En un estudio entre universitarias de Nigeria, los autores concluyeron que la educación de la salud y la educación sexual pueden jugar un rol importante en aumentar la conciencia de la importancia del examen de Papanicolaou, así como disminuir la desinformación y percepciones negativas hacia éste. Estos temas deberían incluirse en el pensum de estudios, y usar herramientas como el Internet para informar a la población femenina (Ayinde *et al.*, 2004:77-78).

Es importante entender las creencias que las mujeres tienen sobre cómo se transmite el cáncer de cérvix, y a la vez, cómo esto influye sobre el uso del Papanicolaou para desarrollar programas culturalmente sensibles para aumentar los índices de Papanicolaou (McMullin *et al.*, 2005:5). En el caso de San Marcos, se tendrían que hacer estudios más largos y con más población, con mujeres indígenas y no indígenas, pero también con hombres. Deben darse

acercamientos educativos específicos para las poblaciones objetivo, y así aumentar los índices de exámenes de revisión como el Papanicolaou (Kaku *et al.*, 2008:593) o el IVAA.

Como se vio en los resultados presentados, muchas mujeres no son económicamente independientes, y por eso le cuentan a sus esposos que van a ir a hacerse el Papanicolaou. Además, son mujeres de escasos recursos y con acceso limitado a los servicios de salud, con otras *prioridades* de acuerdo a sus roles de género. Debe profundizarse en estos temas: la independencia económica de las mujeres y cómo esto influye en las decisiones que toman sobre sus cuerpos. También cómo entran otros factores a influir sobre las decisiones en torno a la salud individual y familiar.

Un estudio realizado en áreas rurales de Tailandia, mostró que un enfoque <<de una sola visita con una inspección visual del cérvix y ácido acético, con una crioterapia inmediata, es considerada como segura, aceptable y factible>> (Walraven, 2003). Sin embargo, los chequeos médicos cervicales basados en el estudio de células han comprobado ser de poco éxito en países de escasos recursos. Son programas difíciles de empezar y de darles continuidad. Para comenzar una iniciativa así, se deben tomar en cuenta las características de rendimiento de los exámenes, los costos y los requerimientos técnicos, así como la infraestructura de laboratorios y la conciencia y percepciones comunitarias sobre este tema (Walraven, 2003). Son aspectos prácticos y técnicos que deben tomarse en cuenta para Guatemala, considerando que bastante población vive en área rural y con poco acceso a servicios de salud. Se puede empezar por hacer valer las leyes de planificación familiar, así como los planes a nivel municipal de mejorar la situación de las mujeres. Debe enfatizarse e investigarse más a fondo el papel que pueden jugar las autoridades locales, como los alcaldes auxiliares, por ejemplo, que fueron mencionadas por la mayoría de entrevistadas en esta investigación. Según Garrido (2007), hay cinco puntos clave para la transformación de la salud materno-infantil, y estos puntos son aplicables a la salud de la mujer en general, y a la prevención de cáncer de cérvix específicamente. Uno de ellos es poder

cambiar la mentalidad de los países y sus gobiernos y convencerlos sobre el escándalo que es dejar morir a las mujeres. Además, reiterar que se necesita una base política más amplia e incluyente que abogue por la salud de las mujeres y sus hijos. También es necesario <<destinar mayores recursos para la salud materna, o mejor aún, para una salud sexual y reproductiva integral”. Por otro lado, <<debe buscarse la sostenibilidad... [y promover que] las contribuciones de las agencias globales de patrocinio y asociados estén en armonía para apoyar los planes nacionales de salud>> (Garrido, 2007:1288-1289).

Hoy, persisten retos grandes para la adecuada aplicación de una estrategia de prevención del cáncer de cérvix. Uno, es la necesidad de contar con redes más extendidas de control ginecológico, especialmente en zonas rurales. El costo de las vacunas es otro. Este es un tema para otra investigación. La OPS ha estado desarrollando proyectos en Centroamérica, Suramérica y el Caribe para mejorar la detección y los servicios de prevención y tratamiento del cáncer de cérvix uterino, enriquecer la información dada a las mujeres y fortalecer la capacitación del personal de salud en esta área (Roses, 2007). Por otro lado, pueden lograrse esfuerzos a nivel local y nacional haciendo alianzas estratégicas entre distintos niveles de la sociedad. De nuevo, pueden entrar las autoridades locales, como alcaldes auxiliares, y el personal de salud a nivel local, desde doctores y enfermeras, hasta promotores de salud y comadronas. Debe investigarse el papel que podrían jugar las comadronas en hacer exámenes de Papanicolaou por ejemplo, como se hace en otros países como México (Schneider, 2006).

En la India, el cáncer de cérvix es un mal relacionado con el SIDA. La guerra en contra de estas enfermedades es prioridad nacional y se están llevando a cabo proyectos de investigación en alianza con universidades extranjeras, así como instituciones de investigación sobre el tema. Se realizarán colposcopías y biopsias en mujeres con resultados anormales, para intervenir. A las mujeres con resultados normales se les monitoreará cada 5 años, y a las que presentan mayores riesgos, una vez al año. A largo plazo, la meta es desarrollar

una estrategia apropiada para las mujeres indias y que sea efectiva en términos de costo (Sridhar, 2001). Se pueden poner en marcha planes similares en Guatemala, basados en investigaciones cualitativas y cuantitativas, en diferentes contextos culturales y sociales.

Mejorar la calidad de vida y la salud de las mujeres debería ser de las principales prioridades de un país. En el 2007, la OPS hizo un llamado a la acción concertada contra el cáncer de cérvix. Aunque el cáncer de cérvix es una enfermedad prevenible, aún constituye un serio problema de salud pública en los países en desarrollo. Este problema puede minimizarse, articulando los esfuerzos de los Gobiernos, las entidades de salud pública, el sector privado y la población en general. Afortunadamente, cada vez se cuenta con más instrumentos para reducir la incidencia del cáncer de cérvix (Roses, 2007).

Este es el mensaje que han querido enfatizar con el foro <<Que todas las niñas cuenten: el cáncer cervical es prevenible>>. Se cuenta con la participación de representantes del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de Estados Americanos, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI), el Programa para la Tecnología Apropiada en Salud (PATH), de entidades públicas de Guatemala y Jamaica, de organizaciones no gubernamentales como "Women in Government", y de Christine Baze, una sobreviviente de esa enfermedad, muestra el amplio consenso existente sobre la necesidad y posibilidad de combatir más efectivamente este cáncer (Roses, 2007).

A partir del 2000, una red de varias instituciones y profesionales multidisciplinarios de la salud están trabajando para crear un plan de acción colaborativa para la prevención del cáncer en Guatemala. Éstos invitaron a la OPS con el fin de que ésta les brindara asistencia técnica y apoyo. La OPS condujo una asesoría sobre los procesos de exploración y prevención de este tipo de cáncer, para luego sugerir acciones para un plan a nivel nacional con metas a corto, largo y mediano plazo. La recolección de información se dio en instituciones estatales clave en la prevención de este tipo de cáncer, y también

se evaluó el manejo y organización de los servicios de revisión y tratamiento. También se reunieron con el grupo de guatemaltecos para identificar las fortalezas, necesidades y estrategias necesarias para desarrollar un plan nacional. Luego de la evaluación, se puso en marcha un proyecto piloto implementado en 5 departamentos, reclutando a mujeres de 25 a 59 para revisiones, diagnósticos y tratamientos (OPS/ACCP, 2000).

A nivel local, puede trabajarse con los COCODES, y grupos de mujeres organizadas, así como con el personal de los centros de salud, clínicas y hospitales. También se debe trabajar con las comadronas y promotores de salud, ya que son personajes clave a nivel local. La Secretaría Presidencial de la Mujer, SEPREM, y la Comisión de la Mujer en Escuintla, están haciendo esfuerzos para mejorar la situación de las mujeres con respecto al cáncer de cérvix. Otra de las organizaciones que ha ayudado a la prevención del cáncer de cérvix en Guatemala desde el 2001 es WINGS. Además de proveer servicios de chequeo médico y tratamiento, también dan consejería y educación sobre planificación familiar y otros temas. Trabajan sobre todo en áreas rurales donde las mujeres tienen poco acceso a salud y a información sobre esta enfermedad. Para garantizar la participación de la mayoría, antes de llegar a hacer los exámenes mandan a un equipo de personas para informar y educar a la población, así como para coordinar con otras organizaciones locales (WINGS, 2008). Además se cuenta con organizaciones e instancias como el INCAN y Una Voz Contra el Cáncer, así como con universidades que pueden llevar a cabo investigación. Una alianza estratégica puede hacerse con la Universidad del Valle de Guatemala, específicamente con el departamento de Antropología. Éste cuenta con estudiantes avanzados en la carrera, que se han formado para hacer investigaciones aplicadas al desarrollo, usando métodos para indagar sobre estructuras cognitivas y sobre la trascendencia de la cultura en aspectos como la salud.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abbady, Tal. 2006. <<Latinas luchando contra las probabilidades del cáncer del cuello del útero cérvix>>. *Latinas Contra el Cáncer*, en <http://www.latinascontracancer.org/CervicalCancersp.html>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Aguilar, Teresa. 2008. <<El sistema sexo-género en los movimientos feministas>>. *@mnis Revue de Civilisation Contemporaine*, Université de Bretagne Occidentale, en <http://www.univ-brest.fr/amnis/documents/Aguilar2008.pdf>, [consultada el 16 de abril, 2010].
- Aguilar, Yolanda. 2006. <<Identidades Políticas Feministas: Un llamado a salir de las identidades de género asignadas>>. *Cuaderno de Género No. 7*, Instituto de Investigaciones Históricas, Antropológicas y Arqueológicas, USAC. Pp.187-199.
- American Cancer Society. 2006. <<Cervical Cancer>>, pp. 1-51, en <http://www.cancer.org>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Armstrong, Aurelia. 2006. <<Foucault and Feminism>>. *The Internet Encyclopedia of Philosophy*, en <http://www.iep.utm.edu/f/foucufem.htm>, [consultada el 23 de marzo, 2009].
- Ayinde, O., et al. 2004. <<Awareness of Cervical Cancer, Papanicolaou's Smear and Its Utilisation among Female Undergraduates in Ibadan>>. *African of Reproductive Health*, 8(3):68-80.
- Barreiro, Julio. 1973. <<Educación y concienciación>>, en Freire, Paulo, *La educación como práctica de la libertad*, 9ª Ed. Siglo XXI Argentina Editores S.A.
- Barrios-Klée, Walda. 2006. <<El Feminismo como Etnografía>>. *Cuaderno de Género No. 7*, Escuela de Historia, Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto de Investigaciones Históricas, Antropológicas y Arqueológicas, Guatemala, pp. 42-52.
- Behtash, Nadereh y Mehrdad, Nili. 2006. <<Cervical Cancer: Screening and Prevention>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7:683-686.
- Bernard, Russell. 1996. <<Qualitative Data, Qualitative Analysis>>. *CAM, The Cultural Anthropology Methods Journal*, 8(1).
- _____. 2001. <<Structured Interviewing: Cultural Domain Analysis>>, en *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 3a Ed., Altamira Press, pp. 280-297.
- Bottorff, Joan, et al. 2001. <<Cervical Cancer Screening in Ethnocultural Groups: Case Studies in Women-Centered Care>>. *Women & Health*, 33(3-4):33-52.
- Bunnag, Saibua, et al. 2005. <<Situation Analysis for Management of Abnormal Pap Smears in the Lower Southern Thailand>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 6:286-294.

- Calderón, Lucy. 2005. <<Cáncer de cérvix>>. *Prensa Libre* [Guatemala], 23 de febrero, en <http://www.prensalibre.com/pl/2005/febrero/23/108364.html>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Chávez, Leo, *et al.* 1995. <<Structure and Meaning in Models of Breast and Cervical Cancer Risk Factors: A Comparison of Perceptions among Latinas, Anglo Women, and Physicians>>. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1): 40-74.
- Chávez, Leo, *et al.* 2001. <<Beliefs Matter: Cultural Beliefs and the Use of Cervical Cancer-Screening Tests >>. *American Anthropologist*, 103(4): 1114-1129.
- Chevalier, Jaques y Daniel Buckles. 2007. *Guide to Collaborative Inquiry and Social Engagement*. SAGE Publications/India.
- Chrisman, Noel, *et al.* 1999. <<Community partnership research with the Yakama Indian Nation">. *Human Organization*, en http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3800/is_199907/ai_n8843494/print, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Congreso de la República de Guatemala. 2005. <<Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual reproductiva, Decreto Número 87-2005>>, en http://www.mspas.gob.gt/menu/marco_legal/legal.html, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Coser, Lewis. 2001. <<Corrientes sociológicas en los Estados Unidos>>, en *Historia del análisis sociológico* (compilado por Bottomore, Tom y Robert Nisbet), Argentina, Amorroutu, pp. 327-363.
- Cruz, Isabel. 2008. <<Iniciativas de la Política en Salud: acceso de la población indígena a la planificación familiar>>, USAID, conferencia impartida en la Universidad del Valle de Guatemala, 16 de mayo.
- Dein, Simon. 2004. <<Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures>>. *The Lancet Oncology*, 5:119-124.
- El Mensajero Newspaper. 2004. <<Cáncer de útero devastador para latinas>>. *Latinas Contra el Cáncer*, en <http://www.latinascontracancer.org/CervicalCancersp.html>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Encarta. 2008. <<Tumores del aparato reproductor femenino>>. *Enciclopedia Encarta, Microsoft*, en http://mx.encarta.msn.com/media_461551468_761566014_1_1/Tumores_del_aparato_reproductor_femenino.html, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Fiori, Hernán María. 1997. <<Aprender a decir su palabra: El método de alfabetización del Profesor Paulo Freire>>, en Freire, Paulo, *Pedagogía del Oprimido*, 50ª Ed., Siglo XXI Editores, España.
- Flecha, Consuelo. 2005. <<La categoría género en los estudios feministas>>. en *Miradas desde la perspectiva de género*, Isabel de Torres Ramírez (coord.), Colección Mujeres, Narcea, S.A. de Ediciones, España, pp. 33-45.

- Gall, Francis. 2000. *Diccionario Geográfico de Guatemala*, Instituto Geográfico Nacional, Sistema Nacional de Información Geográfica, INGUAT; Guatemala, p. 3207.
- Garrido, Paulo. 2007. <<Women's health and political will">> *The Lancet*, 370(9595):1288-1289.
- Giddens, Anthony. 2004. *Sociología*, 4ª Ed. Alianza Editorial, S.A., Madrid.
- Healthline.com. 2008. <<Cervical cancer>>, *Healthline*, en http://www.healthline.com/galecontent/cervical-cancer-1?utm_medium=google&utm_source=cancer&utm_campaign=gale&utm_term=cancer%20cervical, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- INE. 2006. <<Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, ENCOVI-2006>>, Instituto Nacional de Estadística, en <http://www.ine.gov>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Joralemon, Donald. 1999. *Exploring Medical Anthropology*, 2a Ed., Allyn and Bacon.
- Kaku, Michelle, *et al.* 2008. <<Impact of Socio-economic Factors in Delayed Reporting and Late-stage Presentation among Patients with Cervix Cancer in a Major Cancer Hospital in South India>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9:589-594.
- Kanato, Manop y Saranrittichai, Kesinee. 2006. <<Early Experience of Sexual Intercourse – A Risk Factor fo Cervical Cancer Requiring Specific Intervention for Teenagers>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7:151-153.
- Kottak, Conrad Phillip. 2002. *Antropología Cultural*, 9a ed. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Laverack, Glenn. 2006. <<Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature>>. *J Health Popul Nutr*, 24(1):113-120.
- Lombardi, Luis. 2005. <<Detección temprana del cáncer de cérvix>>, en <http://www.ginecologosdeguatemala.com/cgi-bin/noticias/print.pl?article=12>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- McMullin, Juliet, *et al.* 2005. <<Influence of Beliefs about Cervical Cancer Etiology on Pap Smear Use among Latina Immigrants>>. *Ethnicity and Health*, 10(1):3-18.
- Macedo, Donaldo. 1990. <<Prefacio>>, en Freire, Paulo, *La naturaleza política de la educación: Cultura, poder y liberación*, Ediciones Paidós, Madrid.
- MSPAS/SIGSA. 2007. <<Estadísticas de Salud: Enfermedades Prevalentes>>, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema de Información Gerencial de Salud, Guatemala, en http://www.mspas.gob.gt/menu/indicadores_basicos_de_salud/estadisticas/Enfermedades_Notificacion_Prevalentes.pdf, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- Municipalidad de Comitancillo. 2002. <<Diagnóstico Territorial Municipio de Comitancillo>>, Oficina Municipal de Planificación, Municipalidad de Comitancillo, San Marcos, pp. 53.

- _____. 2005. <<Listado de comunidades de Comitancillo>>, Oficina Municipal de Planificación, Municipalidad de Comitancillo, San Marcos, pp. 4.
- Municipalidad de Río Blanco. 2007. <<Diagnóstico Territorial Municipio de Río Blanco>>, en Oficina Municipal de Planificación, Municipalidad de Río Blanco, San Marcos, pp. 61.
- _____. 2007a. <<Plan Operativo 2008, Río Blanco>>, en Oficina Municipal de Planificación, Municipalidad de Río Blanco, San Marcos, pp. 6.
- Municipalidad de San Lorenzo. 2008. <<Diagnóstico Territorial Municipio de San Lorenzo>>, Oficina Municipal de Planificación, Municipalidad de San Lorenzo, San Marcos, pp. 128.
- Ngoan, Le tran y Yoshimura, Takesumi. 2001. <<Parity and Illiteracy as Risk Factors of Cervical Cancers in Viet Nam>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2:203-206.
- OPS/ACCP. 2000. <<Assessment of Guatemala's Efforts for Cervical Cancer Prevention and Control>>, Cervical Cancer Prevention in Latin America and the Caribbean, Organización Panamericana de la Salud y Aliance for Cervical Cancer Prevention en <http://ncd.bvsalud.org/portals/cervicalCancer/?lang=en&>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].
- OPS/OMS. 2001. *Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala*, 2ª Ed., Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Guatemala, pp. 29.
- Osborne, Raquel. 1995. Sexo, género, sexualidad. La pertinencia de un enfoque constructivista". *Papers 45*, en <http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/25262/58545>, [consultada el 16 de abril, 2010].
- PNUD. 2005. *Diversidad étnico-cultural y desarrollo humano: La ciudadanía en un Estado plural: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Guatemala, pp. 450.
- Reguant, Dolors. 2007. <<Explicación abreviada del patriarcado>>, en *Proyecto Patriarcado*, en <http://www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf>, [consultada el 24 de septiembre, 2009].
- Richards, Michael. 2003. *Atlas Lingüístico de Guatemala*, SEPAZ, UVG, URL, USAID, Editorial Seviprensa S.A., pp. 133.
- _____. 2008. Entrevista informal en clase de Antropología Médica, Universidad del Valle de Guatemala. Material no publicado.
- Roses, Mirta. 2007. <<Salud prevención del cáncer cervical: salud y día de la mujer>>, en <http://www.periodismosocial.org.ar/notacompleta.cfm?id=3031>, [consultada el 23 de septiembre, 2009].

- Sau, Victoria. 2006. <<Patriarcado (Fragmento)>>. *Proyecto Patriarcado*, en <http://www.proyectopatriarcado.com/docs/PATRIARCADO.VS.Fragmento-es.pdf>, [consultada el 24 de septiembre, 2009].
- Schneider, Suzanne. 2006. <<On the Periphery of Midwifery: A Critical Analysis of a Community-Based Cancer Screening Program in Mexico>>. *Human Organization*, 65(4):362-373.
- Senarak, Wipor, *et al.* 2006. <<Health Promotion for Middle-aged Isan Women, Thailand: A Participatory Approach>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7:55-59.
- SIM. 2009. <<Departamento de San Marcos>>. *Servicio de Información Municipal de Inforpress Centroamericana*, en http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/san-marcos/san-marcos.php#, [consultada el 7 de octubre, 2009].
- _____. 2009a. <<Río Blanco>>. *Servicio de Información Municipal de Inforpress Centroamericana*, en <http://www.inforpressca.com/rioblanco/>, [consultada el 7 de octubre, 2009].
- _____. 2009b. <<San Lorenzo>>. *Servicio de Información Municipal de Inforpress Centroamericana*, en <http://www.inforpressca.com/sanlorenzo-sanmarcos/>, [consultada el 7 de octubre, 2009].
- Simón, Elena. 2008. <<Voces a favor de la educación y la ciudadanía para las mujeres>>. *Hijas de la igualdad, herederas de injusticias*, Narcea, S.A. Ediciones, España, pp. 35-68.
- Sriamporn, Supanee, *et al.* 2003. <<Cervix Cancer in Khon Kaen, Northeast Thailand, 1985-1999>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 4:312-318.
- Sridhar, Nadamuni. 2001. <<New initiatives to combat cervical cancer in India>>. *The Lancet Infectious Diseases*, 1:292.
- Sturtevant, William. 1964. <<Studies in Ethnoscience>>. *Transcultural Studies in Cognition*, American Anthropologist Special Publication, 6(3) Parte 2, (Romney y Goodwin, eds.), Washington, pp. 99-131.
- Turkistanh, Esin, *et al.* 2003. <<Cervical Cancer Prevention and Early Detetion – The Role of Nurses and Midwives>>. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 4:15-21.
- Varela, Hilda y Escobar, Miguel. 1996. <<Introducción>>, en Freire, Paulo *La importancia de leer y el proceso de liberación*, 10ª Ed., Siglo XXI Editores, España.
- Vieitez, Soledad. 2005. <<Miradas antropológicas al género>>. *Miradas desde la perspectiva de género*, Isabel de Torres Ramírez (coord.), Colección Mujeres, Narcea, S.A. de Ediciones, pp. 63-76.
- Walraven, Gijs. 2003. <<Prevention of cervical cancer in resource-poor settings>>. *The Lancet*, 361:2160.

WINGS. 2008. <<Cervical Cancer Detection and Treatment Program>>, en <http://www.wingsquate.org/cervicalcancer.html>.

Zeceña, Waleska y Bermúdez, Carmen. 2007. <<Mortalidad por tumor maligno de cérvix: República de Guatemala>>. *Vigilancia Epidemiológica*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), IX(472):1-6.

VIII. ANEXOS

A. Guía para la entrevista a profundidad: historia de vida de mujeres con cáncer de cérvix o con riesgo a padecerlo

Patriarcado, poder y cáncer cérvico: investigación antropológica sobre el Papanicolaou e inspección visual con ácido acético en tres comunidades en Guatemala

Guía para la entrevista a profundidad: historia de vida de mujeres con cáncer de cérvix o con riesgo a padecerlo

Consentimiento informado: El objetivo principal de esta investigación es conocer las concepciones que las mujeres y el personal médico de tres comunidades diferentes, tienen en torno a algunos temas de salud reproductiva, específicamente cáncer cérvico. Los datos recolectados serán confidenciales, protegiendo la identidad de la entrevistada en todo momento, utilizando pseudónimos y utilizándolos sólo para comparación con otras entrevistas. Todos los datos que usted me proporcione serán estrictamente confidenciales. Para hacer más fácil la entrevista, me gustaría grabarla. La grabación es sólo de referencia para mí, nadie más tendrá acceso a ella y también es confidencial. ¿Estaría de acuerdo con realizar la entrevista?

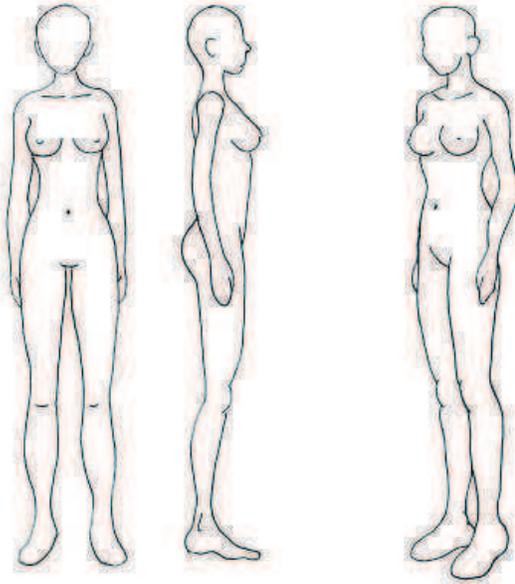
Nombre de la entrevistada: _____ Lugar y fecha: _____

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Dónde y cuándo nació? ¿Dónde vive actualmente?
3. ¿Desde cuándo vive en este municipio?
4. ¿Cuál es su identidad étnica?
5. ¿Cuál es su último grado académico o educativo completado?
6. ¿Está casada? ¿Desde cuándo?
7. ¿Tienen hijos? ¿Qué edades tienen? ¿Planean tener más hijos?
8. ¿Qué es el cáncer para usted o qué ha oído acerca del cáncer?
9. ¿Qué conoce sobre el cáncer de cérvix?
10. ¿Quiénes están en riesgo de padecer este tipo de cáncer?
11. ¿Sabe lo que es un examen de Papanicolaou? ¿Cómo lo describiría?
12. ¿Se ha hecho uno recientemente? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo uno? ¿Por qué va o no va con frecuencia a hacerse el examen?
13. ¿Me podría contar sus experiencias sobre el examen? (*sensaciones, preocupaciones, en qué lugar se realizó, costos, etc.*)
14. ¿Sabe lo que es un examen de inspección visual con ácido acético? ¿Cómo lo describiría?

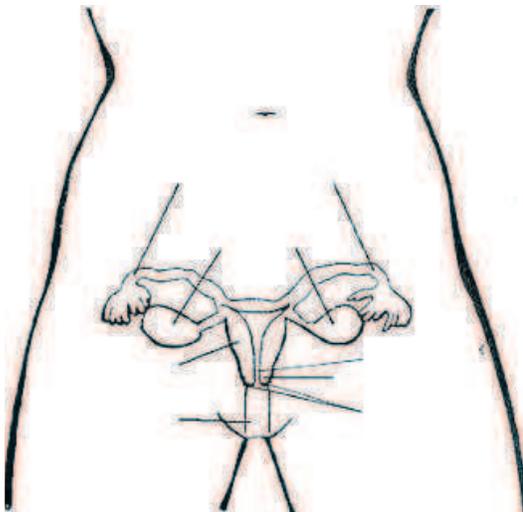
15. ¿Se ha hecho uno recientemente? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo uno? ¿Por qué va o no va con frecuencia a hacerse el examen?
16. ¿Me podría contar sus experiencias sobre el examen? (*sensaciones, preocupaciones, en qué lugar se realizó, costos, etc.*)
17. Si alguno de los exámenes saliera positivo, ¿sabe qué pasos tomar a partir de ahí?
18. ¿Le debe pedir permiso a alguien para poder ir a hacerse este examen?
19. ¿Por qué cree que algunas mujeres no se hacen sus revisiones médicas periódicas para evitar el cáncer de cérvix?
20. ¿Qué tanto afecta que la persona a realizar la revisión médica sea hombre o mujer?
21. ¿Está de acuerdo con las siguientes frases? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Ha escuchado que algunas personas digan esto?
 - a. “Dios da enfermedades como el cáncer, es como un castigo”.
 - b. “Algunas personas no se hacen su revisión o un Papanicolaou porque la gente puede pensar que son mujeres de mala reputación”.
 - c. “Las mujeres deben ir a hacerse su chequeo sólo con el permiso de sus esposos”.
22. ¿Los servicios de salud del municipio le dan suficiente información sobre este tipo de cáncer? ¿Y sobre su prevención y tratamiento?
23. ¿A través de qué medios le gustaría enterarse más sobre este tipo de cáncer? ¿A través de qué medios cree que las mujeres de su comunidad pueden enterarse de estos temas?
24. Si se diera un taller sobre el tema, ¿cómo se podría convocar a mujeres y hombres de la comunidad para que asistan?
25. Cuando no va al médico o al centro de salud, ¿quién más puede brindarle tratamientos o remedios?
26. ¿Tiene alguna pregunta o comentario final?
27. Notas adicionales:

Esquemas entoanatómicos

- *Esquema 1: Silueta femenina (de frente y de espaldas)*
 1. ¿Dónde queda su aparato reproductor? (*su útero*).
 2. ¿Dónde se da el cáncer de cérvix?
 3. Si ha tenido este tipo de cáncer, ¿dónde siente las molestias o malestar?



- *Esquema 2: Aparato reproductivo femenino*
1. ¿Qué partes de las señaladas en el aparato reproductivo femenino puede identificar?
 2. ¿Dónde se da el cáncer de cérvix?
 3. Si ha tenido este tipo de cáncer, ¿dónde siente las molestias o malestar?



B. Guía para la entrevista a profundidad: historia de vida de los miembros del personal de salud del municipio (hospital, centro de salud, clínica, comadronas, curanderos, etc.)

Patriarcado, poder y cáncer cérvico: investigación antropológica sobre el Papanicolaou e inspección visual con ácido acético en tres comunidades en Guatemala

Guía para la entrevista a profundidad: historia de vida de los miembros del personal de salud del municipio (hospital, centro de salud, clínica, comadronas, curanderos, etc.)

Consentimiento informado: El objetivo principal de esta investigación es conocer las concepciones que las mujeres y el personal médico de tres comunidades diferentes, tienen en torno a algunos temas de salud reproductiva, específicamente cáncer cérvico. Los datos recolectados serán confidenciales, protegiendo la identidad de la entrevistada en todo momento, utilizando pseudónimos y utilizándolos sólo para comparación con otras entrevistas. Todos los datos que usted me proporcione serán estrictamente confidenciales. Para hacer más fácil la entrevista, me gustaría grabarla. La grabación es sólo de referencia para mí, nadie más tendrá acceso a ella y también es confidencial. ¿Estaría de acuerdo con realizar la entrevista?

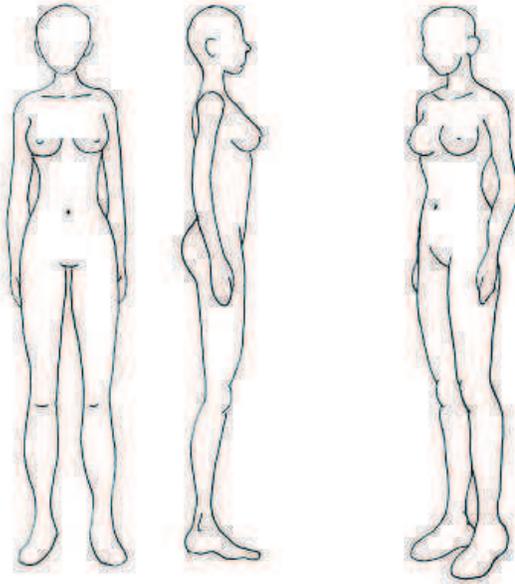
Nombre de la entrevistada: _____ Lugar y fecha: _____

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Dónde y cuándo nació?
3. ¿Cuál es su identidad étnica?
4. ¿Cuál es su último grado académico o educativo completado?
5. ¿Desde cuándo trabaja en este lugar y cuál es su puesto?
6. ¿Qué es el cáncer para usted y cómo se lo explica a sus pacientes si se da el caso?
7. ¿Qué conoce sobre el cáncer de cérvix? ¿Cuáles son las posibles causas?
8. ¿Sabe lo que es un examen de Papanicolaou? ¿Cómo lo describiría?
9. (Si es mujer) ¿Se ha hecho uno recientemente? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo uno? ¿Por qué va o no va con frecuencia a hacerse el examen?
10. ¿Me podría contar sus experiencias sobre el examen? (*sensaciones, preocupaciones, en qué lugar se realizó, costos, etc.*)
11. ¿Le ha hecho este examen a alguna paciente alguna vez? ¿Qué puede comentarme de esas experiencias?
12. ¿Sabe lo que es un examen de inspección visual con ácido acético? ¿Cómo lo describiría?
13. (Si es mujer) ¿Se ha hecho uno recientemente? ¿Cuándo fue la última vez que se hizo uno? ¿Por qué va o no va con frecuencia a hacerse el examen?
14. ¿Me podría contar sus experiencias sobre el examen? (*sensaciones, preocupaciones, en qué lugar se realizó, costos, etc.*)
15. ¿Le ha hecho este examen a alguna paciente alguna vez? ¿Qué puede comentarme de esas experiencias?
16. Si alguno de los exámenes saliera positivo, ¿sabe qué pasos debe tomar la paciente a partir de ahí? ¿Qué es lo primero que le recomienda a una mujer con riesgo a desarrollar este tipo de cáncer?

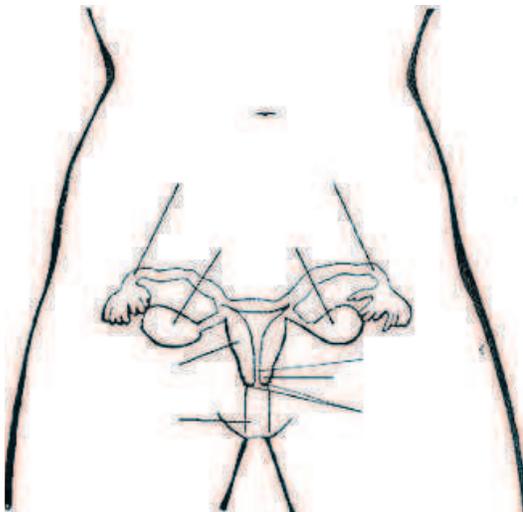
17. ¿Por qué cree que algunas mujeres no se hacen sus revisiones médicas periódicas para evitar el cáncer de cérvix?
18. ¿Qué tanto afecta que la persona a realizar la revisión médica sea hombre o mujer?
19. ¿Está de acuerdo con las siguientes frases? ¿Por qué sí o por qué no? (¿Ha escuchado que algunas personas digan esto?)
- “Dios da enfermedades como el cáncer, es como un castigo”.
 - “Algunas personas no se hacen su revisión o un Papanicolaou porque la gente puede pensar que son mujeres de mala reputación”.
 - “Las mujeres deben ir a hacerse su chequeo sólo con el permiso de sus esposos”.
20. En su opinión, ¿los servicios de salud del municipio le dan suficiente información a las mujeres sobre este tipo de cáncer? ¿Y sobre su prevención y tratamiento?
21. En su opinión, ¿en este tema hay diferencia entre la atención médica que presta un centro de salud, hospital o clínica con el que presta una comadrona o curandero?
22. ¿A través de qué medios cree que las personas de esta comunidad pueden enterarse más sobre este tipo de cáncer?
23. Si se diera un taller sobre el tema, ¿cómo se podría convocar a mujeres y hombres de la comunidad para que asistan?
24. Cuando las personas no van al médico o al centro de salud, ¿quién más puede brindarle tratamientos o remedios?
25. ¿Tiene alguna pregunta o comentario final?
26. Notas adicionales:

Esquemas entoanatómicos

- *Esquema 1: Silueta femenina (de frente y de espaldas)*
- ¿Dónde queda su aparato reproductor? (*su útero*).
 - ¿Dónde se da el cáncer de cérvix?
 - Si ha tenido este tipo de cáncer, ¿dónde siente las molestias o malestar?



- *Esquema 2: Aparato reproductivo femenino*
4. ¿Qué partes de las señaladas en el aparato reproductivo femenino puede identificar?
 5. ¿Dónde se da el cáncer de cérvix?
 6. Si ha tenido este tipo de cáncer, ¿dónde siente las molestias o malestar?



C. Entrevista con esposo de mujer que murió de cáncer de cérvix

M – ¿Cuándo se conoció con su esposa o cuándo se casaron?

V – Ay, creo que en 1982.

M – Ah bueno. ¿Y con ella cuántos hijos tuvieron?

V – Vivos son 7.

M – 7 hijos. Deben ser grandes, como de mi edad más o menos, veinticinco, veintiséis.

V – El primero tiene 18, y el que a última hora se viene tiene 7.

M – ¿Y cómo se llamaba su esposa?

V – FR.

M – ¿Y era de aquí de San Lorenzo?

V – Sí, de San Lorenzo

M – Si pues ¿y alguna vez ella se hizo un Papanicolaou o un chequeo? ¿Que usted sepa?

V – Cuando nos casamos no y cuando ya tenía casi 6 niños empezó ya a enfermarse.

M - ¿Y cómo se enfermaba o qué síntomas tenía?

V – Bueno, los síntomas que ella presentaba eran hemorragia.

M – Ah... ¿con la sangre?

V – Con sangrado con un, yo me daba cuenta ella ya estaba embarazada pero bajaba con mucha sangre, entonces en el hospital dijeron que era una infección que tenía nada más y le aplicaron su medicamento en el hospital. Luego regresó y pasó por un tiempo, y cabal se logró el niño, el menor que tiene 7 años. Luego de eso ya el niño creció pero ella sentía un dolor aquí, en este lado.

M – ¿Como en la cadera?

V – Sí, aquí fíjese que como que fuera una cosa que arde adentro. ¡Ala! pero qué dolores los que le daban.

M - ¿Le costaba caminar?

V – Mmm...sí le costaba porque le pasaba hasta aquí en la pierna. Y después pasó tiempo en eso y como estaba trabajando aquí en el proyecto [CES-UVG San Lorenzo] entonces había doctores aquí. Se venía ella con ellos y la examinaron; total de que le daban sus cremas aplicadas que para ver si la infección la que tenía allí, y luego se pasaba por otro tiempo así y le volvía a bajar la hemorragia otra vez. La llevé al hospital.

M – ¿En San Marcos?

V – En San Marcos. Y luego le dijeron que sí es una infección la que tiene adentro, dijeron en la matriz, y así como los días van pasando, los meses y al final pues quedó embarazada otra vez y ya con el embarazo fue que ya no se logró y con los meses se murió ella. Entonces ya cuando ella estaba embarazada luego tenía como tres meses de embarazo cuando le volvía a bajar la hemorragia otra vez, pasaba una semana, después le bajaba. Entonces me fui con un doctor privado aquí en San Marcos. Él me dijo que posiblemente era un cáncer, y me dijo, “Entonces allí usted si se ve la forma de llegar a Guatemala a cancerología entonces allí usted. Me dijo, “Según yo, posiblemente es un cáncer, y es imposible curarlo porque así está mi mamá. El que ella padece de un cáncer también pero ya me dijeron que se que se va a morir. ¿Qué valora? Piénselo si va a ser capaz de buscar el dinero y todo, pero sólo a usted se lo digo. No se lo diga a ella porque al contarle, usted tiene cáncer, va a empeorar más”. Entonces le dio unas pastilla sólo para el dolor y luego salí de allí y entré a APROFAM en San Marcos y también me quitaron su examen de Papanicolaou y le mandaron a Xela para laboratorio para que el resultado regresara luego. Regresó el resultado en tres días y me llamaron de aquí de San Marcos que tenía cáncer y que ya estaba bien avanzado, que ya se había tardado. Ya la matriz estaba rodeada de todo, incluso ya hasta la columna vertebral. Entonces los médicos de allá sólo me hicieron la nota para llevarlo allá a cancerología en Guatemala, y me fui con él.

M - ¿Fueron a Guate?

V – Fuimos a Guate. Ella estuvo dos meses hospitalizada allí. Le hicieron exámenes, radiografías; fui al Hospital San Juan de Dios, fui a la Cruz Roja y a otros exámenes que le

hicieron allá. El tratamiento que le dieron allí es de terapia, entonces estaba peor. Sus exámenes, según el médico me dijo, lo normal que se hace allá era como doce o trece terapias, y a ella le hicieron veintisiete terapias y querían quemar todo eso que tenía adentro. Regresó en dos meses y estuvo 15 días aquí en la casa y volvimos a la reconsulta. Después de la reconsulta, ocho días tenía cuando se murió. Cuando yo preguntaba al médico de turno que pasaba chequeando la gente en la mañana, pues yo le preguntaba a él, "Mire doctor, ¿qué resultado tiene ella? ¿Será que es posible que se cure?". "No", dijo. Pues lo que él me dijo fue, "Mire, de diez pacientes que ingresan aquí, seis salen curadas y cuatro no salen curadas. Entonces no te podré decir si tu esposa está en el listado de los que no se curan o en el listado de los que se curan dijo". Pero yo me daba cuenta era un flujo amarillo que ella tenía aparte de la sangre. Era permanente, cada mañana, cada mañana. Es como un flujo amarillo. ¡Cómo goteaba, cómo goteaba, cómo goteaba! Pero tuvimos el gran valor de curarla de todo eso, pero no se pudo lograr nada.

M – No se pudo...

V – No se pudo. Pero ni el médico, porque mire que ella cuando tenía en el hospital una semana como cuando le dio ya la hemorragia, entonces como estaba ya muy débil, pálida. Entonces cuando iba al hospital el niño se le murió adentro. Lograron quitar al niño allá, sin aquella operación. El médico no me dijo nada de que ya había empezado el cáncer y ya estaba avanzado, porque si me hubieran dicho, sí se hubiera logrado. Porque según una señora, platiqué con ella, fíjese que a ella se lo detectaron luego y ella sí está viva ahora porque le hicieron la cesárea y le sacaron la enfermedad que tenía. En cambio a ella no se lo dijeron. Ya en APROFAM, "su mujer tiene cáncer", me dijeron, pero ya estaba avanzada

M – ¿Y hace cuanto falleció ella?

V – Ella cumplió cinco años de haber fallecido ahora el diez de agosto. Hace cinco años, sí.

M – ¿Al final ella supo que tenía cáncer o no?

V – Sí,

M - ¿Si?

V – Ajá.

M – Y digamos, antes de que a ella le doliera ¿se había hecho un Papanicolaou antes o algún examen?

V – Sí

M – ¿Y le había salido normal?

V – Sí, normal. Sí normal. Está bien, decía. Le quitaron dos aquí en el centro de salud antes de que ella se enfermara y luego al final cuando sólo sentía un dolor aquí. "Ve, ¿saber qué tengo?", decía, "tengo un dolor aquí. Tocalo". Yo lo tocaba y ni se puede tocar nada. Entonces así pasaba el tiempo y pasaba el tiempo, y luego ya cuando presentó con la cinta pues ya la hemorragia que le bajaba, que le bajaba cada dos, a lo mucho cada tres veces al mes. Pero ya cuando pereció, ya casi estaba cada dos días, cada tres días, cada dos días, cada tres días... así.

M – Si pues, más seguido.

V – Más seguido, y así fue.

M – Fue bien difícil me imagino.

V – Fue difícil sí. Ay, cómo ya con esa enfermedad... como los hospitales allá sólo ven a las mujeres, había muchas mujeres. Como decía el doctor, sí fue cierto lo del grupo de ellas que estaban allí, se murieron como cinco, tomando en cuenta a mi esposa. La enfermedad esa, yo pienso, que fue una informidad y es difícil curarla. Tal vez tratarla, pero al inicio, cuando no muy se da y cómo, no puede uno saber ni ver de dónde penetra y cómo es.

M – Si pues. Y ahora, ¿ya duele menos?

V – Ajá, ahora sí.

M - ¿Ya están más tranquilos con su familia?

V – Ajá, ya. Pues estamos felices porque como ella dejó el niño ya chiquito entonces, ahora ya los niños ya casi están grandes. Ya tengo la otra mujer; ella es la que los cuida, sí.

M – Si pues. Y ¿en APROFAM, o en algún lugar les explicaron qué era el cáncer o sólo les dijeron ¡ay es cáncer!?! ¿O les explicaron qué era?

V – Bueno en el APROFAM no me dijeron nada. Ahora, donde me dijeron, fue donde el doctor, él trabaja en el Hospital San Marcos. Y también en el hospital.

M – Digamos, en el privado a donde fue.

V – En el privado, era es un doctor J. Su clínica está en el hospital más para acá.

M - ¿Él sí le explicó?

V – Él me explicó. Entonces cuando él me llevó arriba, él subió al segundo nivel. “Mire, quiero platicar un ratito con usted”, me dijo. Entonces me entró adentro y, “Mire, muchacho, tu mujer tiene un posible cáncer. Entonces yo le pregunté a él, “Mire doctor, ¿y cómo penetra un cáncer?”. “Mire”, me dijo, “usted sabe que en el mundo nadie sabe qué enfermedad le toca a cada uno de nosotros. Yo soy médico, pero no tiene qué ver que yo sea médico con que me toque un cáncer. Previene todo de Dios. Mi pobre mamacita, está sufriendo, tirada en la cama”. Yo no sé donde estaba su mamá. “Entonces no puedo gastar más por ella porque es un dineral, es que se gasta y es una enfermedad que entre todo, no se va a curar. Entonces aquí está su esposa”. Yo le dije a él, “Según uno escucha, yo escuché a otra persona que de repente ella había levantado cosas muy pesadas o haya trabajado mucho”. Yo le conté eso al doctor, y me dijo, “No, esas son mentiras. Esa enfermedad viene destinada. Póngale usted y yo, no sé qué enfermedad te toca y yo tampoco sé qué enfermedad me toca. Eso todo viene de Dios”.

M – ¿Y usted cree que la enfermedad viene de Dios?

V – Pues según yo, yo digo que sí. Porque cómo se da. Por ejemplo, hay personas que se mueren por un catarro, por un resfriado, pero todo ese resfriado viene de Dios, o por un mal descuido de uno de su mismo cuerpo o qué, pero hay que saber.

M – Si pues...

V – Y entonces yo le pregunté al doctor, como yo no sabía qué era un cáncer o qué síntomas da, entonces yo le pregunté a él, “¿Cómo se da esa enfermedad del cáncer”. “Mire”, me dijo, “esa es una llaga. Como un grano adentro, y está en la matriz. Entonces eso camina, va caminando. Va a caminar como un hongo. Va caminando, y si uno no lo controla, avanza. Ese es el cáncer”. Es como una mata de grama me dijo él, que se siembra chiquito pero inmediato, como la grama es un pasto, entonces ese camina rápido y así sale. Los síntomas, le dan vómitos, sin ganas de comer, dolor, y este la que yo decía, el sangrado. Esos son los síntomas y es cierto lo que él me decía, que hasta fiebre da. Yo me daba cuenta que cuando a mi difunta esposa le daba ese dolor, le daba fiebre, pero fuerte, como que quién se acerca a estar con ella. Entonces son síntomas que el doctor me dijo, el doctor J. Ahora en el APROFAM, no me dijeron. Ya no me dieron nada más porque lo que quería era rescatar la vida de ella. Lo más que se podía hacer allá en Guate, pero ya no se pudo hacer nada.

M – Y ahora su esposa actual digamos, ¿se hace su chequeo todos los años?

V – Sí.

M – ¿El Papanicolaou?

V – Sí, porque allá también en Guatemala, me dijeron que, bueno no fueron los médicos porque echan a la carrera a todos, pero había una señorita allí que era una trabajadora social. Cuando yo pasé a cancelar los gastos que yo tenía entonces, ella me decía, “Hubiera procurado

muchacho traerse a su esposa lo más posible que se puede". Entonces como mucha gente entra allí en ese hospital, no sé si cada tres o seis meses o cada año, entran a hacerse exámenes de Papanicolaou, entonces hay que llevar un control de chequeos, para cada cierto tiempo dependiendo la edad. "Entonces usted hubiera hecho" eso me dijo. "Bueno. Vaya eso, nos lo dice usted, la verdad que la mayoría de gente aquí no sé, los que vivimos en el área rural, la gente no se preocupa pues en cosas de hacerse un examen de Papanicolaou", dije yo. "Entonces, ¿cuánto es lo que nos va a cancelar ahora?". Ya llegaba mi deuda a 20 mil.

M – ¡Ala gran!

V – Sólo la sangre, había donadores que me daban la sangre a Q200, y es que son 10 donadores de sangre que yo tenía que poner allí para ella.

M – ¡Ala!

V – Sí, mucho. Y había exámenes de a Q400 y a Q800, de a Q1000. El más barato que yo miraba en el listado que me dieron era de Q80, Q60 al día. Entonces cuando ya me dieron el listado de cuenta, pasé con la trabajadora social y le conté a ella. "Mire, ¿y usted de qué trabaja?". "Pues de agricultor", le dije. "¿Y cuánto gana semanalmente o mensual?". "Pues, póngale si a la semana consigo un mi par de días de trabajo", en ese tiempo pagaban a Q20, "gano Q40 a la semana. Eso es lo que yo gano. ¿Será que usted como trabajadora social, será que no hay una rebaja para mi cuenta?". Esa cuenta era de un mes y faltaba la del otro mes. "Mire," dijo, "para esos trabajos sí hacemos una rebaja. Sale a 10 mil, porque sé que usted es pobre y gasta en su pasaje para acá". "Gasté en comida y para mi familia en la casa. Entonces, si usted me puede ayudar en ese sentido...". "Está bueno. No gaste, quédese con el dinero".

M – Si quiere en un esquema le puedo explicar lo que pasa en un Papanicolaou y porqué es tan importante que se lo hagan.

V – Ajá, eso está bueno.

M – Mire pues, este es el que yo uso con las señoras cuando les pregunto. Digamos esta es la mujer, este es su ombligo, la cintura, las piernas y esto es por dentro, la parte de la mujer digamos. Entonces, esta es la vagina, esta es la matriz, los ovarios; me imagino que a su esposa le dolía por acá.

V – Ajá...

M – Sí, entonces la cérvix que es allí donde empieza el cáncer se podría decir, son estas puntitas. Entonces el Papanicolaou lo que hace es que con el aparatito toman una muestra de este tejido, cabal de esa piel que está allí adentro.

V – Ah bueno.

M – Y se ve cómo está, si está bien, normal, o si está algo raro.

V – Ah ya.

M – Como le explicó el doctor, sí se ve que la piel está con algo, ya se puede empezar como a tratar, pero cuando sí ya hay cáncer, es mucho más fácil que se esparza. Como la grama, cabal como él le contó, es más fácil que se venga aquí a diferentes partes. Pero digamos, el cáncer se ha mostrado que hay muchas razones por las que da. Puede ser por una herida, por infecciones que le han dado a una mujer, por ejemplo y que a veces queda dañado. Hay varias razones por las que podría darse.

V – Por las que se da. Ah ya.

M – Mjm, entonces eso es, pero no sé si le habían enseñado esto.

V – Esto no me enseñaron.

M - ¿No?

V – No. Entonces ¿aquí es donde ya estas en estas dos puntitas, es donde ya el aparato ese cuando hacen el Papanicolaou llega a ver esto?

M – Le toman una muestra así, entonces ya en el laboratorio ven el tejido, las células, la piel, y cómo está. Entonces ya saben cómo está esta parte. Ahora hay un nuevo examen que también es como el Papanicolaou, o sea entra por acá, ponen una sustancia y se ven los colores diferentes para ver qué tan normal está. Entonces en el momento le pueden decir a la persona, no tiene que esperar a que le regrese el examen. Pero sí, es aquí donde ven cómo está y pueden ver si está muy mal el tejido. Puede ser que se vaya a todas las demás partes y por eso cuando ya se esparce a los demás lugares es más difícil controlarlo o curarlo.

V – Pues, que bueno seño que me haya enseñado esto porque yo si no...

M – No, gracias a usted por contarme aunque sea algo bien difícil lo que usted vivió, pero yo creo que ustedes hicieron algo, o sea hicieron todo lo posible.

V – Hicimos todo lo posible. Y cómo los médicos y la licenciada [del CES-UVG], cuando ella llegaba de regreso del trabajo y estaba con la hemorragia pero fuerte, yo llamaba hasta de noche a los médicos de aquí y me hacían llegar al hospital. Pero nada que me dijeron, mire esto es un cáncer o esto tiene esto, nada me dijeron.

M – A veces es difícil saberlo sin los exámenes.

V – Sí hombre, entonces ahí sí.

M – Pero ustedes hicieron todo lo posible, a veces los cánceres son muy agresivos y avanzan muy rápido y a veces no hay nada que hacer.

V – ¡Ah! Hicimos todo lo posible, hicimos todo lo posible, más que posible.

M – Eso es lo importante también, que hicieron todo.

V – Lo más que se pudo hacer al final, se quitaron todas las dudas porque ya la última llegada ya gratis, ya no había de otra. Entonces había un hermana que era la directora del hospital ese, ella me ayudó con Q3 mil, cuando yo miré dijo, “Aquí tiene para su pasaje”. “Mire le dije la verdad es que me quedé sin dinero”, le dije. “Péreme, le voy a hacer un cheque”. Tres mil tenía el cheque. “Vaya al banco aquí, cobre esto. Yo sé que es dura la situación de su esposa, yo he luchado, he puesto de mi parte queriendo de que ella no se muera, pero lamentablemente si es su destino así que no viva, ya hicimos todo lo posible”.

M – Sí pues.

V – Lástima.

M – Ahora lo importante es que su esposa se haga todos los exámenes y el control todo el tiempo.

V – Y el control todo el tiempo. Gracias.

M – No, gracias a usted Don V. Le agradezco su tiempo.

V – Bueno.

----- FIN DE LA GRABACIÓN -----

D. Matriz completa de las 47 mujeres entrevistadas

E. Matriz completa del personal de salud entrevistado

