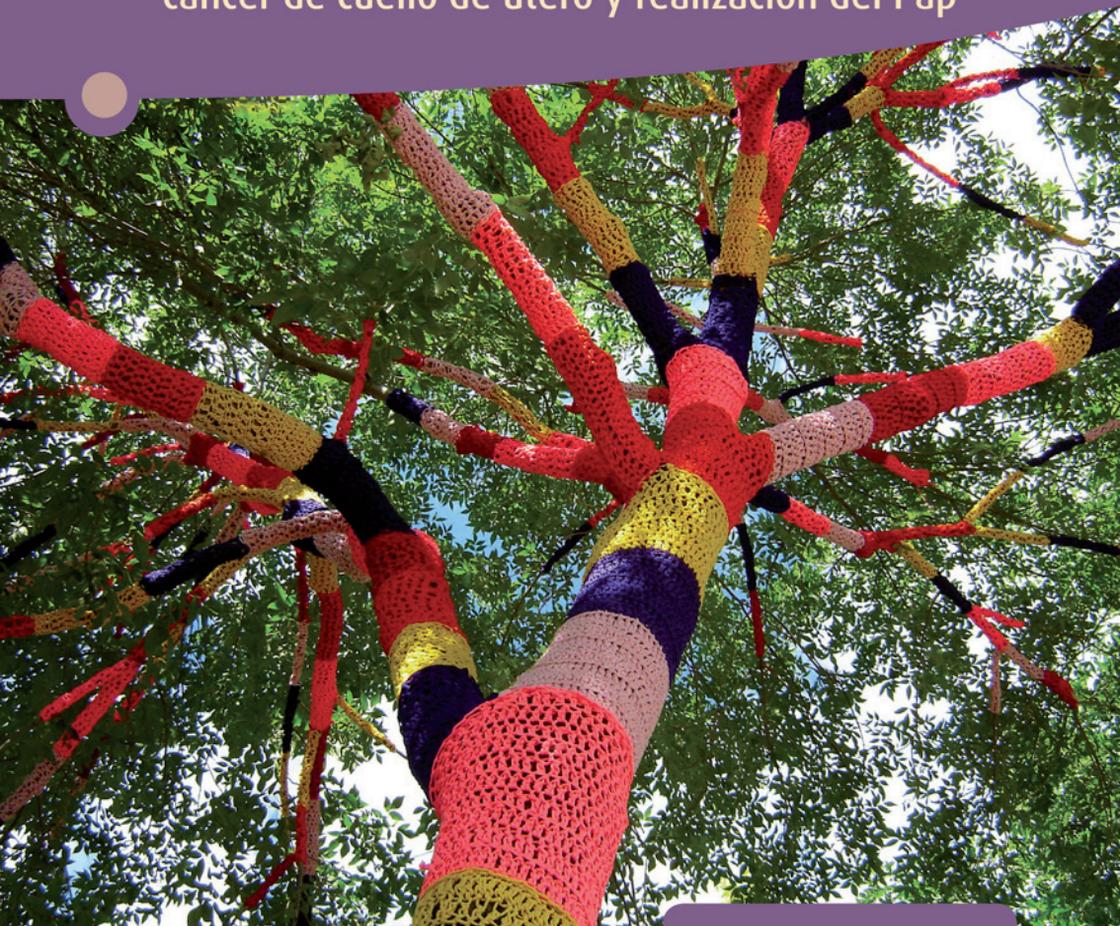


LO QUE PIENSAN LAS MUJERES:

conocimientos y percepciones sobre
cáncer de cuello de útero y realización del Pap



Lo que piensan las mujeres:
conocimientos y percepciones
sobre cáncer de cuello de útero
y realización de PAP



Autoridades

Sra. Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Sr. Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Sr. Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo González Prieto

Directora de Medicina Comunitaria

Dra. Silvia Báez Rocha

**Programa Nacional de Prevención
de Cáncer Cérvico-uterino**

Coordinadora Ejecutiva

Dra. Rosa Laudi

Coordinadora Científica

Dra. Silvina Arrossi



Lo que piensan las mujeres:
conocimientos y percepciones
sobre cáncer de cuello de útero
y realización de PAP



Programa Nacional de Prevención
de Cáncer Cérvico-uterino



Fecha de realización: 09/2011

Tirada: 4.000

Autores: Nina Zamberlin (Investigadora principal), Laura Thouyaret,
Silvina Arrossi.

Coordinación de grupos focales en pueblos originarios: Karina Faccia.

Edición: María Laura Requena.

Coordinación de la publicación:

Revisión técnica OPS/OMS: Marcia Moreira.

Arte de tapa: Ministerio de Salud de la Nación - Coordinación de
Información Pública y Comunicación - Área de Diseño

Foto tapa: “Tree Cozy” de Carol Hummel.

Diseño: Andrés Venturino (OPS/OMS).



Índice

Agradecimientos	9
Introducción	10
Metodología	13
Resultados	15
Conocimiento y percepciones sobre el cáncer de cuello de útero	
Causas del cáncer de cuello de útero	
Fuentes de información	
Prevención	
El PAP	
¿Quiénes deben hacerse el PAP?	
Obstáculos para la realización del PAP	
Pudor de mostrar el cuerpo	
Temor a un resultado positivo	
Experiencias de mala calidad de atención	
La pareja	

Discusión	43
Conocimiento	
Barreras	
Miedo y vergüenza	
Calidad de atención en los servicios de salud	
Dificultad para actuar preventivamente	
Conclusión final	49
Bibliografía	51

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecer a las mujeres que participaron en los grupos focales y compartieron sus opiniones, saberes y experiencias. También agradecemos muy especialmente a Alicia Campanera, Andrea Seoane, Raúl Claramunt y Ana Desvaux, referentes provinciales del Programa de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino que colaboraron en la convocatoria y organización de los grupos focales junto con Judit Noya, Laila Verón, Dora Saldías e Isabel Leguiza. Expresamos además nuestro reconocimiento a las autoridades de los distintos organismos que hicieron posible este trabajo conjunto.

La imagen de tapa fue cedida gentilmente por Carol Hummel para esta publicación. <http://www.carolhummel.com/>

Introducción

A pesar de que existen herramientas preventivas altamente efectivas y de bajo costo, el cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo (Ferlay, 2010). La experiencia de los países desarrollados ha mostrado que el tamizaje basado en el Papanicolaou (PAP) es efectivo para reducir las tasas de incidencia y mortalidad, sobre todo si se realiza en el marco de un programa de prevención organizado (IARC, 2005). Sin embargo, en América Latina la mayoría de los programas de prevención del cáncer de cuello de útero no ha logrado cumplir con sus objetivos debido principalmente a la baja cobertura del tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas, y al tamizaje oportunístico en servicios materno-infantiles y de salud reproductiva, centrado en mujeres jóvenes, con menor riesgo de desarrollar la enfermedad (Hernández-Ávila et al, 1998; Jiménez Pérez y Thomas, 1999; Lazcano Ponce et al, 1999; Robles *et al*, 2002; Agurto, *et al* 2004, Arrossi, *et al* 2010).

La Argentina no es una excepción: la mortalidad por cáncer de cuello de útero no ha tenido descensos significativos en los últimos cuarenta años (Arrossi et al, 2003) y la distribución de la carga del cáncer de cuello de útero es extremadamente desigual: las tasas de mortalidad de las provincias de las regiones Noreste y Noroeste (alrededor de 15/100.000) son entre tres y cuatro veces más altas que la de la Ciudad de Buenos Aires (4/100.000) (Arrossi et al, 2008). Uno de los princi-

pales problemas en estas regiones es la baja cobertura del tamizaje: según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009, en las regiones Noreste y Noroeste, sólo el 46% de las mujeres entre 35 y 64 años sin cobertura de salud se había realizado un PAP en los dos años anteriores a la encuesta (MSAL, 2009, mientras que en otras regiones, la cobertura es mayor. Por ejemplo, en las regiones Sur y Centro, la misma supera el 60%.

A pesar de la baja cobertura del tamizaje y tratamiento que presentan las regiones de Argentina más afectadas por la enfermedad, la evidencia acerca de la percepción y el conocimiento que tienen las mujeres de estas áreas sobre la prevención y tratamiento del cáncer de cuello de útero es prácticamente inexistente. Por otro lado, el desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención de la enfermedad basadas en el rol causal del Virus del Papiloma Humano (más conocido por su sigla en inglés como HPV) en el desarrollo del cáncer de cuello de útero hace que sea fundamental producir evidencia acerca de las percepciones de las mujeres sobre las causas del cáncer de cuello de útero y el rol del HPV. La incorporación de nuevas tecnologías (prueba de HPV y vacuna contra el HPV) debe incluir la provisión de información culturalmente apropiada que facilite la comprensión de los niveles de efectividad y las pautas de utilización de las diferentes alternativas.

La planificación de estrategias de comunicación acordes a las características sociales y culturales de las mujeres requiere de la realización de investigaciones operativas que permitan identificar las barreras de acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento y generar conocimiento sobre las percepciones de las mujeres acerca del cáncer de cuello de útero, sus causas y métodos de prevención y tratamiento.

Es importante considerar el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cuello de útero por la influencia que puede tener en la realización del PAP (Paolino et al, 2011) y en todo el proceso de atención. De nada sirve una alta cobertura de realización de PAP si las mujeres no retiran los resultados o abandonan el tratamiento. Brindar información adecuada a través de múltiples estrategias de comunicación y educación para la salud (consejería, talleres, materiales de comunicación, etc.) no

sólo aumenta la cobertura sino que también favorece las instancias de seguimiento y tratamiento (Ramos et al 1990; Allen et al, 2001; Taylor *et al*, 2002).

En ese contexto, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo la presente investigación formativa cuyo objetivo es analizar el conocimiento y las percepciones de mujeres de cuatro de las provincias argentinas con mayor mortalidad por esta causa (Jujuy, Misiones, Salta y Chaco¹) y la Provincia de Buenos Aires acerca del cáncer de cuello de útero, sus causas y métodos de prevención y tratamiento, e identificar las barreras de acceso a los servicios de tamizaje. El propósito final del trabajo es contar con información que permita el diseño e implementación de estrategias de aumento de la cobertura del tamizaje teniendo en cuenta la perspectiva de las mujeres.

En el año 2008 se realizaron 6 grupos focales en Jujuy y Chaco, y en el 2010 se llevó a cabo una nueva serie de 8 grupos focales en Salta, Misiones y la Provincia de Buenos Aires. Los resultados de la última etapa complementaron la información obtenida en los primeros grupos y aportaron la visión específica de las mujeres de comunidades originarias, considerando que esta población presenta particularidades en el acceso al sistema de salud. UNICEF apoyó la contratación de una antropóloga² con experiencia de trabajo en temas de salud de los pueblos originarios para la realización de dichos grupos.

1 - Estas provincias, por su elevada tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero, fueron identificadas como prioritarias para las acciones del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino.

2 - Los Grupos focales con mujeres de comunidades originarias de Misiones y Salta fueron realizados por la Lic. Karina Faccia.

Metodología

El estudio se realizó por medio de grupos focales, una técnica ampliamente utilizada en la indagación sobre las representaciones colectivas acerca la enfermedad, las conductas de cuidado de la salud, y las experiencias de utilización del sistema de salud (Ulin et al, 2002; Kitzinger, 1995). Se realizó un total de 14 grupos focales con 79 mujeres de 25 a 64 años pertenecientes a estratos sociales bajos provenientes de diferentes localidades urbanas y semi-rurales de Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y la Provincia de Buenos Aires. Los grupos se realizaron por tramos de edad (25 a 39 años y 40 a 64 años) y en la convocatoria se hizo un esfuerzo por incluir mujeres que nunca se habían realizado el PAP o que lo habían hecho hacía más de tres años. En Salta se realizó un grupo con mujeres de las comunidades originarias de Misión Evangélica Bautista, Colonia Santa Rosa, Orán y en Misiones en la Aldea Perutí, El Alcazar, Departamento Libertador General San Martín.

El reclutamiento de las participantes se realizó a través de la los referentes de los Programas de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino de cada provincia, que contactaron trabajadoras sociales, agentes sanitarios, médicos y enfermeras de centros de atención primaria que invitaron a las mujeres elegibles a participar. Los grupos se realizaron en centros de salud o espacios comunitarios y tuvieron una duración aproximada de 90 minutos.

La guía de discusión se estructuró en cinco ejes temáticos: 1) problemas de salud específicos de las mujeres; 2) conocimiento sobre

cáncer de cuello de útero y percepción de riesgo; 3) relación entre HPV y cáncer de cuello de útero; 4) conocimiento de medidas de prevención del cáncer de cuello de útero; y 5) barreras y facilitadores para la realización del PAP.

Previamente a cada grupo focal se explicaron los objetivos del estudio y se solicitó el consentimiento informado a las participantes. Al finalizar la coordinadora respondió preguntas y aclaró dudas sobre los temas abordados. A aquellas mujeres que nunca se habían realizado un PAP se las orientó acerca de dónde realizarlo y, cuando fue posible, se le proveyó un turno de PAP en el centro de salud. El material de audio recogido en los grupos fue desgrabado para su posterior codificación y fue analizado de manera inductiva, retomando los patrones, temas y categorías surgidas partir del discurso de las participantes (Krueger, 1994).

Resultados

Conocimiento y percepciones sobre el cáncer de cuello de útero

Con respecto a los problemas de salud que afectan específicamente a las mujeres, las participantes más jóvenes tienden a mencionar más el cáncer de cuello de útero que las mujeres mayores, quienes refieren principalmente otras patologías identificadas como propias de esa etapa vital como diabetes, osteoporosis, problemas cardíacos, hipertensión arterial o artrosis.

Los términos comúnmente utilizados para referirse al cáncer de cuello de útero son “cáncer de útero” o “cáncer de la matriz” sin diferenciar la localización. Otros términos como cáncer cervical o cérvico-uterino no fueron mencionados en forma espontánea por las participantes, si bien la mayoría los había oído nombrar. El cuello del útero se identifica como un órgano vinculado al aparato reproductor femenino, sin mayores precisiones acerca de su anatomía o función.

Las mujeres comparan el cáncer de cuello de útero con el cáncer de mama, señalando que existe mayor difusión acerca del cáncer de mama y que además les resulta más fácil conceptualizarlo y ubicarlo físicamente ya que la mama es un lugar visible en el cuerpo. El “bulto” asociado al cáncer de mama se percibe como una entidad palpable y concreta, a diferencia del cáncer de cuello de útero que resulta más abstracto en el imaginario de las mujeres.

- *“Prácticamente no sabemos nada del cáncer de útero, es más común escuchar del cáncer de mama en la tele o en la radio.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●
- *“Hay muy poca difusión de lo que es cáncer de cuello, pero de mama hay más.”* (Salta, 25-39) ●
- *“Es más complicado de explicar (el cáncer de cuello de útero) porque vos decís tengo un bultito o alguna molestia en la mama y es eso nada más, pero pensarlo ginecológicamente abarca mucho, puede ser el ovario, la trompa, el útero, el cuello, es más complicado, entonces a mucha gente le cuesta explicar qué problema tiene, en cambio el de mama es tengo un bultito y ya está: es cáncer de mama.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

El cáncer de cuello de útero se percibe como una enfermedad grave, invasiva, incurable y estrechamente ligada a la muerte que tiene un avance progresivo sobre el organismo. “Llaga”, “infección” y “pudrición” son algunos de los términos que las mujeres utilizan para describir la enfermedad. La alusión a la “pudrición”, que se reitera en todas las provincias, guarda relación con la imagen del estado avanzado del cáncer de cuello de útero que puede causar flujo con olor fétido, pero también con una idea de descomposición orgánica y muerte.

- *“El cáncer es una enfermedad fea, me imagino cáncer y es como que ya te estás muriendo.”* (Chaco, 25-39) ●
- *“Es una llaga que va afectando y va tomando las telas, los tejidos de la parte uterina como puede ser cualquier parte del órgano donde se encuentra la enfermedad.”* (Chaco, 40-64) ●
- *“Es como que la mujer se estuviera pudriendo por dentro, a la persona se le siente mal olor, un olor fuerte que es peor que un animal, como que te estás pudriendo en vida...”* (Misiones, 40-64) ●
- *“Yo pienso que no hay curación, te morís, no sentí por ningún lado que haya curación para el cáncer.”* (Jujuy, 25-39) ●

Los testimonios de las participantes que tienen familiares o allegadas que padecieron cáncer de cuello de útero dan cuenta de una

enfermedad que genera un desmejoramiento generalizado repentino, cuyos síntomas más salientes incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal agudo sostenido, además de pérdida de peso y caída de cabello. En general todas las referencias son sobre los estadios terminales de la enfermedad o efectos secundarios del tratamiento, y no aparecen mayormente menciones sobre el desarrollo de la enfermedad sin manifestación expresa de síntomas.

● *“Yo por lo que vi con mi hermana, ella era una mujer muy activa, ella nunca sintió nada, ella sólo empezó a sentir dolores fuertes de vientre, empezó a tener pequeñas hemorragias porque ya estaba en la edad de la menopausia y allí ella empezó a sentirse decaída.”*

(Chaco, 40-64) ●

● *“Mi hermana falleció de esa enfermedad hace como 8 años ya. Ella era una mujer gorda y quedó flaquita.”*

(Jujuy, 40-64) ●

● *“Es una enfermedad que es muy fea. Yo tuve a mi mamá que tuvo cáncer. Te da una impotencia porque una ve cómo sufre y no tiene cura. Mi mamá no podía comer, no podía hacer nada, se le caía el pelo, se ponía muy mal.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“Hace poquito falleció la mamá de mi vecina, con ella vi lo que es el cáncer de útero, la venía consumiendo desde hace 5 años, la consumió toda. Duró 20 días nomás en el hospital.”* (Misiones, 25-39) ●

Si bien la reacción inicial cuando se les pregunta qué saben del cáncer de cuello de útero es relacionarlo con la muerte -especialmente las mujeres de mayor edad que son las que presentan visiones más fatalistas y pesimistas con respecto a la enfermedad- esta asociación directa pierde fuerza a medida que se profundiza sobre el tema. Las mujeres perciben un espectro de posibilidades que pueden ocurrir una vez identificada la enfermedad, y conocen acerca de la existencia de tratamientos para detener el avance de la enfermedad y aumentar la supervivencia. En la mayoría de las menciones, las mujeres hacen hincapié en la importancia de la detección temprana o “a tiempo” para que el tratamiento sea efectivo.

- *“Hay tratamiento para el cáncer pero no tiene una cura. Se puede hacer algo para que no siga propagándose o para que no se agrave.” (Jujuy, 25-39) ●*
- *“Si una va cuando recién empieza se puede curar, pero si una se deja estar el cáncer va avanzando. No se lo puede sacar, no se lo quita una del todo, pero por lo menos con un tratamiento se lo puede sobrellevar años.” (Jujuy, 25-39) ●*
- *“Yo tengo una cuñada que tuvo cáncer de cuello, ella tiene mi edad ahora y se fue en aquella época al hospital y anda re bien, la han operado, le hicieron la quimio y todo salió bien. Ella solamente tenía hemorragias. Le cauterizaron la herida, me acuerdo que en ese momento le ponían plomo.” (Chaco, 40-64) ●*

Causas del cáncer de cuello de útero

Existe una noción generalizada acerca del cáncer como una enfermedad innata que permanece latente en el organismo hasta que se activa azarosamente o es disparada por un episodio puntual, ya sea a un factor externo como un golpe, o procesos internos como el embarazo o el aborto.

- *“Dicen que todos tenemos cáncer pero hay un tiempo que se despierta, eso me dijo un doctor. Todas las personas tenemos cáncer pero en algunos no se despierta.” (Chaco, 40-64) ●*
- *“Todos tenemos el cáncer pero el cáncer está dormido. El cáncer de cuello puede despertarse por alguna relación sexual brusca, algún golpe o de por sí se despierta así con la edad, con el tiempo.” (Jujuy, 25-39) ●*
- *“Dicen que todos tenemos cosas adentro y que en algunos se despierta y en otros no, algunos son más propensos o más débiles, por ejemplo si estás anémica o mal alimentada, o si tenés bajas defensas, o las que tienen muchos chicos, muchos embarazos o que se hacen abortos.” (Salta, 40-64) ●*

● *“Toda persona tiene cáncer, pero no sabe que el cáncer está dormido y en un momento se despierta. Todas tenemos cáncer pero no sabemos en qué parte. Yo las pocas veces que fui al médico le dije: bueno doctor, dígame dónde está mi cáncer.”* (Chaco, 40-64) ●

El embarazo y el parto, y en especial la multiparidad y la maternidad a edades tempranas son mencionados como factores causales del cáncer de cuello de útero. Varias mujeres mencionaron que el crecimiento del feto en el embarazo puede “tocar algo” que despierte el cáncer, y el parto con forceps, el aborto y el legrado pueden producir heridas o daños internos que desencadenan el cáncer.

● *“Yo vi mujeres hasta morir por eso... tienen el nene y se les despierta el cáncer, se ve que lo tienen en el vientre... antes no sentía nada, no le hacía nada, y después que tiene el chico sale el cáncer.”* (Chaco, 40-64) ●
● *“Yo a mi hijo lo tuve con forceps, me lo sacaron con forceps y es como que te lo arrancan y no sé si por eso se puede lastimar algo de la matriz y tener cáncer, por eso yo tengo miedo.”* (Jujuy, 25-39) ●
● *“La mayoría (de las mujeres que tienen cáncer de cuello de útero) son mujeres que tienen muchos hijos o que los tuvieron muy jovencitas. En el caso de mi mamá que tuvo cáncer de cuello de útero, nosotros somos siete hijos.”* (Misiones, 25-39) ●

Dentro de los procesos obstétricos que las mujeres asocian al cáncer de cuello de útero, el aborto ocupa un lugar importante según la perspectiva de las mujeres, especialmente cuando se trata de un aborto provocado en condiciones inseguras. Éste aparece como un factor causal del cáncer de cuello de útero ya sea porque el procedimiento inseguro sin atención médica puede generar procesos mórbidos que las mujeres asocian al cáncer de cuello de útero, porque pueden quedar restos o porque la intervención médica por medio de un legrado luego de un aborto incompleto puede “lastimar” el útero y desencadenar la enfermedad.

- *“Hay mujeres que se hacen un aborto casero y no vienen al hospital. Hoy en día las pibas se hacen cualquier cosa, no saben ni lo que se ponen, y les puede quedar algo adentro, no llegan a limpiar todo.”* (Salta, 40-64) ●
- *“Muchas veces cuando se hacen un aborto casero a veces quedan secuelas o coágulos o no toman adecuadamente la medicación, entonces se forman ciertas enfermedades.”* (Misiones, 25-39) ●
- *“Si le hacen un legrado le tiene que raspar por dentro y le pueden lastimar, te meten como una cuchara, así dicen, y eso te puede lastimar la matriz.”* (Salta, 40-64) ●

Un golpe en el abdomen, un esfuerzo físico, o relaciones sexuales bruscas también se perciben como “disparadores” de la enfermedad.

- *“Puede ser por un golpe o una caída, un golpe interno o que te aprieten la panza.”* (Jujuy, 25-39) ●
- *“Cuando una hace una mala fuerza se te puede hacer un coágulo.”* (Salta, 25-39) ●
- *“Cuando la mujer tiene relaciones con el varón muchas veces la lastima en la parte interior y puede tocar y despertar el cáncer.”* (Chaco, 25-39) ●

En esta misma lógica el PAP, entendido como un procedimiento invasivo, podría también “tocar” o “despertar” al cáncer dormido.

- *“Mi suegra tiene 52 años y nunca se hizo el PAP, dice que hacerse eso es hacerse cabecear y que eso mismo te despierta el cáncer.”* (Misiones, 25-39) ●

Las participantes mencionan también distintos factores que perciben vinculados a la posibilidad de desarrollar cáncer de cuello de útero como falta de higiene, ciclos menstruales irregulares, secreciones vaginales anormales, la utilización del dispositivo intrauterino (DIU), antecedentes de cáncer en la familia, y haber tenido cáncer de mama previamente.

- *“Siempre queda la idea de que la que tiene cáncer de mama después tiene cáncer uterino también, ¿pero puede pasarse así de la mama al cuello?”* (Jujuy, 25-39) ●
- *“Puede ser hereditario porque cuando vas al médico siempre te pregunta si en tu familia alguien tuvo cáncer.”* (Chaco, 25-39) ●
- *“Pienso en las mujeres que menstrúan dos o tres veces por mes, todas esas cosas que algún problema deben tener.”* (Jujuy, 40-64) ●
- *“Si la persona no tiene buena higiene puede llegar a tener hongos, bacterias y todas esas cosas que te dan enfermedades.”* (Salta, 40-64) ●
- *“Dicen que eso puede venir por el DIU.”* (Misiones, 25-39) ●

La asociación entre DIU y cáncer aparece con mayor fuerza en las mujeres de pueblos originarios. Algunas mujeres refieren no querer utilizar ese método anticonceptivo por temor a que pueda causar cáncer de cuello de útero. Esta percepción parece estar basada en el sangrado abundante o irregular que puede ocasionar la colocación del DIU.

- *“La vecina donde vive mi hija dice que había una chica que se había puesto un DIU y no sé cómo lo habrán puesto porque dice que eso tenía cáncer y a medida que iba pasando el tiempo ella menstruaba así muy seguido y al final ya no se detenía nada, seguía.”* (Salta, 40-64) ●

Las mujeres asociaron un mal estado de salud al cáncer de cuello de útero. A su vez, tener mala salud se vincula con conductas irresponsables, abandono y falta de autocuidado.

- *“Las mujeres que tienen mala alimentación, anemia o que tienen las defensas bajas y que se enferman de nada.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●
- *“Si no se cuida, si tiene una inflamación y empieza con flujo y no se cuida o no le da importancia, a partir de ahí la inflamación va creciendo y podés tener en el cuello del útero.”* (Misiones, 40-64) ●

● *“Tiene mucho que ver con la conducta personal, hay gente que ni siquiera se cuida, que hace su vida y no se preocupa y esas son las que están más propensas a enfermarse.”* (Misiones, 25-39) ●

Los factores relacionados a la conducta sexual fueron escasamente nombrados como causales, y el HPV en ningún caso fue mencionado espontáneamente. Cuando se indagó específicamente acerca del HPV se observó un desconocimiento generalizado. Sólo tres participantes tenían conocimiento del HPV y de su relación con el cáncer de cuello de útero: una mujer que reportó haber sido diagnosticada con HPV y dos que recordaban haber escuchado sobre el HPV en televisión.

● *“Yo por la tele escuché que de esa enfermedad hay que cuidarse, si una chica tiene y nunca se cuidó y que si pasan muchos años puede dar cáncer de útero, eso yo escuché en canal 9 cuando estuvo hablando una doctora... pueden pasar muchos años. Esa persona se enferma cuando tiene relaciones sexuales y no se cuida ninguno de los dos. Puede que esté enferma la chica y que contagie al hombre, o puede estar enfermo el hombre y contagie a la chica y la chica no se cuidó y contagió a otro señor y así sigue la cadena. Pueden pasar muchos años y también se puede detectar cáncer de cuello, también produce eso. Así por ver la tele ví yo nomás.”* (Chaco, 40-64) ●

Por lo general las mujeres desconocen por completo el HPV, sobre el que nunca oyeron hablar, o recuerdan haber escuchado en algún momento la sigla pero no recuerdan nada acerca de lo que escucharon. También es común que por la similitud de la sigla las mujeres confunden HPV con HIV (sigla en inglés que significa Virus de Inmunodeficiencia Humana).

● *“A mi no me suena a nada, nunca lo escuché nombrar.”* (Ijujuy, 25-39) ●
● *“Escuché en una reunión en la salita cuando estaba embarazada pero no me acuerdo qué era.”* (Misiones, 25-39) ●

- *“Sentí nombrar por la radio y por la tele pero no recuerdo qué es, mucho no presté atención.”* (Salta, 40-64) ●
- *“Cuando me mandaron a hacer el PAP vi que estaba en el papel pero no tengo ni idea qué es o para qué es.”* (Misiones, 25-39) ●

La posibilidad de contagio sexual del HPV relacionado al cáncer de cuello de útero no es un elemento de fuerza en la percepción de causalidad. Si bien las mujeres mencionan aspectos relacionados a la vida sexual como no cuidarse o tener múltiples parejas, ponen énfasis en éstas como conductas socialmente condenables y de “mala vida” que puede traer consecuencias negativas para la salud en general y no específicamente en relación al cáncer de cuello de útero.

- *“Esas mujeres que tienen vida fuera de lo normal, que trabajan en la calle, esas cosas, que llevan una vida libre en su sexualidad. Estar con muchos hombres te afecta a la larga o a la corta.”* (Chaco, 40-64) ●
- *“Hoy en día por ejemplo, que las chicas de hoy son así como que no les interesa mucho, se van con cualquiera y tienen relaciones, quedan embarazadas bien jovencitas, no se cuidan nada, y van con otro y tienen otro hijo y capaz que ni lo conocen al padre.”* (Salta, 40-64) ●

En general, las mujeres no asocian el concepto de infección de transmisión sexual al cáncer de cuello de útero, y cuando se las invita a reflexionar sobre esta posibilidad, los argumentos presentados desligan claramente una problemática de la otra.

- *“¿Que se contagie el cáncer por una enfermedad venérea que puedan tener los hombres? Ese creo que es un tema y el cáncer es otro tema. Al cáncer estamos expuestas cualquier mujer, pero eso de que el marido pueda tener otra mujer por ahí y que no se cuide con la otra y venga... ese es otro tipo de enfermedad, son dos cosas distintas.”* (Chaco, 40-64) ●

Las mujeres de pueblos originarios, si bien tampoco conocían el HPV, mencionaron el contagio de infecciones de transmisión sexual relacionado al cáncer de cuello de útero, atado a la noción de que todos los problemas de salud relacionados con el tracto reproductivo se originan por vía sexual. En estos grupos las mujeres también se refirieron específicamente a la sífilis, hongos e infecciones vaginales, y la presencia de flujo como un motivo de consulta al ginecólogo.

- *“¿Será porque tenemos relaciones con personas contagiosas?”* (Misiones, pueblos originarios) ●
- *“Algún hombre que va y se acuesta así con una mujer enferma.”* (Misiones, pueblos originarios) ●
- *“Y así, de alguno que tiene sida.”* (Misiones, pueblos originarios) ●

Fuentes de información

Las mujeres refieren que su conocimiento sobre el cáncer de cuello de útero es insuficiente y que tienen grandes vacíos de información. Las fuentes de información más comunes son la radio y la TV, especialmente los noticieros, y el grupo de pares mujeres en la comunidad con quienes habitualmente se conversa sobre temas de salud femenina.

- *“Conversamos entre mujeres, tomando mate con conocidas o cuando vas a comprar que te dicen «¿viste lo que le pasó a fulana?»”* (Chaco, 40-64) ●

Obtener información a través de los referentes del sistema de salud no resulta una posibilidad real por el contexto de sobrecarga de trabajo en el que operan los servicios públicos donde habitualmente no se generan espacios en los que las mujeres sientan que pueden plantear preguntas o dudas con comodidad. Los testimonios de las participantes dan cuenta de una comunicación poco personalizada entre el equipo de salud y las usuarias con mínimo intercambio de información y explicaciones.

● *“A veces nos piden estudios que no sabemos ni para qué son. Y para no ser tan hinchadas y para no molestar nos quedamos con la ignorancia. Como se acumula tanta gente en el centro de salud y es una sola persona la que atiende y las parteras se ocupan tanto de las embarazadas como de las que se van a hacer estudios y van únicamente por los controles, entonces uno se encuentra con tanto alboroto que uno dice entro, hago lo que tengo que hacer y salgo o le muestro el papel y que me de lo que me tiene que dar y me voy... y me quedo con esa duda de lo que quería preguntar.”*
(Chaco, 25-39) ●

Prevención

El discurso sobre el cuidado de la salud en general y la prevención está fuertemente anclado en el deber ser y la responsabilidad de llevar un estilo de vida saludable y realizar chequeos y controles médicos periódicos. Las mujeres más adultas suelen poner énfasis en la necesidad de realizar una batería completa de estudios clínicos mientras que las más jóvenes aluden principalmente al control ginecológico incluyendo el PAP.

● *“Una vez por año hay que hacer control para ver si está bien el corazón, la presión, la diabetes, la tiroides, hay que hacerse análisis de sangre, de orina, ecografía, todo es importante una vez al año.”*(Chaco, 40-64) ●
● *“Hay que ir al médico y pedir un estudio general completo: análisis de orina, de sangre, exudado, Papanicolaou, los análisis que más se hacen las mujeres para saber qué tenemos.”* (Chaco, 40-64) ●
● *“Hay que ir al ginecólogo una vez por año o cada seis meses para control, para ver cómo estás, para que te haga el PAP y la colpo (colposcopia)¹.”* (Jujuy, 40-64) ●

1 - A diferencia de lo que refieren las mujeres, la evidencia científica recomienda la realización de un Pap cada 3 años luego de 2 anuales consecutivos negativos, mientras que la colposcopia está recomendada como prueba diagnóstica en caso de detectarse una anomalía a través del PAP.

Sin embargo, las experiencias propias que relatan las participantes reflejan conductas preventivas y de autocuidado escasas o nulas que distan sustantivamente del “mandato de la prevención”. El uso de servicios de salud es casi exclusivamente con fines curativos frente a la aparición de síntomas o molestias o para la atención del embarazo y el parto y el cuidado de la salud de los hijos. No obstante el peso discursivo de la prevención, la mujer que se percibe sana no justifica la necesidad de consultar espontáneamente.

- *“Una siempre va recién cuando le duele algo y ya no aguanta más, si no, no va al médico. Una se deja estar, a veces vamos a último momento y después una lo lamenta mucho.”* (Jujuy, 40-64) ●
- *“Vamos al médico cuando tenemos alguna dolencia que ya no damos más, que llama mucho la atención, si no, aguantamos.”* (Chaco, 40-64) ●
- *“Decimos ¿para qué voy a ir si me siento bien? es lo primero que dice la mujer ¿si no me duele nada para qué voy a ir?”* (Chaco, 40-64) ●
- *“A veces vas al hospital y te dicen que te dan turno para dentro de tres meses y cuando pasan los tres meses tenés otra cosa para hacer y no vas y así va pasando y si no te duele nada no le das importancia”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64). ●

Las mujeres de mayor edad son las que muestran mayor reticencia al control preventivo.

- *“Si no siento nada, no tengo nada ¿para qué voy a ir al doctor? Supongo que cuando me apure algo, alguna cosa rara en mi cuerpo. Hasta ahora no tengo ni un punto, ni siquiera cuando tuve a los chicos. Nunca tuve un catarro que me tenga mal, yo era fumadora y hace un año dejé el cigarrillo, nunca me resfrío, nunca tengo nada. Ahora cuando me aparezca algo ya tendré que ir.”* (Chaco, 40-64) ●

Aun frente a la presencia de malestares o síntomas concretos percibidos como anormales las mujeres eluden o postergan recurrir al médico, y es común la automedicación como primer recurso.

● *“Yo tengo el DIU puesto hace dos años y medio y me duele. Una vez sola me fui a hacer ver y después nunca más. Ahora de noche no puedo dormir del dolor, mi mamá me dice: tenés que ir a hacerte ver porque capaz que tenés algo.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“Siempre se recurre a la automedicación, una amiga te dice tomate esto y con suerte el dolor va pasando, va pasando, uno lo deja estar y piensa que ya está, que ya pasó, por ahí tiene una infección por dentro y uno no sabe.”* (Salta, 25-39) ●

El rol de la mujer dentro del hogar se presenta como una de las principales barreras para la concreción del control de salud periódico. La priorización de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos son los argumentos que justifican la falta de tiempo para realizar el control médico, si bien las mismas mujeres se refieren a estos motivos como “excusas”.

● *“Mi mamá tiene cáncer de cuello de útero, se operó dos veces de eso pero después no fue más a verse, ella pone la excusa que no tiene tiempo porque tiene que ir a trabajar, que tiene que atender a mis hermanitas, que la casa.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“Siempre encontramos algo más importante para hacer y no vamos... No escuchamos cuando nos dicen que tenemos que ir al médico, primero está lo otro y después nosotras.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

● *“Cuando una tiene chicos dice hoy no puedo porque tengo que llevarlos al colegio, mañana no puedo porque tengo que trabajar, pasado tampoco porque tengo que limpiar... y así se pasan los días, los meses, los años y no vas nunca.”* (Misiones, 25-39) ●

● *“En el caso de mi mamá por ejemplo, muchas veces viene ella a sacar turno o vengo yo. Pero si está mi papá que le dice «yo necesito esto, necesito aquello», ya mi mamá no viene porque dice que mi papá está ocupado y hay que atenderlo y siempre hay un pero, ella dice «¿quién le va a servir la comida a tu papá?»”* (Misiones, 25-39) ●

● *“Yo hablaba con una señora mayor y me decía no tengo tiempo, no tengo tiempo, y yo le decía que nosotras siempre nos hacemos tiempo para trabajar para los demás, para nosotras también tenemos que tener tiempo, porque si nosotras no estamos bien no vamos a poder trabajar, vamos a ser una carga pesada para los demás...”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

Los testimonios son fiel reflejo de la división sexual del trabajo y roles de género rígidos que ubican la maternidad, la crianza de los hijos y el cuidado del hogar como principal función de la mujer. En consonancia con esto, la falta de prevención o las demoras o postergaciones para consultar al médico se dan exclusivamente en el cuidado de la propia salud y no así cuando se trata de sus hijos u otros miembros del grupo familiar.

● *“A mi nena sí la llevo al médico, tiene todas las vacunas al día, el peso, todo. La única forma que voy al médico es por ellos, por mis hijos.”* (Misiones, 25-39) ●
● *“Por los chicos siempre te tomás el tiempo y también te encontrás con los obstáculos de que no hay turno pero esperás lo que haya que esperar y te las arreglás para que los atiendan.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

EL PAP

En el discurso de las mujeres el cuidado ginecológico es fundamental para el cuidado de la salud de la mujer, y el PAP es un elemento clave aunque principalmente para las mujeres en edad reproductiva o jóvenes.

En general las participantes conocen los términos PAP o Papanicolau y los asocian a un estudio médico para las mujeres, si bien no siempre pueden definir su utilidad o relacionarlo con la detección precoz del cáncer de cuello de útero. Entre las mujeres que nunca se hicieron el PAP el conocimiento sobre esta prueba es escaso y confuso.

Algunas mujeres nunca escucharon hablar del PAP, y otras lo asocian con estudios médicos de otra índole.

● *“Yo quiero hacerme el PAP porque el día de ayer estuve botando flema.”* (Jujuy, 40-64, sin PAP) ●

Muchas de las mujeres que nunca se habían hecho un PAP son grandes multíparas que tuvieron contacto sostenido con el sistema de salud durante sus embarazos y partos, y aún así no recordaban haberse realizado el PAP alguna vez.

● *“Yo tengo 38 años y tengo 9 hijos, y después del último me hicieron la ligadura, pero eso del PAP no me hicieron nunca.”* (Chaco, 25-39, sin PAP). ●

Dentro del grupo de mujeres que nunca se hicieron un PAP, además de las que desconocen la práctica por completo están las mujeres que tienen escaso conocimiento sobre su utilidad y beneficios, que no lo consideran importante o que manifiestan falta de motivación para realizarlo.

● *“Saco turno pero después me quedo dormida o me olvido de ir.”* (Chaco, 25-39, sin PAP) ●

● *“Dicen que toda las mujeres se tienen que hacer el PAP, pero a mí me da pereza.”* (Chaco, 25-39, sin PAP) ●

● *“Dejo de lado lo que es importante... supongo que me van a atender si a todo el mundo le atienden, pero ahí nomás falta el empuje.”* (Chaco, 25-64) ●

Por su parte, las mujeres que conocen el PAP y se lo han realizado alguna vez, destacan su valor preventivo y hacen hincapié en la necesidad de saber acerca del estado de los órganos internos que no se pueden evaluar a simple vista. Para ellas la realización del PAP es una forma de tener control sobre su estado de salud.

● *“El PAP previene el cáncer o si ya está el cáncer lo detecta a tiempo y puede evitar incluso hasta la muerte.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“El PAP es para saber qué tenés por dentro, si tenés una enfermedad nueva o si tenés flujo, si te encuentran alguna mancha rara, alguna ampolla, un virus, si es contagioso o no.”* (Salta, 40-64) ●

● *“Es un estudio para ver cómo estás por dentro, sirve para averiguar si hay flujo, inflamación o infección, si uno no viene al médico no lo va a saber nunca.”*

(Misiones, 40-64) ●

● *“Sirve para tratar el virus que produce el cáncer y detecta otras enfermedades que pueden ser de infección sexual.”* (Misiones, 25-39) ●

También, las mujeres que se han hecho el PAP alguna vez pueden describir con sus propias palabras los pasos del procedimiento y acuerdan que es una práctica indolora.

● *“Te ponen una cosita que sentís que te abre, y el doctor es como que te raspa, pero no te duele, te molesta.”* (Chaco, 25-39) ●

● *“No duele, te tienen un ratito y así con un escarbadiantes o una pajita te raspa y te saca un sarrito que tenemos adentro y ponen eso en un vidriecito y eso lleva a estudiar y con eso nomás ya sabemos si tenés algo, si estás bien para que estés tranquila.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“Te ponen un tubito y te sacan una muestra como con un hisopo y la ponen adentro de un tubito y allí llevan y analizan eso y después llegan los resultados y la ginecóloga te dice qué tenés, si te tenés que medicar con algo, si tenés alguna infección.”* (Chaco, 40-64) ●

● *“Te hacen levantar las piernas y te sacan un líquido, una grasita de la vagina de bien adentro con un hisopo como si fuese un palito, abren, lo meten, sacan la muestra y la mandan a analizar, después de 20 o 30 días pasás a buscar el resultado.”* (Salta, 25-39) ●

La mayoría también menciona cuidados o preparativos a tener en cuenta con anterioridad a toma del PAP.

- *“No tenemos que tener relaciones 48 horas antes, hay que higienizarse bien y traer todo lo que te piden, el frasquito, el espéculo, también te piden un rollo de papel.”* (Misiones, 25-39) ●
- *“No tener relaciones por 3 días, no estar con menstruación y no tener flujo.”* (Jujuy, 25-39) ●
- *“Hay que venir al médico sin higiene, nos levantomos y vamos nomás sin higiene, te bañás el día antes y ya está, te vas sin higiene de la mañana.”* (Salta, 40-64) ●

Existe un amplio consenso acerca de que el PAP no es doloroso sino simplemente molesto o incómodo y que la cuestión más crítica es la vergüenza.

- *“No duele y es rápido, pero el momento se hace eterno. Yo me quería tapar toda, una vergüenza tenía...”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64). ●
- *“Hay muchas que te preguntan si duele, pero porque no saben cómo es porque nunca se hicieron, no tienen idea y se imaginan cualquier cosa, tienen la fantasía que puede ser muy doloroso y nada que ver, no es que duele sólo molesta y es feo estar ahí con las piernas abiertas.”*(Salta, 25-39). ●

A las mujeres de comunidades originarias les cuesta conceptualizar el cáncer de cuello de útero y el PAP, si bien algunas participantes pueden describir el procedimiento así como las condiciones que las mujeres deben tener en cuenta antes de realizarse el PAP. A diferencia de las mujeres de población no originaria, las mujeres de estos grupos expresan concretamente tener temor a que el PAP les produzca una lesión.

Las mujeres que conocen el PAP saben también que es necesario regresar al centro de salud para retirar los resultados, y que en base a éstos se indicará algún tipo de tratamiento si fuera necesario. En promedio las mujeres señalan 30 días como el plazo que deben esperar para retirar el resultado en el sistema público. Como ilustran los testimonios, en algunos casos las mujeres reconocen que no regresan a retirar el resultado o que presumen que si el resultado es positivo el centro de salud las contactará para notificarlas.

● *“Me hace el Papanicolaou la doctora y me dice «bueno, calculá 25 o 30 días y vení a verme». Entonces yo directamente vengo, saco el turno y ella me da el resultado.”* (Salta, 25-39) ●

● *“Sería bueno que lo entregue el médico directamente para que te explique porque uno va a retirar el resultado y no entiende nada y no vuelve nunca más.”* (Misiones, 40-64) ●

● *“Cuando hicieron la campaña yo vine y me lo hice. Me dieron la fecha en la que tenía que volver con ese papelito que no tenía que tirar, pero ahora que me acuerdo yo no lo retiré.”* (Misiones, 40-64) ●

● *“Yo no vine a buscar el resultado porque si sale que tenés algo te avisan.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

Con respecto a la accesibilidad, las mujeres que conocen el PAP y lo realizan en forma periódica describen vías de acceso relativamente fáciles principalmente a través de los centros de atención primaria. El mecanismo habitual es obtener una orden médica en una primera instancia y luego sacar un turno para la toma del PAP. También aisladamente algunas mujeres comentaron acerca de las campañas de PAP que se realizan esporádicamente en las que se ofrece un horario amplio para la toma de la muestra en un día específico.

● *“Acá la salita dan turnos para PAP para 10 personas y al otro día ya le hacen el PAP, acá no hay mucha dificultad. El resultado tarda 15 días.”* (Jujuy, 25-39) ●

● *“Acá en la salita enseguida te dan los turnos.”* (Misiones 40-64) ●

● *“Yo voy a la tarde nomás a hablar con el doctor para hacer el PAP, yo llego al doctor y le digo si me puede hacer.”* (Chaco, 40-64) ●

¿Quiénes deben hacerse el PAP?

Las representaciones colectivas acerca de quiénes se deben realizar el PAP y con qué frecuencia reproducen un discurso normativo que abarca como destinatarias a todas las mujeres a partir del inicio de

las relaciones sexuales, y especialmente a las mujeres que han tenido hijos, con una frecuencia mínima de una vez al año, e idealmente dos. Algunas participantes incluso mencionan que las mujeres no iniciadas sexualmente deben también hacerse el PAP a partir de la menarca².

- *“Todas las mujeres una vez al año a partir de que una empieza a tener relaciones.”* (Salta, 40-64) ●
- *“Hay que controlarse, hay que hacerse el Papanicolaou cada seis meses, una vez al año aunque sea.”* (Chaco, 25-39) ●
- *“Hay que hacerse siempre el PAP hasta que una se muera.”* (Salta, 40-64) ●
- *“A las mujeres que no tienen relaciones se les manda a hacer si es necesario, si los médicos tienen alguna duda sobre algo. Hay un aparatito especial para las mujeres que no han tenido relaciones sexuales.”* (Chaco, 40-64) ●
- *“Desde que se hace señorita aunque no tenga relaciones porque igual podés tener alguna enfermedad.”* (Misiones, 40-64) ●

Si bien las mujeres perciben que todas las mujeres deberían hacerse el PAP, ponen un fuerte énfasis en las mujeres de edad reproductiva, principalmente en el marco del control del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos.

- *“Estando embarazada estás controlada, te hacen todos los estudios, te hacen el PAP, ahora mi hija está embarazada y yo le digo andá a hacerte el PAP.”* (Chaco, 40-64) ●
- *“Sobre todo hay que hacerse el PAP cuando estás embarazada. En el control del embarazo es muy importante el PAP para cuidar el embarazo.”* (Jujuy, 25-39) ●
- *“La última vez que me hice fue cuando estaba embarazada antes de tener a mi último hijo que tiene dos añitos, después no me hice más.”* (Jujuy, 25-39) ●

2 - El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino recomienda la realización del Pap a partir de los 25 años, con una frecuencia 1-1-3 (cada 3 años luego de 2 paps anuales consecutivos negativos).

● *“Cuando tenés el DIU hay que hacer el PAP cada seis meses me dijo la doctora.”* (Chaco, 25-39) ●

Bajo esta lógica, las mujeres que no tienen una vida sexual activa, que están fuera de edad reproductiva o que no desean tener (más) hijos, no tendrían necesidad de realizar el PAP. Los testimonios muestran claramente la asociación del PAP con el embarazo y la discontinuidad de esta práctica fuera de él.

● *“Mi hija tiene 33 años y ese fue mi último PAP.”*

(Chaco, 40-64) ●

● *“Yo tengo 41 y dejé de hacerme el PAP por 9 años, y después cuando tuve a mi hija más chiquita me volví a hacer.”* (Chaco, 40-64) ●

● *“Yo ya no tengo marido, y soy mayor ¿para qué me voy a hacer?”* (Jujuy, 40-64) ●

● *“A la gente mayor nunca le piden el PAP.”* (Misiones, 40-64) ●

Para las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, el PAP se percibe con una doble función: controlar la salud de la mujer y a su vez evitar la posible falla del método, especialmente en las usuarias de DIU.

● *“Desde que tengo el DIU me hago el control y el PAP con el ginecólogo porque es una responsabilidad que tiene la mujer para saber que estás bien y para estar segura que no voy a quedar embarazada.”* (Salta, 25-39) ●

Algunas mujeres reportan una importante sobreutilización del PAP vinculado al uso de métodos anticonceptivos que carece de criterio médico alguno y evidencia un uso ineficiente de recursos.

● *“Yo me voy cada mes a ver a la partera para hacerme un control de PAP, y todos los meses me voy al hospital a hacerme una ecografía, porque yo tengo el DIU. Ahora que ya pasó un año me toca ir cada tres meses.”* (Chaco, 25-39) ●

La percepción de las mujeres de más de 50 años acerca de las conductas preventivas en general y el PAP en particular merece especial atención. Como ya dijimos, estar fuera de la edad reproductiva o no tener una vida sexual activa se entiende como una exención de la necesidad de realizar el PAP. Asimismo, las mujeres mayores no expresan conductas de tipo preventivas como motivo de uso del sistema de salud, suelen consultar por patologías o dolencias que identifican como propias de su edad (osteoporosis, artrosis, diabetes, hipertensión), y muestran preocupación por enfermedades nuevas o desconocidas.

● *“Lo que se está viendo ahora mucho en las mujeres es esa enfermedad de los huesos, empezamos con algunas compañeras que me duele acá me duele allá, y después de mucho andar de tomar solas un analgésico o esto o lo otro se fueron al doctor y ya tenían una total falta de calcio, estaban los huesos con unos agujeros tremendos, gente de nuestra edad, 52 años.”*
(Chaco, 40-64) ●

● *“Yo ahora vengo a la salita porque ya no aguanto el dolor de los hueso.”* (Jujuy, 40-64) ●

En este grupo de edad abundan expresiones de negación, fatalismo y entrega al destino que restan importancia a las conductas preventivas.

● *“Si dice Dios tenés que morir, bueno hay que morir. Yo no tengo miedo a ninguna enfermedad.”* (Chaco, 40-64) ●

● *“Y bueno si uno está enfermo qué va a hacer, va a seguir así. Yo ya soy vieja, ya viví todo, ya estoy yendo para otro lado, ahora cuidense ustedes.”* (Salta, 40-64) ●

Las mujeres mayores no priorizan las prácticas preventivas para ellas mismas y consideran que son “descuidadas con su propia salud”, pero son muy enfáticas a la hora de recomendar el control ginecológico periódico y el PAP a sus hijas mujeres en edad reproductiva.

● *“Yo no soy de ir al doctor pero tengo mi hija de 33, y le digo nena tenés que ir al doctor para el chequeo, y ella me dice ¿y vos mamá?, no pero yo soy distinta, yo soy vieja ya.”* (Chaco, 40-64) ●

● *“Yo no me cuido nada, no prevengo nada pero sí doy consejos. A mi hija le digo vos tenés que hacerte esto y esto y esto. Ella se puso el DIU y a cada rato le digo ¿te fuiste a hacer el control? ¿el PAP? ¿tomaste esto? ¿te fuiste a ver al doctor?”* (Salta, 40-64) ●

Obstáculos para la realización del PAP

Los obstáculos para la realización del PAP se concentran en factores de tipo subjetivo: sentimientos de vergüenza frente al examen ginecológico en primer lugar, y en segundo lugar, temor a que el resultado sea positivo. Las barreras objetivas de acceso como distancia, horarios o sistema de turnos fueron escasamente mencionadas y aparecieron principalmente en el grupo de la Provincia de Buenos Aires y en los de comunidades originarias, pero siempre en menor medida que las barreras subjetivas.

● *“Si tenés que ir a la salita con la nena y esperar, ir a sacar turno a la mañana y es un lío, eso te pasa, vas a la mañana y te dicen que no hay turno, que tenés que volver a la tarde para que te lo hagan la semana que viene, y a la tarde con tanto calor con la nena no vas a ir, yo tengo que caminar 15 cuadras y con la nena no VOY.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

● *“A veces las mujeres vienen a sacar turno y como no encuentran turno no vienen más, se van y no vuelven más, por casualidad vienen y como no encuentran turno no vuelven más.”* (Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

En las comunidades originarias las mujeres deben trasladarse al hospital más cercano para la realización del PAP ya que en el puesto sanitario local no se realiza la toma. En el caso de la comunidad Mbyá Guaraní Aldea Perutí, el hospital se encuentra a 25 kilómetros de dis-

tancia. En el caso de Colonia Santa Rosa, la distancia es menor pero también requiere movilizarse en transporte público, o a pie. Las mujeres tienen dificultades para trasladarse, especialmente las que lo hacen con sus hijos pequeños, o los horarios del transporte no coinciden con los de entrega de turnos en el hospital. Al igual que las mujeres de los otros grupos, las experiencias de uso de servicios de salud se relacionan fundamentalmente con la atención del embarazo y el parto y no con prácticas preventivas.

Pudor de mostrar el cuerpo

La visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico o el equipo de salud, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable. El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres. Ellas sienten vergüenza de exponer sus genitales y ser observadas y tocadas, siendo éste un motivo importante para la no realización del PAP que se potencia cuando el proveedor es un hombre joven y la usuaria también es joven.

- *“Una tiene vergüenza de estar abierta de piernas y que el otro esté mirando.” (Salta, 25-39) ●*
- *“Da vergüenza que te vean las partes íntimas, te dice acostate en la camilla, abrí las piernas... te da vergüenza.” (Misiones, 25-39) ●*
- *“Me trajo mi hermana pero cuando vi que era un doctor jovencito no dije nada y me fui.” (Jujuy, 25-39) ●*
- *“Si es una mujer sí me hago, pero si tengo que entrar y es un ginecólogo o si yo se que es un ginecólogo, no vengo siquiera a sacar turno.” (Salta, 25-39) ●*
- *“Me da vergüenza. Acá hay un doctor, y me da vergüenza porque es un hombre, si hubiera una doctora sería otra cosa... Yo no me abro delante de un doctor.” (Misiones, 25-39) ●*

Es interesante notar que la vergüenza representa un factor significativo en la decisión de realizar la consulta ginecológica de control, pero no tiene el mismo peso cuando se trata de la atención del em-

barazo o el parto. En estas circunstancias las mujeres se vuelven más tolerantes, y ubican sus sentimientos pudorosos en un segundo plano privilegiando la necesidad de controlar el embarazo con el fin de evitar cualquier riesgo para el futuro hijo.

● *“Yo quiero que me revise una doctora para el Papanicolaou nada más, porque después los controles del embarazo sí me tocaba un hombre varón, lo mismo me hacía. Me media la panza, todas esas cosas sí, pero sí me decía del Papanicolaou, no.”* (Misiones, 25-39) ●

● *“En el parto se te va toda la vergüenza, encima en el parto no es que viene uno solo, vienen 5 o 6 y te miran, pero entre el dolor y la emoción de tener un hijo y todo lo que querés que el bebé salga bien, no importa quién esté, quién me mire, quién me cose, nada...”*

(Prov. de Buenos Aires, 40-64) ●

Asimismo durante el embarazo que constituye un hecho social y familiar de importancia, el cuidado de la salud de la mujer y el futuro hijo se vuelve un tema familiar del que todos están pendientes. Especialmente la madre y la suegra de la embarazada ofrecen consejos, acompañan y estimulan la consulta médica de control. Las mujeres se sienten cuidadas y mimadas en este período. El lugar privilegiado de la embarazada finaliza abruptamente con el nacimiento del bebé que pasa a ser el centro de atención. El sistema de salud también contribuye en este sentido al focalizar la salud de la mujer en torno al embarazo y el binomio madre-niño.

● *“Están las abuelas que te andan encima para que te cuides, que vayas al control, que te acuerdes de los estudios, cuando estás embarazada es como que te miman más... pero cuando es para nosotras nos olvidamos o nos dejamos estar.”* (Salta, 25-39) ●

● *“Desde la salita a nosotras cuando estamos embarazadas nos persiguen, la enfermera viene y te dice que tenés que ir al control, ellos te visitan regularmente y te obligan, como que te exigen que te hagas el control. Después tenés tu hijo, te preocupás por el bebé y una se olvida de una misma.”* (Misiones, 25-39) ●

En menor medida, algunas mujeres expresan que prefieren ser atendidas por médicos varones porque creen que son mejores profesionales o que tienen mejor trato con las pacientes. Muchas veces esta preferencia se basa en experiencias vividas durante la atención del embarazo y el parto donde las mujeres se sintieron mal tratadas por las profesionales mujeres del equipo obstétrico.

- *“Yo le temo más a la mujer que al hombre. Escuché que las mujeres ginecólogas son más brutas cuando hacen el PAP”* (Jujuy, 40-64) ●
- *“Una se siente más tranquila con el médico, yo nunca me atendí con una mujer.”* (Misiones, 40-64) ●
- *“Con otra mujer siento menos confianza, no se por qué. Como que los hombres saben más, que la van a tratar mejor, son más delicados. Yo tuve esa suerte, que me han tratado bien en los embarazos, me han tratado con mucho amor, por eso yo a un médico le tengo más confianza.”* (Misiones, 40-64) ●

Hay también mujeres que se atendieron durante mucho tiempo con un/a médico/a y que cuando ese profesional no está más en la institución, tienen dificultades en asumir el cambio y atenderse con uno nuevo.

- *“Yo me acostumbré con un médico solo, era el Dr. X que me hacía todo, y no está más y ahora ir con otro me da vergüenza. Es como empezar todo de nuevo porque una se acostumbra, el médico te conoce, conoce tu historia, conoce a cada persona. Yo por ejemplo con el Dr. X tuve todos mis hijos, tengo mi nena que tiene 19 años y el estaba como residente y ya tuve mi primer hijo con el, después vino acá a la salita y siguió los tratamientos de embarazo, todo. Una se acostumbra, ya te conoce, y sabe más o menos tu caso.”* (Misiones, 40-64) ●

Temor a un resultado positivo

En el discurso de las mujeres, y especialmente en las mujeres de mayor edad, el temor al PAP tiene que ver con la posibilidad de que el estudio revele la presencia de una enfermedad grave o incurable que de otra forma no hubiera sido conocida, al menos hasta la manifestación de síntomas. Ir al médico representa una probabilidad de que éste identifique y diagnostique alguna enfermedad y muchas mujeres prefieren “no saber”. Para ellas no realizarse el PAP es una forma de evitar angustia e incertidumbre.

- *“No todos quieren saber lo que tienen. Por ahí en el momento te sentís bien entonces para qué vas a ir a ver si encima te encuentran algo.” (Jujuy, 40-64) ●*
- *“Yo si me hago el PAP ya estoy afligida... capaz que ya me voy a morir antes de que me digan lo que tengo. A mí no me toquen, de algo me voy a morir... entonces no me hago el PAP, lo mismo el electro, yo no me hago, le tengo un miedo, un terror...” (Chaco, 40-64) ●*
- *“Yo en mi caso no me hago porque siempre tuve miedo de que tenga algo y no se cómo voy a reaccionar con la noticia, con eso tengo miedo, no sabría si voy a tolerar que me digan que me sale mal, sería difícil.” (Misiones, 40-64) ●*
- *“Fui hasta la puerta, fui con el turno a la hora para hacerme el PAP pero me fui, no me hice, es como que me venció el miedo, me ganó el miedo y no me hice. El doctor me dijo que no dolía nada, que es una pavada, y me explicó que con la cucharita, le sacan de ahí y le analizan, y sé que no duele, a los resultados es el miedo.” (Misiones, 40-64) ●*

Experiencias de mala calidad de atención

Por otro lado, los rumores y las vivencias propias o ajenas de malas experiencias en la consulta ginecológica tienen un gran impacto en la toma de decisiones respecto del PAP. Una cuestión clave en este aspecto es la privacidad y las características del espacio donde se reali-

za la consulta así como el trato por parte del equipo de salud entre otras dimensiones de la calidad de la atención.

- *“A mi una de mis amigas me contó que cuando se lo hicieron la dejaron así con las piernas abiertas en la camilla y el doctor se fue a atender a otra y pasaba uno y pasaba otro y la miraban y a mi me dio más vergüenza venir a hacerme esa revisión.”* (Salta, 25-39) ●
- *“Yo me iba a hacer el PAP hace mucho tiempo pero vino una señora y dijo que por hacerse el PAP le habían metido una enfermedad, le habían colocado eso (el espéculo) para hacerse el PAP y seguramente que no estaba desinfectado y entonces le pasó la enfermedad que tenía la otra mujer que le habían hecho el PAP, y de ahí que yo dije no voy.”* (Jujuy, 40-64) ●
- *“Yo le tengo un recelo total a la salita a mi me dijeron que tratan mal en la salita y yo no voy.”* (Chaco, 40-64) ●

La pareja

En general las mujeres reportan que sus parejas las apoyan para que se realicen el PAP, aunque muchos también se muestran celosos cuando el médico es varón o asocian el control médico con sospechas de infidelidad. El discurso generalizado entre las mujeres es que independientemente de que la pareja apoye u obstaculice la realización del PAP la mujer debe privilegiar el cuidado de su propia salud.

- *“Mi marido es celoso, yo le digo que voy a hacerme un estudio y me dice ojito con el médico. Hay varones muy celosos que no quieren que la mujer vaya. Está el que dice vas al ginecólogo porque seguro te gusta. Muchas veces lo relacionan con otras cosas los maridos, con que tenés relaciones fuera, que por eso vas al médico. Sospechan que si venís al médico es porque en algo raro andás.”* (Salta, 40-64) ●

- “Yo me iba calladita nomás para hacerme el Papanicolaou, porque mi marido me decía «vos, te vas a encontrarte con alguien por ahí», el otro era un loco y no quería que me haga el Papanicolaou. Entonces yo me iba a atender, veía al médico y listo. No importa lo que diga el hombre una tiene que hacer lo de una sin depender de si al marido le parece bien o mal.”
(Misiones, 40-64) ●
- “Con el tema de los tres días sin tener relaciones él empieza a preguntar ¿y por qué? Y vos le decís mirá me tengo que hacer tal estudio, no tengo que tener relaciones tres días, y el te puede hacer la gauchada pero si no le comentás tal vez es para problemas.”
(Jujuy, 25-39) ●

Discusión

El conocimiento acerca de las percepciones de las mujeres sobre el cáncer cérvico-uterino y las barreras para la prevención es fundamental para aumentar su participación en el tamizaje, seguimiento y tratamiento. El propósito final que guió el desarrollo de este trabajo fue la generación de evidencia para el diseño de políticas públicas de prevención y tratamiento de cáncer cérvico-uterino que incorporen la perspectiva de las mujeres.

Los resultados de esta investigación revelan las ideas y conocimientos que tienen las mujeres entrevistadas sobre el cáncer cérvico-uterino, su prevención y tratamiento, así como las distintas barreras que condicionan el proceso de atención. Esto implica que para desarrollar acciones efectivas es necesario implementar una estrategia integral, que esté orientada a abordar la multiplicidad de factores que influyen en las decisiones que toman las mujeres acerca de su participación en programas de tamizaje. Esta estrategia debiera atravesar la totalidad del sistema de salud e involucrar a distintos actores: decisores políticos, autoridades sanitarias, directores de los servicios de salud, profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil, comunidad en general y las mujeres, entre otros.

Conocimiento

Los resultados muestran que en general el conocimiento de las

mujeres entrevistadas sobre las causas del cáncer de cuello de útero es vago y confuso; asimismo, la gran mayoría desconoce el HPV y su rol causal en el desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, a pesar de que las mujeres se refieren al cáncer de cuello de útero como “pudrición”, un término que vulgarmente se utiliza para nombrar infecciones de transmisión sexual (Gogna et al, 1997; Zamberlin, 2000), los resultados no vinculan la enfermedad a la conducta sexual.

Las mujeres conocen el PAP como un estudio asociado a la salud de las mujeres, si bien no siempre pueden definir su utilidad o relacionarlo con la prevención del cáncer de cuello de útero. Este desconocimiento se encuentra mayormente acentuado en las mujeres mayores que nunca se han realizado un PAP.

La evidencia científica muestra que el conocimiento acerca del cáncer de cuello de útero y su prevención está asociado a la participación de las mujeres en los programas de tamizaje (Paolino et al, 2011, Ramos et al, 1990). Es importante aumentar el nivel de conocimiento de la población acerca de la temática para contribuir a mejorar la cobertura de mujeres en el tamizaje. En este sentido, el abordaje debe ser integral: son importantes los materiales de comunicación y difusión para la población que respeten las características locales, pero estos deben ir acompañados de una estrategia que involucre a los equipos de salud que tienen el contacto cotidiano con las mujeres, y que comprometa a otras organizaciones de la sociedad civil, un actor clave para visibilizar el tema en la comunidad.

Barreras

Miedo y vergüenza

Las barreras para la realización del PAP se asocian a actitudes de timidez y/o vergüenza, o al temor a descubrir estar enfermas. Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros estudios llevados a cabo en América Latina y otras regiones del mundo. Un estudio del Reino Unido reportó entre las razones de no participación en servicios de tamizaje la falta de conocimiento sobre las indicaciones y beneficios

del PAP, miedo, vergüenza y temor a sentir dolor (Fylan et al, 1998). Asimismo, una revisión bibliográfica de los principales estudios realizados sobre el tema mostró que las mujeres reportan no hacerse el PAP por vergüenza, o por “miedo a saber” y que prefieren vivir con la duda (Conway, 1997). Un estudio en cinco países latinoamericanos que exploró las barreras para el uso de servicios de prevención de cáncer de cuello de útero también reportó miedo, vergüenza y la preferencia de no saber si se padece una enfermedad incurable entre los factores que inciden en la no realización del PAP (Agurto et al, 2004).

La vergüenza asociada al examen ginecológico es un elemento que amerita especial atención. Diversos estudios han mostrado que una barrera para la realización del tamizaje es la vergüenza a la exposición del cuerpo, sobre todo cuando falta privacidad o cuando el tomador de PAP es un hombre (Bingham et al, 2003; Winkler et al, 2007). A diferencia de otras instancias de atención de salud como la atención del embarazo y el parto, en las que el examen pélvico tiene una connotación positiva en relación al bienestar del futuro hijo, en el tamizaje cérvico-uterino la vergüenza, el pudor y las incomodidades propias del examen ginecológico cobran mayor fuerza, favoreciendo la postergación o la no realización.

La vergüenza que las mujeres pudieran sentir puede contrarrestarse por medio de la oferta de servicios que aseguren privacidad y ofrezcan comodidad y seguridad a las mujeres en el momento de la toma del Pap. El trato cordial, la empatía, la capacidad de escucha y el respeto son condiciones fundamentales para que las mujeres no se sientan expulsadas de los servicios de salud. Asimismo, ante la evidencia de que el sexo del tomador de Pap condiciona fuertemente la voluntad de realizarse el examen, la disponibilidad de profesionales mujeres para la toma del Pap (médicas, obstétricas, enfermeras) podría ayudar reducir el pudor y permitir un mayor acceso de las mujeres al PAP.

A su vez, el miedo puede superarse mediante el acceso a información. Es importante explicar a las mujeres que un resultado anormal del Pap no significa cáncer, y hacer hincapié en la potencialidad del estudio para detectar a tiempo la lesión, y evitar el desarrollo de la en-

fermedad. Asimismo, es importante brindar a los profesionales herramientas específicas de comunicación, para transmitir los resultados a las mujeres sin generar miedo o ansiedad.

Los dispositivos de consejería suelen ser espacios propicios para brindar información completa en un marco de contención y tranquilidad, que permita reducir los posibles efectos psicológicos negativos de un resultado anormal, y facilitar la adherencia al seguimiento y tratamiento.

Calidad de atención en los servicios de salud

Las malas experiencias propias y ajenas con la calidad de la atención recibida también aparecen como barreras para la realización del PAP y para el tratamiento de lesiones precancerosas. Una deficiente calidad de la atención puede traducirse en largos tiempos de espera, oferta de turnos en horarios restringidos, malos tratos, condiciones de infraestructura deficientes, y estos aspectos marcan negativamente la experiencia de las mujeres, que no retornan y desalientan a sus pares a que se realicen el PAP. Los servicios de salud con frecuencia tienden a subestimar la importancia de estos aspectos que terminan convirtiéndose en factores expulsivos y barreras para la atención ginecológica en general y el PAP en particular.

Es fundamental que el sistema de atención de salud asegure la calidad de la atención en todas sus dimensiones. En el apartado anterior se mencionó la importancia de garantizar la privacidad y el buen trato, y también es necesario remarcar la importancia de ofrecer a las mujeres un abanico de posibilidades para realizarse el PAP más amplio y flexible, que les permita compatibilizar el cuidado de su salud con sus numerosas obligaciones laborales y familiares. La extensión de la atención durante un horario prolongado los días de semana y el fin de semana, así como la simplificación de los sistemas de turnos, facilitaría el acceso a los servicios de salud de las mujeres.

Dificultad para actuar preventivamente

Entre las mujeres que han participado de este estudio predomina la noción de que nadie está exento de padecer cáncer, y la percepción de éste como una enfermedad que existe en “estado latente” en el cuerpo, cuya aparición impredecible se encuentra ligada a factores aleatorios. En este mismo sentido, el cáncer en general es entendido como un suceso del destino más asociado al azar que a factores de riesgo específicos, y por lo tanto difícil de controlar o modificar. Esta noción, sumada a la equiparación de ausencia de síntomas con buen estado de salud, puede dificultar la adopción de comportamientos preventivos, y opera para que la consulta médica esté motivada en mayor medida por la aparición de una dolencia o malestar que por la prevención.

El PAP como práctica preventiva se inscribe en un discurso normativo fuertemente anclado en la responsabilidad de las mujeres con el cuidado de su salud, pero al igual que con otras prácticas preventivas, existe una brecha importante entre el conocimiento y la práctica. El “deber ser” manda que, para llevar una vida saludable, además de la buena alimentación y el ejercicio es necesario realizar controles médicos periódicos incluyendo análisis clínicos y el PAP. Sin embargo, la alta valoración de la prevención desde el discurso normativo casi nunca se traduce en una práctica preventiva. Los testimonios muestran que el control preventivo de rutina no es habitual, y que la búsqueda de atención médica por lo general está ligada a la experiencia de dolencias o a la percepción de síntomas identificados como anormales.

Además, la falta de motivación y la postergación de las prácticas de autocuidado en las mujeres se condice con las normas de género que definen como femenino el rol de cuidado y atención de la salud de los otros (niños, enfermos, ancianos) y las responsabilidades cotidianas del hogar, sin dar lugar prioritario al autocuidado de la propia salud (Palma Campos, 2002).

Las mujeres de mayor edad manifiestan actitudes fatalistas, de impotencia y negación de la enfermedad, así como angustia y temor a que los resultados indiquen la presencia de enfermedad, o la idea de que la enfermedad no se manifiesta mientras la persona no conozca el

diagnóstico. Las imágenes negativas de la enfermedad pueden resultar en un aumento de la ansiedad que lleve a conductas de rechazo o postergación del PAP que suelen presentarse como “negligencia” (Bingham et al, 2003), y que podrían explicar la brecha entre el discurso y la acción. En este sentido, la percepción de que las mujeres no priorizan el cuidado de su propia salud al elegir no realizarse el PAP aun conociendo sus beneficios, puede tener más que ver con la priorización del bienestar subjetivo evitando situaciones que generan ansiedad, angustia o incomodidad (Oscarsson, 2008).

La consulta ginecológica en general está asociada con la maternidad, y al terminar el período reproductivo disminuye la frecuencia de consultas a pesar de aumentar el riesgo de cáncer ginecológico. Esto se condice por un lado con la modalidad oportunista que caracteriza en general al sistema de salud. Por otro lado, guarda sintonía con los datos de utilización de servicios de salud que señalan que a mayor edad, más tardía es la consulta médica, y que luego de la menopausia las mujeres tienen menor frecuencia de controles médicos (DGEyC, 2008). En general, la evidencia muestra que la realización del PAP en mujeres mayores de 45 años ocurre frente a la presencia de síntomas ginecológicos, urinarios o abdominales (Lazcano Ponce, 1999).

Además, las mujeres de mayor edad, fuera de la edad reproductiva o que no tienen una vida sexual activa tienen una baja percepción de riesgo de padecer cáncer de cuello de útero, y no se consideran destinatarias de la prevención. Asimismo, las conductas preventivas en este grupo ocupan un segundo plano frente a manifestación de problemas de salud considerados propios de la edad.

Esta evidencia pone de manifiesto la necesidad de pensar estrategias de comunicación para la prevención del cáncer de cuello de útero específicamente destinadas a las mujeres mayores que ya no concurren a los servicios de salud sexual y reproductiva y tienen menos contacto con el sistema de salud. Actividades comunitarias y barriales que las convoquen, materiales de educación y comunicación que tengan en cuenta sus intereses, y que sean distribuidos por medio de canales o instituciones en los que circulan las mujeres de más edad son algunas de las posibilidades para atraerlas a los servicios de toma de PAP.

○ Conclusión final

A lo largo de este artículo se han presentado y analizado los conocimientos y percepciones de las mujeres entrevistadas sobre el cáncer de cuello de útero y el PAP.

Según la perspectiva de las propias mujeres, existe una diversidad de barreras para el acceso a los programas de tamizaje, que sugieren la necesidad de un abordaje integral para revertirlas, que incluya diferentes estrategias y actores tales como:

El diseño de materiales de educación y comunicación adaptados a las características de la comunidad, que enfatizen la utilidad y los beneficios del PAP, y que además de informar creen conciencia preventiva, estimulen y motiven a las mujeres para que se realicen el PAP en la etapa post-reproductiva (ya que son las mujeres en la quinta y sexta década de la vida las que tienen mayor riesgo de enfermar y morir por esta causa).

El desarrollo de acciones de comunicación específicas de los equipos de salud y otras instituciones hacia las mujeres, que expliquen la función del PAP como método de prevención, la necesidad de retirar el resultado, y refuercen la importancia del diagnóstico y tratamiento si fuera necesario.

La implementación de consejerías a lo largo de todo el proceso de tamizaje para revertir el temor de las mujeres a un resultado positivo.

El desarrollo de estrategias para facilitar el acceso al Pap y al seguimiento y tratamiento: servicios de toma descentralizados, sin turnos,

en horario extendido, transporte para las mujeres que necesitan hacerse una biopsia y/ o tratamiento.

Garantizar la privacidad, el buen trato y la posibilidad de que la mujer pueda ser examinada por una profesional mujer para contrarrestar el pudor y la vergüenza.

A la luz de los hallazgos de este estudio, el aumento de la cobertura de realización de PAP y el cumplimiento de las acciones de seguimiento y tratamiento, implican un trabajo articulado entre los diferentes sectores de la sociedad, orientado al desarrollo de estrategias varias para convocar al tamizaje a la población de mayor riesgo. Estas estrategias deben estar acompañadas de la modificación de prácticas y discursos de los servicios de salud, para garantizar el respeto a las necesidades y preocupaciones de las mujeres, y hacer efectivo su derecho a la salud.

Bibliografía

Agurto I., Bishop A., Sánchez I., Betancourt Z, Robles S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*. 39, 91-48.

Allen J., Stoddard A., Mays J, Sorensen G. (2001). Promoting breast and cervical cancer screening at the workplace: results from the Woman to Woman study. *American Journal Public Health*. 91, 584-590.

Arrossi S., Paolino M., Sankaranarayanan R. (2010). Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: A situational analysis of program organization in Argentina. *Pan American Journal of Public Health*. 28 (4), 249-57.

Arrossi S., Paolino M. (2008). Argentina. Diagnóstico de Situación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, y Programas Provinciales. Buenos Aires: Publicación N° 64 - OPS.

Arrossi S., Sankaranarayanan R., Parkin D. (2003). Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México*. 45 (3), 306-314.

Bingham A., Bishop A., Coffey P., Bradley J., Dzuba I., Agurto I. (2003). Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*. 45, 3, 408-416.

Coffey, P.; Arrossi, S.; Bradley, J.; Dzuba, I. y White, S. (2004) Improving screening coverage rates of cervical cancer prevention programs: a focus on communities. *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*. 4. Seattle: Path.

Conway K. (1997). Attitudes to Papanicolaou smears. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 17, 189-94.

Dirección General de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2008). Encuesta Anual de Hogares Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Aspectos referidos a la Salud 2004 – 2005. 12.

Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. y Parkin D.M. (2008). GLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base [Internet], N° 10, version 1.2. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>

Fylan F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behavior. *The British Journal of General Practice [Review]*. 48, 433, 1509-14.

Gogna, M., Pantelides, E., y Ramos, S. (1997). Las Enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad. Buenos Aires: CEDES/CENEP.

Jiménez-Pérez M., Thomas D. (1999). Has the use of PAP smears reduced the risk of invasive cervical cancer in Guadalajara, Mexico? *International Journal of Cancer*. 82, 804-809.

Hernández-Avila M., Lazcano-Ponce E., Alonso-de Ruiz P., Romieu I. (1998). Evaluation of the cervical cancer screening program in Mexico: A population-based case-control study. *International Journal of Epidemiology*. 27, 1-7.

IARC. (2005). *Handbooks of Cancer Prevention*. Vol 10, Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC-OMS.

Kitzinger J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*. 299-302.

Kruger, R. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage.

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/PDF/ENFR_2009_presentacion%20ppt.pdf

Lazcano Ponce, E. (1999). Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*. 41, 4.

Oscarsson M., Barbro W., y Benzein E. (2008). Nonattendance in a cervical screening program: what happens if women's requirements are met? *Health care for women international*. 29, 183-197.

Palma Campos, C. (2002). Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión. Vivencia de su salud y autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. *Revista Mujer y Salud*. Santiago de Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Paolino, M. and Arrossi, S. (2011). Women's Knowledge About Cervical Cancer, PAP Smear and Human Papillomavirus and Its Relation to Screening in Argentina, *Women & Health*. 51, 1, 72-87.

PATH. (1998). Qualitative assessment of the knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer among selected women and providers in Nayarit State, Mexico. Seattle, WA: PATH.

Ramos S., Pantelides E. (1990). Dificultades para la prevención secundaria del cáncer de cuello de Útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. *Documentos CEDES*. 43.

Robles S. (1996). Trends in cervical mortality in the Americas. *Bull Pan American Health Organisation*. 30 (4), 290-301.

Taylor V., Jackson J., Yasui Y., Kuniyuki A., Acorda E., Marchand A., Thompson B. (2002). Evaluation of outreach intervention to promote cervical cancer screening among Cambodian American women. *Cancer Detection Preventive*. 26, 320-327.

Ulin, P., Robinson, E., Tolley, E., y McNeill, E. (2002). *Qualitative Methods. A field guide for applied research in sexual and reproductive health*. Family Health International.

Winkler, J., Bingham, A., Coffey, p. y Penn Handwerker, W. (2008). Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru. *Health Education Research*. 23, 1.

Zamberlin, N. (2000). *La otra mitad: un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad*, en Gogna, M. (comp) *Feminidades y Masculinidades*, Buenos Aires: Editorial Manantial.

www.msal.gov.ar



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

unicef 