

Más allá de un cuerpo
saludable:
construcciones de
género y riesgo a partir
de la Citología
Cervico-Uterina en
mujeres de Suba,
Bogotá

Ana Estephanía Manrique Sánchez

Trabajo de grado para optar al título de socióloga
Título académico de la asesora Claudia Margarita Cortés García

Universidad del Rosario
Escuela de Ciencias Humanas
Sociología
Bogotá D.C. 2013

Tabla de contenido

Introducción.....	4
Capítulo I. El proceso salud-enfermedad: miradas constructivas desde el género y el riesgo.....	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 ¿El riesgo en la Citología o la Citología en riesgo?	21
1.3 Género en citología	25
1.4 Proceso salud-enfermedad.....	29
1.5 Representaciones sociales	32
1.6 Metodología	36
1.6.1 Descripción de personajes.....	40
Capítulo II. Género y salud mujer. Un acercamiento a la construcción social de la salud, la sexualidad y el cuidado	43
2.1 ¿Autonomía con CCU – CCU sin autonomía?	43
2.2 Construcciones de género como determinantes de la salud de la mujer	50
2.3 ¿Qué tiempo tenemos y cuánto tiempo nos dedicamos?.....	55
Capítulo III. “La primera vez es incómoda y las demás también”: el riesgo y la prevención en la salud de la mujer.....	62
3.1 ¿Citología? ¿Tengo que venir en ayunas para eso?.....	63
3.2 ¿Dónde está el riesgo?.....	71
Capítulo IV. Caminando entre lo saludable y lo enfermo.....	77
4.1 Medicalización de la salud y la enfermedad	78
4.2 Salud-Enfermedad: CCU-CaCU	82
4.3 Salud y enfermedad: ¿individual o colectiva?	87
Ajustes finales.....	94
Bibliografía.....	97

Anexos	105
Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada	105
Anexo 2. Distribución de categorías.....	107
Anexo 3. Resultados redes de asociación.....	108

Introducción

El paso del tiempo ha permitido que las sociedades crezcan, se desarrollen y se transformen de formas inesperadas y en ocasiones tan rápidas que ni los mismos individuos logran adaptarse a ellas con facilidad. En las sociedades occidentales, fenómenos como el capitalismo, la modernidad y el desarrollo de nuevas tecnologías, dieron paso a modificaciones como la urbanización, la migración, la pérdida de las tradiciones religiosas, etc., que generaron cambios en los estilos de vida¹ de las personas. La apropiación de estos nuevos comportamientos y su legitimación en discursos, se han evidenciado en aspectos como la alimentación, las formas de vestir, la vivencia de la sexualidad, las condiciones de estar saludables o de enfermar, las formas de comprender el cuerpo, sus significados, etc. (Giddens, 1998; Bury, 1997).

Estas situaciones se reflejan en escenarios como el crecimiento de las ciudades con la industrialización, hecho que trajo consigo el desarrollo de nuevas formas del cuidado de la salud de los individuos, relacionado con la contaminación, el desempeño de nuevas ocupaciones y las diferentes formas de vida en la ciudad (Beck, 1998). Adicionalmente, los saberes científicos comenzaron a incursionar y a ocupar el lugar de la tradición, definiendo poco a poco y de forma normativa los comportamientos de los individuos, en relación a la prevención de ‘peligros’ o ‘riesgos’ ambientales, médicos o políticos (Beck, 2008).

El surgimiento del movimiento social feminista² permitió nuevas formas de construcción de un sujeto con mayor libertad y una expresión más abierta de su sexualidad. Específicamente, logró reconocer que la feminidad y la mujer no se construyen sólo en relación con el hecho de ser madre o esposa, sino que va más allá. Es decir, que ser mujer implica también ser autónoma, tener mayor libertad sobre sus acciones, sobre su cuerpo y su

¹Siguiendo a Petersen y Lupton (1996), los estilos de vida, son todos los comportamientos que desde la salud pública contribuyen con el desarrollo de una vida saludable o no saludable. Estos, se encuentran relacionados, según Cockerham (2007), con el estatus y la clase, la edad, el género, la raza o etnicidad, la colectividad a la que se pertenece, las condiciones de vida y por su puesto la agencia que desarrolle el individuo a partir de los procesos de socialización.

² Movimiento social que tuvo sus inicios cerca del siglo XVIII en Europa y Estados Unidos, con el objetivo de luchar por la igualdad política, económica y social entre hombres y mujeres. Dando a las mujeres un lugar lejos de la subordinación y esclavitud sexual y doméstica frente a los hombres (Gamba, 2008).

sexualidad (Giddens, 1998). Al mismo tiempo, aunque de forma independiente, incursionó en campos laborales, las tasas de fecundidad comenzaron a disminuir y se desarrollaron nuevas tecnologías médicas, como los anticonceptivos y con estos, nuevas estrategias y campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, y algunos tipos de cáncer como el de Cuello Uterino y el de mama.

De este modo, dichos cambios, fueron creando nuevas necesidades en los individuos con el fin de mejorar su calidad de vida en todos los sentidos, en ocasiones enfatizando en el cuidado de la salud y del cuerpo. Por ejemplo, desde los medios de comunicación, se bombardean a los grupos sociales con información que promociona estilos de vida saludables (a pesar de que no se sabe exactamente qué es saludable o para quienes es saludable), pero que pareciera que buscaran prevenir tanto a hombres como a mujeres (aunque con frecuencia más a las mujeres) de riesgos y amenazas (como cualquier tipo de cáncer, enfermedades crónicas o de transmisión sexual, etc.) que pueden desarrollarse en el cuerpo de forma silenciosa y hasta imperceptible.

Ahora bien, es preciso tener en cuenta que esta información de ‘promoción y prevención’, como se conoce en el campo de la salud, no es recibida de forma equitativa por todas las mujeres o simplemente llega sólo a una pequeña porción de la población. De hecho, para todas las comunidades y grupos sociales, la modernidad no se ha desarrollado del mismo modo. No todas las mujeres (afro, indígenas, campesinas, ciudadinas, etc.), se enfrentan a las mismas condiciones de vida; ni valoran e interpretan del mismo modo las exigencias y normas que día a día se les imponen desde los discursos científicos de la medicina, la epidemiología y la salud pública.

Estos discursos con el ánimo de educar a las personas por y para su bienestar, van más allá de la simple idea de promover, prevenir, informar y cuidar de su salud. En ocasiones, pueden aterrorizar y hasta querer controlar sus cuerpos con todos los ‘riesgos’ que tienen de perderlo o de enfermarlo (Pedraza, 2007). Hecho que permite dentro de esta manera de establecer y regular las acciones de los individuos, que se dejen de lado elementos significativos, simbólicos, culturales e históricos que redefinen en cada momento la

construcción de la diada Salud-Enfermedad y que están reconfigurando la experiencia de la salud, la enfermedad y el cuidado del cuerpo.

Esto se ve reflejado en el caso del Cáncer de Cuello Uterino (CaCU), que es un problema de salud pública en el mundo, puesto que de acuerdo a Globocan (2008), es la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, con 530.232 muertes al año. Las mujeres que se encuentran en mayor riesgo, son aquellas que habitan países de bajo desarrollo social y económico³, y específicamente, en el año 2008, el CaCU, dejó 275.000 muertes de mujeres, en donde el 88% de ellas se presentaron en países en desarrollo como: África (53.000), América Latina y el Caribe (31.700) y Asia (159.800).

Por esta razón, esta enfermedad ha sido conocida en el mundo científico como el “cáncer de la pobreza”, debido a que, como lo evidencian las cifras, no sólo tiene las mayores tasas de mortalidad en mujeres de países de bajo desarrollo económico, sino que como lo menciona Soe, en Lazcano (2003) y el informe de la IARC (1997), estos presentan con frecuencia programas deficientes de detección temprana de la enfermedad que afecta a la población socioeconómicamente menos favorecida. La anterior situación es evidencia de que el desarrollo y la implementación de nuevas tecnologías no se han dado equitativamente en todas las partes del mundo, ni al interior de las ciudades.

La condición de pobreza se encuentra relacionada con aspectos, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y la residencia en lugares rurales. Situaciones que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud y por ende el cuidado de la salud de las mujeres. Los bajos niveles de educación y la inequidad de género resultan relevantes puesto que en muchas partes de ciertos países no se considera necesario que la mujer tenga acceso a la educación, sino que trabaje en el hogar. Lo que podría limitar su acceso a la información sobre

³Seguendo a Globocan, más del 85% de la carga mundial se produce en los países en desarrollo, donde representa el 13% de todos los cánceres femeninos. Las regiones de alto riesgo son el África oriental y occidental (ASR mayor que 30 por 100.000), África del Sur (26,8 por 100.000), Asia Sur-Central (24,6 por 100.000), América del Sur y África Medio (ASR 23,9 y 23,0 por 100.000, respectivamente). Las cifras más bajas son de Asia Occidental, América del Norte y Australia / Nueva Zelanda (ASR menos de 6 por 100.000). Sin embargo, el Cáncer de cuello uterino sigue siendo el cáncer más común en las mujeres sólo en África Oriental, Asia Sur-Central y Melanesia. (Traducción de la autora).

el CaCU y posiblemente se obstaculice su participación en los programas de detección temprana del cáncer (Lazcano, Palacio, Rangel & Hernández, 2003).

Sin embargo, detrás de esta situación está la desigualdad y la inequidad que se vive en buena parte de los países latinoamericanos. La cual tiene que ver con la diferencia en la valoración, reconocimientos, privilegios, en situaciones de derechos y deberes, ingresos o bienes de las personas en la sociedad, la diversidad está garantizada y la desigualdad social deviene un supuesto de la estructura social vertical (Karl-Heinz, 2001). Dichas diferencias se pueden hacer evidentes en la educación, la vivienda, el empleo, la salud, entre otros, que afectan el bienestar de las personas que no tienen acceso a ciertos privilegios. En la salud, la inequidad se evidencia en varios aspectos que hacen que las personas con menos posibilidades económicas se enfermen mucho más: la baja calidad y cobertura de los servicios de salud, la falta de agua potable, el medio ambiente y social donde habitan, la diferencia en el acceso a la educación y a la educación en salud puesto que tanto en las familias como en la escuela se recibe información preventiva sobre el cuidado, que en muchas ocasiones las familias pobres no reciben y que tampoco brindan a sus hijos. Lo que genera que no haya una “cultura en salud” (Kliksberg, 2002) y posiblemente el cuidado se lleve a acabo de otras formas o haya ausencia del mismo.

Por ejemplo, en Colombia, según las cifras del Atlas de Mortalidad por cáncer (2010), el CaCU fue la principal causa de muerte por cáncer en mujeres y se presentó de forma diferenciada en las regiones del país. La región andina, no presenta mayores riesgos, a diferencia de las regiones aldañas a los ríos navegables, las áreas de frontera, el golfo de Urabá y la serranía del Baudó, que han sido más afectadas por la enfermedad. Esta variación geográfica, se puede relacionar, según el Atlas, con ciertos factores como el difícil acceso a los servicios de salud, dadas las largas distancias de los municipios a los centros poblados, la baja calidad en la prestación del servicio (tamización y tratamiento), y otras relacionadas con la fragmentación del servicio de salud que obstaculiza el control de la enfermedad.

Particularmente en Colombia, el Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010) y el Plan para el Control del Cáncer (2010-2019), se han propuesto reducir la mortalidad por cáncer

(ENDS; 2011) formulando estrategias de detección temprana, para controlar dicha enfermedad. Actualmente la prevención del CaCU, incluye la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), la citología cervico-uterina (CCU), las pruebas de DNA para VPH, las técnicas de inspección visual y la educación para la prevención del mismo (campañas preventivas en los medios de comunicación, que promocionan el cuidado de la salud). Pero a pesar de esto, las acciones preventivas en Colombia, se han centrado principalmente en la promoción de la toma de la CCU en mujeres en edad fértil o con vida sexual activa, como medio de diagnóstico temprano de lesiones pre-neoplásicas.

Dichas acciones, han generado que las cifras en las grandes capitales y centros urbanos comiencen a cambiar. En el caso de la ciudad de Bogotá, según la ENDS (2011), se evidencia un descenso en las tasas de mortalidad de 10 a 8,3 muertes por cada 100.000 mujeres. Lo que puede relacionarse en cierta parte con la cobertura de la CCU⁴, pero que aún es insuficiente para contrarrestar el problema de salud pública que representa dicha enfermedad. A pesar de que la cobertura de la CCU haya aumentado en Bogotá, no nos dice exactamente si avanzó dicha cobertura, si se optimizó la promoción e información sobre la toma del examen, si mejoraron los dos, o si simplemente las mismas mujeres han ido con mayor frecuencia a hacerse la CCU.

Entonces, ¿Cuál o cuáles pueden ser los posibles motivos, por los que existiendo una tecnología médica, como lo es la CCU, este cáncer siga siendo uno de los más comunes en las mujeres colombianas? Las razones pueden ser muchas, pero algunos autores manifiestan que la implementación de los programas de detección temprana del cáncer en los países en desarrollo, son calificados como deficientes, debido a la baja inversión, la falta de personal capacitado, de infraestructura y sobre todo de capital para lograr un funcionamiento efectivo de los mismos (Sankaranarayanan, Madhukar & Rajkumar, 2001). Pero, aunque resulte enriquecedor mejorar la calidad de los programas como recomiendan los expertos en el tema, es necesario incluir otros aspectos que más allá de las condiciones de infraestructura del sistema, se acerquen a la

⁴ De acuerdo con Veeduría distrital: *Cómo avanza el distrito en salud*, en 2010 la cobertura de la Citología Cervico-Uterina en Bogotá, presentó un aumento del 63% al 75%. Información disponible en: www.veeduríadistrital.gov.co.

realidad cotidiana de las mujeres para poder comprender cómo y qué determina sus comportamientos en salud.

Para esta investigación y desde el punto de vista de las ciencias sociales, resultan discutibles los factores de riesgo que se han formulado desde el punto de vista científico (epidemiología del riesgo). Dado que se afirma que las principales causas del CaCU tienen que ver con el VPH (que se transmite por contacto o relaciones sexuales), la promiscuidad, tener partos a temprana edad, entre otras (Bosch, Lorincz, Muñoz, Meijer, & Shah, 2002; Castañeda-Iñiguez, Toledo-Cisneros, & Aguilera, 1998), justificando en cierta medida la toma de la CCU (por el cuidado de la salud y evitar riesgos futuros). Pero estos parámetros, también dan unos marcos de referencia de cómo cada mujer es o debe ser responsable de sí misma mientras se definen los comportamientos saludables y los no saludables. Lo anterior resulta problemático porque parecen incluir algunos prejuicios de comportamientos morales que deben o no deben tener las mujeres en el desarrollo de su sexualidad.

Por ejemplo, la CCU, que técnicamente o desde el punto de vista científico, es una prueba diagnóstica que busca tomar una muestra microscópica de las células del cuello uterino, para su posterior análisis patológico; socialmente y a partir de la experiencia en diferentes estudios, para las mujeres representa una intervención en la cual ellas deben exponer su órgano genital, que es parte de su intimidad, a un extraño, con el fin de saber si todo está bien o si por el contrario, como lo dice Susan Sontag (2003) al referirse al cáncer como una enfermedad metafórica, hay algo malo contra lo que deban luchar.

Por tal motivo resulta pertinente debatir estas posturas que como lo menciona Beck (1998), desde la 'racionalidad científica' no profundizan en la 'racionalidad social' que es la que absorbe esa información la re-define y la re-significa de acuerdo a sus contextos y realidades particulares. De ahí, que como punto de partida para la investigación no sólo se tenga en cuenta el por qué a pesar de la adherencia a los programas, aún se observe que muchas mujeres del país no incluyen a la CCU como práctica regular de auto-cuidado. Sino, más allá de esto se incorpora la construcción social de la experiencia de la diada salud-enfermedad relacionada con los significados otorgados al auto-cuidado, las sensaciones de riesgo constante frente a posibles

enfermedades, el significado social de la enfermedad, la relación de los marcos culturales, las construcciones de género, las transformaciones de las sociedades con el auto-cuidado y con el hecho de sentirse saludables.

Frente a estas inquietudes generadas desde una óptica social, la intervención desde la medicina, la epidemiología y la salud pública debe integrar otros elementos que se vinculen con la vida personal de las mujeres y los marcos culturales y sociales. Por tal motivo, la pregunta principal de esta investigación, busca indagar sobre ¿Cuáles son los conocimientos, percepciones, prácticas y creencias vinculadas a la CCU que tienen un grupo de mujeres de la localidad de Suba?

Para responder a este interrogante se plantearon tres objetivos: comprender los conocimientos y percepciones atribuidos a la relación entre la CCU y el CaCU; identificar la relación entre conocimientos, percepciones, creencias y significados atribuidos a la CCU en una lógica preventivista; y describir la forma en que las construcciones de género afectan las creencias y percepciones sobre la CCU.

Dichos objetivos, se abordarán desde tres ejes analíticos: El primero se centra en abordar el proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta que éste es un continuum en el que entran en juego aspectos psicológicos, emocionales, sociales, biológicos, culturales, económicos y políticos; además, de que convoca a múltiples ciencias e invita a superar las apuestas difundidas desde la medicina, la epidemiología y la salud pública. Por tal razón se aborda la relación entre CCU y CaCU como un campo en el que se entrelazan las nociones de riesgo y género por medio de la CCU, entendida como un examen preventivo, que podría permitir el control y el cuidado anticipado de las mujeres sobre su cuerpo. El segundo eje analítico se desarrolla desde la construcción de la CCU en relación a los discursos preventivistas que abogan por priorizar las nociones de riesgo y auto-cuidado. En este caso se indagará sobre la posible relación entre sentirse en riesgo frente a la enfermedad y las prácticas de auto-cuidado (como la CCU) para hacer frente a una enfermedad crónica. El tercer eje permitirá comprender el sentido y significado que las mujeres le otorgan al género a partir de la

toma de la CCU; para lo que se tendrán en cuenta los roles, la autonomía y el tiempo que tienen las mujeres para, tal como ellas lo mencionan, ‘cuidarse’.

El acercamiento a esta problemática se realizará desde las representaciones sociales, dado que por medio de ellas, es posible conocer la construcción social y simbólica de una enfermedad y sus formas de control, como es el caso de la CCU. Dichas representaciones se constituyen a partir de los conocimientos socialmente elaborados, pero también de las informaciones, saberes, modelos de pensamiento y experiencias que se producen y reproducen en los grupos sociales frente a un aspecto en particular. Teniendo en cuenta estos elementos, a partir de la realidad de las mujeres se podrían comprender las construcciones y significados sociales que rodean a la CCU.

La metodología es de corte cualitativo dado que por medio de ésta se pueden conocer y comprender los significados y las experiencias subjetivas que viven en la cotidianidad las mujeres de Suba-La Gaitana. Este grupo de mujeres fue seleccionado debido a que pertenecen a un barrio heterogéneo (indígenas, afro-descendientes y desplazados), y un poco hostil, con problemas socio-económicos y ambientales. Adicionalmente, la localidad presenta unas cifras muy bajas de cobertura de la CCU y por lo mismo de la ausencia de la toma de la misma con frecuencia, así como la falta de cifras, tanto a nivel distrital como local de la prevalencia del CaCU.

La investigación se presentará a los lectores de la siguiente manera. En el primer capítulo, se desplegará de forma general el marco teórico que acompaña la investigación. Este se desarrollará desde los tres ejes de análisis propuestos y relacionados entre sí, así como la teoría sobre las representaciones sociales y la explicación de la metodología a profundidad. En el segundo capítulo, evidenciará el modo en que las construcciones de género inciden en las representaciones de la CCU, teniendo en cuenta la teoría y los resultados obtenidos en el trabajo de campo. El tercer capítulo, se explicarán las construcciones de riesgo a la luz de los datos obtenidos en el trabajo de campo y por su puesto la forma en que éstas se relacionan con las representaciones sociales de la CCU. En el siguiente capítulo, teniendo en cuenta el análisis

hecho en el los dos capítulos anteriores y los datos se explicaran las construcciones del proceso salud-enfermedad. Finalmente se anotarán las conclusiones.

Por último, es preciso tener en cuenta la importancia de un trabajo como este para la sociología y específicamente para la sociología médica. Por un lado, contribuye con información real sobre los valores y creencias relacionadas con las prácticas médicas (desde el punto de vista de las pacientes), con el fin de comprender cómo esos procesos sociales que se producen en el entorno médico, puede determinar el comportamiento o desarrollo de la vida social (Cockerham, 2007) de un grupo de mujeres determinado. Y por otro, reconoce que el proceso de salud-enfermedad no es un aspecto que se reduce sólo a lo biológico o lo médico; sino que tiene una fuerte relación con elementos sociales como las prácticas, los significados, los valores y los conocimientos que se construyen a partir de la mezcla entre el saber médico o científico y el saber popular (rescatando, la importancia de este último, como determinante principal de las acciones de los individuos), abordados desde la teoría del riesgo en salud y el género.

Todo esto se logró gracias a la colaboración y el interés de las mujeres, que participaron de esta investigación, que trató de evidenciar sus mayores sentires sobre un examen que hace parte de su cotidianidad y que incómodo o no, hace parte de su identidad de mujer.

Capítulo I. El proceso salud-enfermedad: miradas constructivas desde el género y el riesgo

La salud y la enfermedad, por lo menos en lo que concierne a esta investigación, se han tomado como marco experiencial para comprender las vivencias y comportamientos a través de los cuales se percibe el cuerpo, y por supuesto los posibles cuidados (si es que los hay) que se le dan al mismo tanto en el padecimiento como en la ausencia del mismo. Para algunos autores como Petersen y Lupton (1996), estas prácticas hacen parte de los estilos de vida que han desarrollado los individuos en las sociedades occidentales, en las sociedades del riesgo. Es por esto que dentro de este gran marco se pretende profundizar en la relación posiblemente generada entre las construcciones del proceso salud-enfermedad con las construcciones sociales del riesgo en salud, así como las de género. Esto con el fin de comprender amplia y críticamente las prácticas de auto-cuidado (como la CCU) y en cierta medida los estilos de vida, promovidos por las entidades de salud y las políticas estatales.

En la primera parte del capítulo se analizará de manera crítica y desde el punto de vista sociológico, la construcción social del discurso de riesgo, que desde la visión científica en salud (medicina, epidemiología y salud pública) pretende lograr ciertos cambios en las prácticas preventivas de las mujeres. En la segunda parte se trabajará desde el enfoque de género las posibles conexiones entre éste y las prácticas de auto-cuidado del cuerpo (como la CCU) y por ende del cuidado de la salud en las mujeres, teniendo en cuenta las barreras y factores que dificultan el actuar de ellas, partiendo desde lo más simple: ser mujer. Por último se tratará de enfocar los dos ejes anteriores a la luz de la salud y la enfermedad, específicamente desde el CaCU, partiendo de la influencia de los marcos culturales, sociales y contextuales en la forma de ver y comprender el proceso salud-enfermedad.

1.1 Antecedentes

La CCU ha tenido una gran importancia desde el punto de vista científico y médico, y también desde ángulos sociales y demográficos. A partir de su implementación en 1941, por el doctor George Papanicolaou, este procedimiento ha sido estudiado insistentemente dadas las

bases de su origen: evidenciar la transformación de las células del cuello del útero, para poder determinar tempranamente el desarrollo de un cáncer o pre-cáncer. Esto ha permitido que la CCU, sea fuertemente criticada por algunos autores, debido a su baja sensibilidad, especificidad y en ocasiones debido a la deficiencia en la toma e interpretación de la muestra (Lazcano, 2007; Sherman, 1998; Curiel, 2002). A pesar de esto, no se puede negar que gracias a este mecanismo de detección temprana, se ha descubierto anticipadamente el CaCU y evitado la muerte de muchas mujeres que han iniciado el tratamiento.

La alta mortalidad por este cáncer en el mundo ha alarmado a las autoridades de salud, quienes han desarrollado programas preventivos para disminuir las cifras ya mencionadas. Esto permitió que se originaran estudios en el campo de la medicina, la salud pública y algunos desde las ciencias sociales sobre la CCU, que se han abordado desde tres ángulos: la relación de la toma o la no toma de la CCU con los servicios de salud (la cobertura del examen, calidad del servicio, eficacia de los programas de promoción y prevención, etc.), las creencias personales (conocimientos sobre el examen, preferencias, estilos de vida, etc.) y las condiciones estructurales o contextuales de las mujeres (nivel socioeconómico, educativo, acceso a los servicios de salud etc.).

Desde la medicina y la salud pública a nivel mundial, se ha desarrollado buena parte de la literatura, en relación con la efectividad de los programas de promoción y prevención del CaCU desde las instituciones o asociaciones que estudian el cáncer como por ejemplo, The American Cancer Society, Centers for Disease Control and Prevention's (CDC's), entre otras. Autores como Smith, Cokkinides y Brawley, (2007, 2009, 2010), realizan estudios de la eficacia del control de los principales tipos de cáncer que se desarrolla en la sociedad estadounidense. Entre estos, se encuentra el CaCU, para el que se han desarrollado desde el año 2000, unas guías de prevención aplicadas a todas las mujeres, y en las cuales la CCU sólo hace parte complementaria del proceso, en algunos casos, o en otros es el componente principal. Estos programas han tenido éxito, debido a la inversión económica, tecnológica y profesional que hacen las entidades de salud en la prevención de la enfermedad (UICC, 2006).

De acuerdo con los reportes de los autores ya mencionados y otros como los de Solomon, Breen y McNeel (2007), el estudio de la prevalencia del CaCU ha permitido identificar las poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de contraer la enfermedad y a su vez, estudiar la incidencia y mortalidad de dicha enfermedad partiendo de una división étnico racial. Esto nos lleva al grupo de estudios enfocado en las condiciones contextuales de las mujeres, en donde aquellas pertenecientes a grupos o minorías étnicas o raciales, como las mujeres hispanas blancas, no hispanas negras e hispanas, resultan ser más vulnerables. Según este estudio, dicho grupo de mujeres, presentaba entre el 13,5% y el 14,8% más de incidencia de la enfermedad a diferencia de las mujeres blancas, quienes presentaban un 8,9% de incidencia. Estas mujeres no resultan ser las más vulnerables sólo por sus orígenes culturales, sino que coinciden con otros aspectos determinantes para el aumento de la prevalencia del CaCU, como el estatus socioeconómico, el acceso a los servicios de salud y los bajos niveles educativos (Saraiya, Ahmend, Krishnan, Richards, Unger & Lawson, 2007).

Estas razones han permitido que los estudios sobre la incidencia y mortalidad del CaCU se concentren en estas poblaciones, de mismo modo que lo hacen los programas de prevención y promoción. De acuerdo con Smith et al. (2007), dichos programas se han propuesto mejorar el estado de salud de las mujeres marginadas por medio de mayor divulgación de la información de los programas preventivos, mejora en el acceso a los servicios de salud así como en la atención que se le presta a este tipo de poblaciones y un mayor seguimiento y evaluación al diagnóstico y tratamiento dado por los profesionales. Sin embargo, para algunos autores, estas estrategias resultan insuficientes para dar soluciones concretas, sobre todo en cuanto a promoción y prevención. Smith, Phillips y Price (2001), consideran necesario estudiar de forma más cercana las diferencias que se presentan en las mujeres inmigrantes que habitan Estados Unidos. Para estos autores las creencias personales, así como los valores culturales determinan la forma en que se percibe la salud, la enfermedad y a su vez definen las acciones de los individuos frente a éstas. Por ejemplo, para algunas comunidades afroamericanas, el CaCU es una enfermedad que ataca a las mujeres blancas, no se toman la CCU si no hay síntomas, prefieren hacer uso de la medicina tradicional, el diagnóstico puede ser negativo y prefieren no saber o desconfían del sistema de salud. Factores como estos

atraviesan los socioeconómicos, haciendo más difícil la disminución de la mortalidad y exigiendo a los programas de salud pública, una orientación basada en las diferencias culturales.

Estos estudios resultan muy interesantes puesto que evidencian el interés de indagar sobre la relación entre el conocimiento de algo y las prácticas relacionadas con eso mismo. Profundizar en este campo, deja ver que en muchas ocasiones saber o conocer no lleva a las personas a actuar bajo eso que se sabe o se conoce, sino que existen otros factores que determinan los marcos de acción. Algunos de estos trabajos (ya mencionados), permiten dar cuenta de las diferencias culturales presentes en las mujeres de distintos países o regiones al interior de los mismos. Este componente cultural, reconoce las diversas formas que existen de comprender la medicina y la ciencia en las sociedades y a su vez cuestionan su utilidad, su funcionalidad y sus marcos de comunicación.

Así mismo, se encuentran autores que relacionan a la CCU con los aspectos contextuales, personales y los servicios de salud al mismo tiempo. Uno de ellos es, Kagawa (1995), quien estudia las influencias socioeconómicas y culturales en el cuidado del CaCU en mujeres afroamericanas, hispanas, americanas y asiáticas. Otros autores como Holroyd, Twinn y Adab (2004), también estudiaron la efectividad de los programas de detección temprana y prevención del CaCU, en mujeres con nacionalidad china, teniendo en cuenta ciertos aspectos socioculturales, como la educación, el costo de acceso a la salud, los conocimientos sobre el riesgo de contraer la enfermedad, el valor social de la detección precoz, el pudor y la vergüenza.

Ahora bien, desde las ciencias sociales se ha profundizado mayoritariamente en los aspectos contextuales y creencias de las mujeres en relación con la toma o no toma de la CCU. Menard (2008), estudió el contexto social en el conocimiento y la prevención en la comunidad de mujeres inmigrantes de origen Haitiano. La autora buscó comprender los significados que las mujeres le asignan al CaCU y las percepciones de riesgo que tienen frente al VPH. Los principales resultados, arrojaron que los comportamientos en salud, están mediados culturalmente por las prácticas de higiene femenina (duchas vaginales, terapias a base de plantas, etc.) y salud ginecológica. Por último, autoras como Urrutia (2009) y Krawczyk et al.

(2012), se concentraron en las creencias personales de las mujeres con relación al CaCU y la CCU y los conocimientos, actitudes y creencias de ellas frente a CaCU y el VPH, respectivamente.

En Latinoamérica (principalmente México, Brasil y Perú) y algunos países en desarrollo (como India), también encontramos una gran cantidad de investigaciones relacionadas con los servicios de salud, las creencias personales y las condiciones estructurales de las mujeres. Dentro del primer grupo, encontramos a autores como Sankaranarayanan, Budukh y Rajkumar (2001); Lazcano, Alonso, Ruiz y Hernández (2003) que se han centrado en las diferencias marcadas entre los países de primer mundo y los países de tercer mundo. Principalmente, en la eficacia de los programas de prevención y promoción llevados a cabo en los países desarrollados y la deficiencia de estos mismos programas en los países en desarrollo.

Una de las principales razones evaluadas a la hora de explicar la ineficiencia de los programas de los países en desarrollo, es el costo de la inversión en infraestructura, recursos humanos, seguimiento y vigilancia del programa (Sankaranarayanan et al. 2001; Lazcano et al. 2003). Sin embargo, es primordial tener presente las condiciones de los servicios de salud en cada uno de los países, así como las enfermedades que deben ser atendidas con urgencia, para después intentar invertir algo más en programas de detección del CaCU, que por supuesto es una de las enfermedades con mayores tasas de mortalidad en estos países.

Pasando a otro grupo de investigadores que mezclan las condiciones estructurales con las creencias personales frente a la toma de la CCU, encontramos autores como Lazcano et al. (2003). Ellos afirman que esta enfermedad es conocida como el cáncer de la pobreza y consideran que las políticas deben ser implementadas específicamente en mujeres marginadas, teniendo en cuenta los problemas de equidad de género. Esto, porque de acuerdo a sus estudios en México, resulta que las diferencias entre las mujeres de zonas rurales y las de zonas urbanas son muy grandes, en cuanto al trato y la importancia que se le da a las funciones de ellas mismas en la sociedad. Por ejemplo, en algunas zonas rurales se considera que la mujer, como debe dedicarse al hogar no necesita de la educación, ni de un trabajo fuera de este y adicionalmente no tiene mucho tiempo para ir al médico con frecuencia o sus esposos no están

de acuerdo con que salgan de la casa. Estos factores culturales impiden que se disminuya la mortalidad por el CaCU, además de otras razones más estructurales, como la falta de acceso a los servicios de salud, la baja calidad de los servicios y el bajo nivel socioeconómico.

Esto nos lleva a mencionar buena parte de los autores que han estudiado la relación entre los factores socioeconómicos y culturales con la toma de la CCU en Latinoamérica. Dentro de este grupo de investigadores se encuentran Arguero, García, Álvarez, Montaña y Durán (2006), Brito, Nery y Torres (2007), Bazan, Pozzo y Gutiérrez (2007), Huamaní, Hurtado, Guardia y Roca (2008), Valenzuela (2001), Lazcano (1999), entre otros, que se han dedicado a comprender los motivos por los cuales las mujeres no se toman frecuentemente la CCU y por consiguiente no hay una efectividad en la detección temprana del CaCU y no disminuye la mortalidad.

Muchos de estos estudios se han realizado por medio de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), y a partir de estas investigaciones, se han podido encontrar algunas razones por las que las mujeres no suelen tomarse la CCU, a saber: la preferencia por una clínica familiar especializada o un ginecólogo en especial; no les gusta el examen; el miedo a descubrir que padecen cáncer, y además destruir la relación de pareja; preferir una mujer para la toma de la muestra; que sólo se la practican las mujeres con vida sexual activa; la posibilidad de la falta de esterilización del material utilizado durante la toma de la muestra; el temor al dolor durante la toma de la muestra; la falta de explicación sobre los pasos a seguir durante la toma del producto o vivir lejos del centro de salud; lo consideran poco importante; la ignorancia o dudas sobre la utilidad del examen; sólo la practican si tienen sangrado que no corresponde al menstrual; consideran que el examen es innecesario; el miedo a quedar sangrando y adoloridas, o a quedar sin un pedazo de útero; por descuido; por miedo al procedimiento; por falta de información sobre la CCU; por el costo de la prueba; por no tener síntomas ginecológicos, urinarios o abdominales; por pudor; por falta de tiempo, etc.

Estos resultados en cierta parte justifican la no toma de la CCU, pero aún así siguen sin generar un camino o una opción diferente al hecho de que hay que tomársela y punto. Es decir, no hay muchos cuestionamientos desde otros ángulos que se opongan a la visión médica,

para la cual es obligatorio que la mujer se tome el examen, a pesar de sus sentimientos, percepciones y demás aspectos personales que dificulten su toma. Todo esto evidencia el interés en difundir e internalizar el discurso de riesgo en las mujeres por medio de la imposición de estilos de vida saludables, desde los cuales es necesario tener como conocimiento científico válido al de la medicina, la salud pública o la epidemiología.

Adicionalmente, en los programas de muchos de los países en desarrollo como los latinoamericanos, sólo se hace énfasis en la toma de la CCU, debido a que la implementación de otros mecanismos como las pruebas para VPH, resultan algo costosas por su sofisticación, y los países en desarrollo no están preparados para implementarlas. Además, se han presentado otras deficiencias en el control de calidad, el rendimiento no óptimo de la CCU y la falta de manejo de los pacientes con CCU positiva. En contraste, se observa que la eficacia de los programas de los países desarrollados se debe a la implementación de programas de tamizaje que son costosos y que requieren de extensos recursos humanos y materiales, así como el acceso a diagnóstico y tratamiento para las personas que salen con resultados positivos (UICC, 2006).

En el caso específico colombiano, el estudio de la CCU también se ha desarrollado desde los mismos grupos de estudios mencionados, que buscan comprender las razones que determinan la toma o no de CCU, bien sean socioeconómicas, culturales o por el acceso a los servicios de salud. Dentro de este último, encontramos dos temas principales, la utilidad de toma de la CCU en la detección temprana del CaCU y la relación entre el acceso a los servicios de salud y la toma de la CCU. Dentro del primer tema, se encuentran los investigadores García, Díaz, Melo, Parra, Vera y Latorre (2007), quienes encontraron, que efectivamente la CCU si tiene cierta efectividad a la hora de detectar el Cáncer, pero que se hace necesario mejorar el rendimiento de las pruebas de tamizaje. En el segundo tema, Lucumi y Gómez (2004), encontraron que la falta de acceso a los servicios de salud, limita la toma de la CCU así como el hecho de pertenecer a niveles socioeconómicos bajos y tener bajos niveles de escolaridad. Lo cual, sigue la misma línea de los trabajos mundiales y latinoamericanos, al afirmar que la población marginal es quien debe tener la mayor atención de los programas de prevención, por ser la más vulnerable.

Dentro de las investigaciones que estudian la relación entre los aspectos socioeconómicos o culturales con la CCU, han sobresalido los estudios de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) de diversas poblaciones del país, pero principalmente de poblaciones vulnerables, marginales o de bajos niveles socioeconómicos. Este tipo de investigación, ha sido utilizada frecuentemente en temas de salud, con el fin de informar a las instituciones sobre la utilidad de los programas de promoción y prevención. Por medio de ellas, también se puede inferir que a partir de los conocimientos, las actitudes y las prácticas, se modifican los estilos de vida de una población (Figuroa, 2011). Aquí encontramos los trabajos de Cogollo, Castillo, Torres, Sierra, Ramos y Ramos (2010) en Cartagena, quienes encontraron que las mujeres tienen bajos conocimientos sobre la CCU, una actitud negativa frente al examen por la forma en que se realiza y por esto mismo no se la toman con la frecuencia que deberían. Resultados similares se encontraron en los estudios de Figuroa (2011) en Barranquilla; Rubio y Restrepo (2004); López, Calderón y González (2013) en Medellín, entre otros.

De igual modo, otro de los grupos de investigación que se han desarrollado poco después de los 90's, es en el que se encuentran autores que le dan importancia a las representaciones y significados que construyen los individuos, de la salud y de la enfermedad. Aquí sobresalen los aportes de Wiesner, Vejarano, Caicedo, Tovar y Cendales (2006) y de Tamayo, Chávez y Henao (2010). Con Wiesner et al. (2006) se estudiaron las representaciones sociales de la CCU en mujeres de Soacha. Enfoque que permitió conocer la relación de la CCU con la de inequidad de género, dadas las funciones de la mujer en el hogar, así como la influencia de ciertos tabúes sexuales en la prevención frente al examen. Otro aspecto importante fue la falta de concordancia entre el conocimiento y la práctica, puesto que a pesar de que las mujeres conocían sobre el examen, su utilidad y la necesidad de hacerlo, no se lo toman por las creencias y significados que se le han otorgado culturalmente. Vale la pena mencionar que estudios como este, se quedan algo cortos en el estudio o análisis de las dimensiones sociales de la representación y el análisis teórico desde las ciencias sociales, aspectos en los cuales se profundiza en el presente estudio.

Por último, se pueden mencionar dos trabajos realizados desde las ciencias sociales: sociología y antropología. El primero de ellos, es el estudio de Tamayo et al. (2010), interdisciplinar (sociología y ciencias salud), el cual enfatizó en las percepciones de las mujeres frente al CaCU, las causas, la prevención y el auto-cuidado, en mujeres rurales de algunos municipios de Antioquia y de Colima en México. Los principales resultados de esta investigación, evidenciaron que las construcciones colectivas sobre la enfermedad, se desarrollan a partir de la información que se obtiene desde el sector salud, los medios de comunicación y la familia. Además, no se relacionó al CaCU con el comportamiento sexual y reproductivo, y las creencias sobre la CCU estarían determinadas por las experiencias propias o por las de otras mujeres.

El segundo de ellos fue el trabajo realizado por Raquel Díaz, “lo que hay entre las piernas” (2011), quien desde la antropología se propuso indagar sobre la forma en que las mujeres viven y sienten la CCU; así como la incidencia de ésta práctica en la manera en que ellas interpretan su cuerpo y su sexualidad. A partir de este objetivo, se pudo encontrar que la forma en que la CCU es percibida por las mujeres es producto de las relaciones de poder que se construyen y desarrollan con el personal de la salud. Esto determina el modo en que las mujeres configuran la forma de ver y sentir su cuerpo así como de vivir su sexualidad.

Finalmente, después de haber realizado un recorrido por la literatura desarrollada frente al tema, se profundizará en los pilares de la investigación, en donde el estudio sobre el riesgo y el género en relación con la CCU y el CaCU, resulta ser un aporte complementario a la línea investigativa interdisciplinar de la salud y las ciencias sociales.

1.2 ¿El riesgo en la Citología o la Citología en riesgo?

El riesgo se ha considerado un factor determinante a la hora de tener en cuenta los peligros que amenazan con poner fin a la vida humana. En la actualidad, se habla de temas como el calentamiento global, el terrorismo, las enfermedades, entre otros, que alertan a los individuos con el fin de que estos comiencen a buscar formas de mitigarlos o reducirlos al máximo. Como lo menciona Rockhill en Suárez, Beltrán y Sánchez (2006: 125) “la idea de infección, de contagio, de la importancia de las condiciones de vida, el desarrollo de trabajos

sobre los determinantes sociales y el cuestionamiento sobre los estilos de vida han marcado la aproximación teórico-práctica sobre cómo pensar e intervenir en las poblaciones, de acuerdo con la relación que se establece entre ellas y el riesgo”. Así que dentro de esta lógica, el riesgo resulta ser primordial para entender las prácticas de los individuos con respecto al mismo (Beck, 2008).

A las sociedades occidentales, quienes se desenvuelven en estos discursos, Beck (1998) las denominó “sociedades del riesgo”, puesto que afrontan las consecuencias del éxito de la modernidad después de haber abandonado las formas de vida tradicionales, para resistir los peligros que ‘sólo podrían prevenirse desde la ciencia y la tecnología’. Este discurso, que se ha perpetuado a través de los medios oficiales y las instituciones de salud, es problemático porque desde la misma ciencia y la tecnología resulta muy difícil medir el riesgo y determinar su gravedad con exactitud. Siguiendo a Beck (2008) “los riesgos no tiene ninguna existencia abstracta en sí mismos [...] la idea de un índice objetivo con el que medir la peligrosidad pasa por alto que el hecho de que los riesgos se consideren urgentes, peligrosos y reales, o bien omisibles e irreales no es sino consecuencia de una determinada percepción y valoración cultural”.

Sin embargo, las ciencias de la salud que definen al riesgo “como la probabilidad que existe de que tenga lugar un acontecimiento negativo o de que un factor aumente la probabilidad de que esto ocurra” (OMS, 2002); fundamentan las acciones de las entidades de salud en la disminución y eliminación el riesgo, considerándolo, como un elemento medible y susceptible a ser evaluado (Suárez, Beltrán y Sánchez, 2006). Esto deja de lado, la consideración de que este término, en muchas ocasiones no suele ser interpretado de la misma forma por los individuos a quienes se les transmite y que por ende no es neutro y varía en relación a las percepciones, vivencias, conocimientos y creencias de las personas.

Como lo menciona Beck (2008) “los riesgos aceptables, son los riesgos aceptados”, es decir que su objetividad, es producto de la percepción y escenificación cultural que se haga del mismo y en este sentido, así también será la prevención de dichos riesgos. En esta misma línea se encuentran, Petersen y Lupton (1996: 18), quienes consideran que el riesgo es una construcción sociocultural, que siempre es política tanto en sus usos como en sus efectos, y

que de manera inevitable va de la mano con juicios morales de culpa desarrollados por la sociedad.

Es por esto que se tendrá una postura crítica que entiende al riesgo, no como categoría objetiva, sino como una categoría en construcción, que es necesario estudiar desde los significados que se le otorgan a la misma, para así tener mayor claridad sobre las “prácticas del riesgo” (Suárez, Beltrán y Sánchez, 2006). Es decir, los comportamientos o las prácticas ‘saludables’ que desarrollan los individuos (en este caso en particular las mujeres) a partir de significados o representaciones que tienen del riesgo.

Para esto es necesario comprender cómo se asume y se mide el riesgo de contraer una enfermedad desde el punto de vista científico, ya que si se parte de la base de que el riesgo es una categoría o concepto que se construye socialmente, esto se hace mediante la comunicación entre el “conocimiento experto” o “racionalidad científica” con “la racionalidad social”. Teniendo en cuenta lo anterior, desde la epidemiología se ha abordado el estudio del riesgo desde un modelo multifactorial o multicausal, en donde se definen ciertos factores que aumentan la probabilidad de contraer alguna enfermedad. Los factores de riesgo permiten estudiar la distribución, la prevalencia y la incidencia de las enfermedades en ciertas poblaciones y lugares (Suárez, Beltrán y Sánchez, 2006); y se han clasificado en tres: los riesgos del agente (costumbres y estilos de vida), los del huésped, (genéticos y condiciones fisiológicas) y los factores ambientales (geográficos y socio-económicos) (Quevedo, 1990).

Ahora bien, la definición de estos factores resulta ser problemática por dos razones principales. La primera, es que a partir de las definiciones que aparentemente sólo pueden hacer los expertos de los factores de riesgo, se pretenden precisar desde la idea de prevención de unos estilos de vida específicos. Verbigracia, se convierten en factores de riesgo ciertos aspectos que hacen parte de la vida cotidiana de las personas como fumar, alimentarse, consumir alcohol, tener relaciones sexuales, etc., con el fin de intervenir en la vida de las personas y así reducir dicho riesgo con cambios en la dieta o campañas masivas (Petersen & Lupton, 1996). De este modo, se construyen ciertos ‘perfiles del riesgo’ permitiendo controlar más fácilmente los cuerpos de los individuos (Petersen & Lupton, 1996), mientras éstos cambian sus prácticas cotidianas por las prácticas del riesgo.

La segunda hace referencia a que los factores de riesgo comienzan a ser distinguidos o diferenciados por la epidemiología o la salud pública, de acuerdo con valoraciones sociales (Lupton, 1999). Es decir, la importancia que se le otorga deja de ser estadística para darle predominancia a comportamientos que deben tener los individuos, definidos específicamente desde los valores morales y sociales establecidos en la sociedad. Así, en relación al CaCU, los factores de riesgo que son informados a la población responden a la base del riesgo biologizado, individualizado y centrado en el cuerpo femenino, como: contraer el VPH, iniciar relaciones sexuales a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales, tener embarazos a temprana edad, entre otros. Lo que hace que la evaluación del riesgo pretenda indicar el comportamiento sexual que debería tener una mujer y no sea tan objetiva como se hace creer. Por esto resulta necesario comprender que desde una visión crítica la categoría de riesgo, incluye dimensiones que abogan porque se incorporen visiones tanto individuales como colectivas y contextuales (Díaz, 2002), y por qué no, poder analizar a la ciencia también como una creencia cultural desarrollada en las sociedades occidentales (Good, 2003 en Martínez, 2003).

Por supuesto estos aspectos se conforman durante el proceso de comunicación en el que las personas reciben la información sobre los riesgos de contagio por parte de las entidades de salud. Allí, se configuran ciertas representaciones, relacionadas con los marcos culturales de los individuos y que en ocasiones, de acuerdo con el modo en que se reciba e interprete la información, generan estigmas o diferenciaciones marcadas entre las personas (Díaz, 2002). Estas representaciones han sido forjadas desde los entes informativos y desde los mismos individuos, quienes con su creencia fortalecen la credibilidad en la información recibida.

De acuerdo con esto, la relación entre el riesgo y el auto-cuidado o práctica del riesgo, se entabla a través de políticas que promocionan la salud, no sólo a partir de la transmisión del conocimiento experto de la medicina, sino a través del cambio que se pretende lograr en los comportamientos de los individuos para que el riesgo disminuya (Wiesner et al. 2005). Por tal motivo, las políticas tratan de implementar modelos enfocados hacia una transmisión activa del conocimiento, en donde por medio de intervenciones se logra llegar a los comportamientos saludables (Suárez, Beltrán y Sánchez, 2006). Pero aún así, estos enfoques se quedan cortos para el abordaje del tema, puesto que los individuos no reciben la información y la valoran del

mismo modo que los médicos o los epidemiólogos que pueden estar formados en otras creencias o tradiciones sobre la enfermedad, como se ha mencionado.

De igual modo, hay que tener en cuenta que dichas prácticas son una demanda de la salud pública contemporánea, en donde estar sano significa tener auto-control, fuerza de voluntad, auto-disciplina, etc., hechas evidentes en la toma de la CCU y que en muchas ocasiones chocan con las formas tradicionales de entender la salud y la enfermedad (Petersen & Lupton, en Galindo & Arango, 2009). Aquí, en la lógica del cuidado, no está presente la prevención, puesto que en muchas ocasiones sólo existe el cuidado si hay una enfermedad o se puede ver a la enfermedad como un mal o castigo que afecta la estabilidad social y económica de las personas (Suárez et. al. 2004). Esto genera una predisposición, que en vez de llevar a la conciencia del riesgo y a la prevención, se puede manifestar en la ausencia de los mismos.

En este sentido, resulta imprescindible la relación entre la noción del riesgo construida por 'los conocimientos o saberes de los expertos', con las prácticas que tienen los individuos frente a dicho riesgo. Por ejemplo, frente a la nutrición, se han construido prácticas de dieta así como ideas de lo que es saludable digerir y lo que no. Esto, con el fin de ejercer cierto control sobre los cuerpos y lograr que los individuos se disciplinen frente a unas formas de vida en particular (Giddens, 1998). Por esto, es preciso saber si la noción del riesgo que puedan tener las mujeres frente a la adquisición del CaCU, las lleva al auto-cuidado con la toma de la CCU. Es decir, si el punto de partida del auto-cuidado subyace en el riesgo, y si no es de este modo, entonces qué factores de resistencia entrarían en juego frente a la construcción de dichos discursos de riesgo. Lo que tiene que ver con las construcciones personales y comunitarias de la CCU, así como el papel de las instituciones de salud en torno a la perpetuación y promoción del discurso como una forma de cuidar y proteger la vida.

1.3 Género en citología

Dentro del marco de la sociedad de riesgo se pretende estudiar el papel del género en relación con una de las prácticas de auto-cuidado más promovidas por las políticas de prevención contra el CaCU y la salud sexual y reproductiva: la CCU. Como bien se ha mencionado, a lo largo de los siglos XIX y XX se llevaron a cabo cambios sociales desde

movilizaciones sociales, como los movimientos feministas, los cuales iniciaron en Estados Unidos y Europa y tuvieron como objeto reivindicar el lugar de la mujer en todos los ámbitos sociales (familia, política, educación, trabajo, etc.), en los que era oprimida y tratada de forma inferior frente a los hombres (Gamba, 2008).

Dichos movimientos, aunque no se hayan constituido de forma homogénea, defendieron el derecho al placer sexual y a la libre elección sexual de la mujer, así como pusieron en duda el hecho de que por su función natural de reproducción, fuera ella quien se tuviera que ocupar del cuidado de los hijos y el cuidado de la familia (Gamba, 2008). A partir de esto, se originó una nueva relación entre cuerpo, auto-identidad y normas sociales, en donde los roles de género femeninos se fueron transformando hasta afectar las formas de identidad consolidadas con anterioridad tanto para hombres como para mujeres (Giddens, 1998).

Para comprender dichas transformaciones, es necesario contar con la categoría de cuerpo, que cobra importancia al ser una realidad que problematiza y define contextualmente las oposiciones binarias como naturaleza y cultura, espacio individual y social, masculinidad y femineidad, entre otras (Viveros, 1995); y la de género, en tanto se define como el “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000), y como bien lo enunció Scott (1996 citada por Viveros 2000) es una de las formas primarias en donde se desarrollan las relaciones significantes de poder. Es decir, que dicha caracterización social, que surge a partir de las diferencias físicas de los individuos y que determina su comportamiento, atraviesa cuatro aspectos principales: el simbólico, el normativo, el institucional y el subjetivo (Scott, 1996 en Viveros, 2000). A través de los cuales, se puede evidenciar y comprender la construcción de dicha categoría.

Como bien ha sido estudiada la función de la mujer en las sociedades, es necesario recordar que los roles de la misma, se han enmarcado en el cuidado de sus hijos, de su esposo y del hogar, la sumisión, la fidelidad y la falta de decisión propia. Los hombres se caracterizado por ser dueños de sus cuerpos y por actuar de acuerdo a sus parámetros, pues tienen los

conocimientos de lo público y por lo tanto puede ejercer cierto dominio frente a ellas (Fuller, 1995 y Lomas, 2005). Todo esto ha generado que la producción de la salud en el hogar esté a cargo de las mujeres, quienes se encargan de la limpieza, la alimentación, la protección, el cuidado de los enfermos, la educación para la salud, entre otras; concibiendo como ‘natural’, postergar el cuidado de sí mismas, que no es prioritario frente al de los demás miembros de la familia (Viveros, 1995).

De igual modo, la falta de trabajo fuera del hogar, resulta un limitante, puesto que disminuye sus posibilidades de desplazarse fuera de la casa, restringiendo su acceso a la prestación de servicios de salud y seguridad social, y aumentando la desprotección de las mismas durante la vejez (Viveros, 1995). Adicionalmente, si la mujer trabaja dentro y fuera del hogar, su carga y la necesidad de conciliar responsabilidades en los dos ámbitos, genera tensiones frente al cuidado de los hijos y dificultades en la concentración que deterioran su salud (Viveros, 1995). A pesar de esto, la construcción de género en la salud no se ha tenido en cuenta en los discursos de salud pública, que frecuentemente presentan a la mujer como pasiva, irracional, con falencias físicas, emocionales e intelectuales (Petersen & Lupton, 1996).

La relación entre género y salud es pertinente puesto que como durante el proceso de socialización se internalizan expectativas diferenciadas entre hombres y mujeres sobre cómo ser y cómo actuar, se generan diferentes actitudes y conductas de riesgo frente a la salud física y mental (De los ríos y Gómez, 1991 en Viveros, 1995). Lo que ha ocasionado, que desde la salud pública, se defina a la salud de la mujer únicamente desde la maternidad y la reproducción, limitando el cuidado femenino a este nivel sin tener en cuenta los factores anteriormente mencionados (Turner, 1987 en Petersen & Lupton, 1996; Cortés, 2009).

Todas estas ideas desarrolladas de manera histórica, todavía en la actualidad tienen eco en las políticas del cuidado de la salud. Una evidencia de esto es el énfasis en la salud reproductiva de la mujer, ya no tanto en relación a la maternidad, sino ahora en relación al riesgo que ella y su cuerpo pueden representar para los hombres. El cuerpo femenino ha sido históricamente marginalizado, puesto que se ha considerado además de una tentación, como algo que está contaminado y que inspira sentimientos de disgusto y repulsión (Petersen &

Lupton, 1996). Este hecho ha permitido que el cuerpo de la mujer sea con frecuencia mayormente controlado (Pedraza, 2007; Helman, 2007), hasta el punto de incentivar la toma de exámenes médicos de inspección para detectar síntomas de enfermedades de transmisión sexual. Enfatizando sólo en la mujer, a pesar de que en los hombres también se desarrollan.

En este sentido, la CCU juega un papel importante en la construcción de auto-identidad, autonomía y auto-control de la mujer sobre su cuerpo. Teniendo en cuenta que el desarrollo de esta prueba como mecanismo de prevención del CaCU, se encuentra atravesada por aspectos de género. Las políticas preventivas que promocionan el examen, ponen como riesgoso al cuerpo femenino y a la mujer como portadora de éste (Howson, 1998). Lo que evidencia el control que se pretende ejercer sobre el cuerpo de la mujer, dándole una participación sobre el cuidado de sí misma; sin dejar de lado los aspectos personales e individuales que lleven a la mujer a tomar la decisión de participar del examen como las creencias sobre salud y enfermedad y sobre el riesgo mismo (en términos de construcción sociocultural y discursiva).

Sin embargo, resulta discutible considerar que por tener algunas prácticas de autocuidado, como la CCU, la mujer pueda acceder a esa autonomía. Por el contrario, podría justificarse el control que ejerce el hombre sobre el cuerpo y sobre la sexualidad de la mujer (Pedraza, 2007). Por ejemplo, para autores como Foucault, la liberación de la sexualidad, ha llevado a un control mayor sobre la vivencia de la misma, teniendo como instrumento al cuerpo (Giddens, 1998). Una prueba como la CCU, puede dificultar el empoderamiento y control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer, porque en ella, se materializan aparatos disciplinarios controlados por una tecnología del poder implementada en la regulación y control de la sexualidad, la salud o la enfermedad de la mujer (Cortés, 2009).

Una muestra de ello se refleja en las exigencias que presenta el discurso de salud pública, en donde se insiste en que las mujeres controlen la forma y el tamaño de sus cuerpos, eviten algunas prácticas que no son atractivas para los hombres y por supuesto, que se cuiden de transmitirles infecciones o enfermedades de transmisión sexual (Petersen & Lupton, 1996). Discurso, en el que se evidencia la formación de los perfiles de riesgo, que definen

objetivamente el estilo de vida que debe llevar una mujer en prevención. Postura desde la cual, no se entiende que las construcciones de los roles de género varían en relación al contexto y actores culturales de socialización de las mujeres, por lo que no se puede partir de mujeres homogéneas a quienes se puede influenciar y en cierta forma controlar del mismo modo.

1.4 Proceso salud-enfermedad

Lejos de entender el proceso salud-enfermedad como algo netamente biológico, pretendo estudiarlo como un sistema de interpretación de la vida; es decir, de los significados otorgados a la situación de salud y de enfermedad, como eventos relacionados con la vida y la muerte que refleja el vínculo de la persona con la sociedad y que sirve para interpretar su relación con el contexto social. Esto responde a contextos socio-económicos que varían según sexo, edad, grupo étnico, entre otros (Schwabe & Kuojock, 1981; Scheder, 1987; Pierret, 1995 en Suárez et. al. 2004).

Este eje se presenta como punto de encuentro de los dos anteriores, ya que las nociones de riesgo y prevención mencionadas, pretenden evitar la enfermedad y mantener la salud. Al igual que las construcciones de género, que estarían determinando la forma en que cada persona se acerca a su cuerpo y cuida del mismo. Estos dos aspectos, están inmersos en consideraciones más amplias relacionadas con la salud y la enfermedad, específicamente con el CaCU. Ellas surgen de una división por excelencia entre la medicina oficial y la medicina curativa tradicional. La primera, cargada por la racionalidad de causa-efecto comprobable mediante mecanismos científicos y tecnológicos que se relacionan con la prevención (Suárez et al. 2004), pero que a su vez pretenden medir estadísticamente las causas de las enfermedades y el manejo que le dan los individuos. Y la segunda, desarrollada a partir de los saberes populares y las creencias culturales de los grupos sociales, a los cuales se accede sólo luego de saber que se tiene alguna enfermedad (Suárez et al. 2004).

La medicina tradicional que desde el punto de vista de la medicina oficial, es ‘popular’, ha perdido poco a poco su credibilidad en las sociedades modernas en las que se han instaurado una serie de discursos transformadores de las nociones del cuerpo y de su cuidado. De este modo, la salud dejó de ser comprendida como la ausencia de la enfermedad, para

entenderse como un complemento entre cuestiones físicas, mentales y sociales que se desarrollan en la vida de los individuos (Cockerham, 2007). Lo que ha generado que el punto de vista médico, se considere como el único válido, completo y útil a la hora de mantener la salud y curar la enfermedad. Esto con el fin de mantener la necesaria reproducción y el desarrollo social y cultural de los individuos (Suarez, Wiesner & Olarte, 2005).

Desde este punto de vista, se puede decir que se ha descuidado bastante la importancia del papel de la cultura en la comprensión del proceso salud-enfermedad que sienten las personas a partir de su experiencia individual y colectiva. En palabras de Suárez, Wiesner y Olarte (2005), se puede decir que desde la medicina, la salud pública y la epidemiología, no se ha reconocido que la salud es una categoría construida a partir de las historias de vida de los actores sociales y de su pertenencia a grupos específicos. Y además, que son utilizadas para expresar una constelación de sentidos, de lógicas, de prácticas sociales que evidencian el tipo de relación que tiene la persona con su entorno social. Por el contrario, lo que se ha pretendido, es promocionar una serie de estilos de vida saludables, con el fin de que no sólo se ponga confianza ciega en la medicina como única protectora de la salud, sino también con el fin de estigmatizar otras formas de vida distintas y por lo mismo vistas como negativas para la salud (Suárez et al. 2005).

Ahora bien, como estamos en el contexto de una sociedad de riesgo, desde la ciencia, la tecnología y las instituciones de salud se han desarrollado ciertas estrategias preventivas que promueven los estados saludables o los mencionados estilos de vida saludables. Dentro de ellos, se encuentran no sólo las visitas frecuentes al médico y el cuidado preventivo de la salud, sino también, decisiones sobre comida, ejercicio, relajación, higiene personal, riesgo de accidentes, fumar, consumir drogas o alcohol, entre otros (Cockerham, 2007). Y con su promoción, lo que pretende es que las personas cambien sus costumbres de vida cotidianas para prevenir y no tener el riesgo de contraer alguna enfermedad. Entonces los individuos deben tomar la decisión de aceptar esas nuevas formas de vida saludables o correr el riesgo de tener una salud pobre (Cockerham, 2007) y también empezar a ser llamados ignorantes o atrasados (Suárez et al. 2005).

Desde las ciencias sociales se exploran varias posturas que tratan de ir más allá de las propuestas de la salud pública y que buscan comprender las connotaciones sociales que puede generar esa simple idea de cambiar los estilos de vida de las personas. En la sociología, encontramos la postura de Weber, para quien el estilo de vida estaba determinado, no sólo por la clase sino también por el estatus de los individuos (Cockerham, 2007). Es decir, que de acuerdo con su estatus (educación, grupo político, religioso, etc.) el individuo iba a consumir unas cosas determinadas que definían su identidad de clase. Sin embargo, para otros autores como Cockerham (2007), el estatus y la clase, no determinan del todo el estilo de vida, pues éste, también se encuentra relacionado con la edad, el género, la raza o la etnicidad, la colectividad a la que pertenece, las condiciones de vida y por su puesto la agencia que desarrolle el individuo a partir de los procesos de socialización.

Este último, se acerca a la postura planteada desde la antropología, en donde se le otorga una importancia vital a la cultura, a los vínculos sociales y a las representaciones que se desarrollan en comunidad a partir de una enfermedad. En este sentido, se comprende que el proceso de salud-enfermedad en las personas, debe ser estudiado desde un ángulo social para comprender las formas de vivir, sentir y experimentar ese proceso. Pero no sólo teniendo en cuenta a la medicina como única ciencia válida, sino entendiéndola como una parte de la construcción del proceso que relaciona los aspectos particulares y contextuales con sus expectativas infructuosas de imponer cambios en las formas de vivir de las personas.

En el caso específico del cáncer, que se ha definido desde la medicina, como el crecimiento de células malignas en alguna parte del cuerpo, que en ocasiones, si es detectado a tiempo puede ser curado. Se dejan de lado las valoraciones sociales que la entienden como una enfermedad crónica, asociada a la muerte, la fatalidad, el sufrimiento, las cargas económicas a la familia, etc. (Sontag, 2003; Gil, 2012). Donde se hace sentir culpable a la persona de tener la enfermedad, por sus malos hábitos o comportamientos in-saludables, sin tener en cuenta aspectos contextuales, socio-económicos o de acceso a la salud (Gil, 2012). Todo esto, genera ciertas representaciones y significaciones que hacen que los individuos actúen en relación a sus experiencias, conocimientos y necesidades, apartándose de la visión médica o construyendo en relación a ésta, una visión social de la enfermedad.

Por otro lado, el CaCU conlleva a unas representaciones sociales específicas relacionadas con tabúes sexuales y con construcciones morales tradicionales sobre la sexualidad que debe tener una mujer (roles de género). Pero lo que no se tiene en cuenta, es que el hombre, también juega un papel primordial en la posible adquisición de esta enfermedad (puesto que es el portador del VPH principal factor de riesgo para el CaCU) y que a él, no se le limita de manera evidente en su sexualidad. Esto puede hacer que las mujeres que sólo han tenido una pareja sexual, no se consideren en riesgo, y por tanto, posiblemente no se tomen la CCU y que eventualmente se comience a ver de forma despectiva a las mujeres portadoras de este cáncer.

De igual modo, es preciso tener en cuenta la influencia de los factores estructurales de las personas en la prevención de la salud. Esto, porque además de que en ocasiones los individuos no le otorgue la importancia suficiente a la prevención, es posible que tampoco tengan el acceso a los servicios de salud, por lo que en muchas ocasiones se prefiere hacer uso de otros mecanismos para no enfermarse. Por ejemplo, se dice que la salud es un instrumento operativo que mantiene al individuo dentro del sistema, mientras que la enfermedad es vista como desviación o anormalidad (Suárez et. al. 2004) o simplemente una forma de no estar activo, ni ser útil dentro de las labores sociales de la sociedad. Lo que evidencia la relación frecuente con la cultura y con factores individuales, educacionales, socio-económicos y ambientales (Helman, 2007) que hemos venido mencionando, en los cuales se profundizará más adelante con el análisis de resultados.

1.5 Representaciones sociales

Para este estudio las representaciones sociales serán el referente analítico y teórico por medio del cual se obtendrá un mejor acercamiento a la comprensión y la vivencia construida en torno a la CCU. Lo que se pretende, es entablar o encontrar la relación de los discursos y creencias de las mujeres con las prácticas de las mismas. De hecho, esta forma de estudiar los conocimientos que construyen las personas, ha sido muy útil en el campo de los estudios

sociales del proceso salud-enfermedad⁵ (Viveros, 1993), para comprender los discursos que se crean a partir de la medicina oficial en relación con las creencias populares.

Desde la sociología el aporte más cercano que se hace frente a las representaciones sociales, tiene que ver con la forma en que el individuo construye y conoce la realidad en la que se encuentra inmerso. Los aportes de Berger y Luckmann (2003), le apuntan al proceso de internalización de la realidad, es decir, a la socialización objetiva y subjetiva. Según estos autores, la socialización subjetiva es un proceso cognoscitivo en donde el individuo adquiere unos significados que son objetivados por el mismo. A partir de la información que recibe, se apropia de unos comportamientos, los que él considere necesarios y propios y así mismo reconoce e identifica a los demás como a sí mismo. Este proceso de reconocimiento de la realidad es muy similar al propuesto desde las representaciones sociales, que será trabajado a profundidad más adelante.

En esta misma línea se encuentra Goffman quien en su texto *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (1959), evidencia la forma en que cada uno de los individuos absorbe y aprehende de la realidad en la que vive, generando ciertas formas de comportamiento que le permitan sentirse parte de la sociedad e identificarse con ella. En este sentido a medida que el individuo conoce su realidad a partir de la interacción con otros o adquiere una posición determinada, construye impresiones de la misma y genera comportamientos determinados en la realidad, los cuales pueden ser sinceros o fachadas para lograr la integración necesaria en sociedad o posición en la que se encuentra.

El estudio de las representaciones sociales se ha llevado a cabo desde dos enfoques: el estructural y el procesual. En el estructural el abordaje es un poco más cuantitativo y busca tener una comprensión de las representaciones a nivel cognitivo individual, del aspecto constituido de la representación (Vergara, 2008). A diferencia de éste, el enfoque procesual (que es en el que se basará el análisis de los resultados), se interesa más por el aspecto constituyente de la representación, que en el constituido. Es decir, además de tener en cuenta

⁵ No sólo ha sido útil en este campo, sino que se ha empleado en estudios de sociología urbana (De alba, 2009) y sociología de la pobreza y la desigualdad (Bayón, 2012), como un medio para comprender la realidad que construyen las personas en determinados contextos sociales.

los aspectos cognitivos o individuales, estudia los relacionados con la interacción en un contexto social y la forma en que construye el conocimiento a partir de prácticas socio-culturales (Vergara, 2008).

Esta postura procesual es cercana la visión de Moscovici, quien define a las representaciones sociales, como un corpus organizado de conocimientos que permite hacer inteligible la realidad física y social del hombre, en su forma de integración a un grupo y en el intercambio cotidiano de símbolos y discursos (Moscovici, 1979). Es decir, que éstas, como lo explica Viveros (1993), se construyen y comparten socialmente por medio de experiencias, informaciones, modelos de pensamiento transmitidos por la tradición, la educación y la comunicación entre los individuos de un grupo social determinado. Para así comprender las ideas y los hechos que rodean el entorno en que vivimos y los significados otorgados a objetos, personas, instituciones, etc. (Jodelet en Rodríguez 2003).

En este sentido, según Moscovici (1979), en el proceso de formación de las representaciones sociales, los individuos pueden organizar su pensamiento y los conocimientos que reciben de un objeto o agente externo a ellos. Todo esto por medio de ítems como la opinión, las actitudes, las percepciones y el conocimiento mismo que son organizados en un proceso mental y de socialización e interacción con otros. De esta forma, los sujetos logran familiarizarse con lo desconocido, haciéndolo familiar mientras lo analizan y lo comprenden en relación con sus creencias, experiencias, costumbres, etc. Por esta razón, la representación es distinta al objeto que se representa, puesto que en el proceso de apropiación del concepto, éste se construye y reconstruye en el proceso de socialización.

Ahora bien, para que una representación social se forme, es vital que el objeto que se represente tenga un carácter social, es decir, que haya estado en contacto e interacción con los individuos. Esto, teniendo en cuenta que los grupos sociales, elaboran un pensamiento compartido de los objetos que han sido significativos para ellos (Páez, 1987 y Elejabarrieta, 1995, citados por Vergara, 2008). En este sentido, según Vergara (2008), estos significados permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las acciones sociales. Así como las relaciones de las personas con el mundo y con los discursos que circulan en el espacio público

de las sociedades. En otras palabras, cómo los individuos construyen su realidad social, a partir de los conocimientos, experiencias, sentimientos, sensaciones, opiniones, actitudes, etc., que tienen de la misma.

Este proceso de formación de la representación está conformado en un primer momento por las dimensiones sociales, en las cuales basaremos la comprensión de los resultados del trabajo de campo. En ellas, es posible acceder a las posiciones o evaluaciones que un grupo social, de clase o cultura determinada construye sobre un tema en particular (Moscovici, 1979). Estas dimensiones fueron definidas por Moscovici, como actitud, información y campo de representación. Con la primera, se refiere a la posición (positiva o negativa) que se toma frente a un tema determinado. La segunda, determina la cantidad de conceptos que se han adquirido frente a un tema. Y el campo de representación, establece la forma en que estos conocimientos han sido organizados así como la importancia que han adquirido para cada individuo o grupo social.

Por medio del estudio de las representaciones sociales, se puede rastrear uno de los aspectos esenciales que estudia la sociología: la construcción social de la realidad que hacen los individuos desde su cotidianidad (Vergara, 2008). De esta forma, la representación es social, puesto que: emerge de la comunicación entre los individuos; su circulación tiene que ver con el intercambio de saberes y ubicación de las personas en contextos sociales particulares dentro de una estructura social; y construye socialmente la realidad en el intercambio social, en el desarrollo de una identidad personal y social, en la búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común (Araya, 2002), lo cual muestra una evidente conexión con las posturas mencionadas de Berger, Luckmann y Goffman.

Es por este motivo, el estudio de las representaciones sociales en salud, resulta significativo por dos cosas principales. La primera, permite estudiar cómo la ciencia llega a hacer parte de la cultura, del pensamiento, del lenguaje y de las prácticas que tienen las personas a partir de esta elaboración del conocimiento (Vergara, 2008). Y la segunda, permite comprender el por qué de ciertas prácticas en salud o el por qué de la ausencia de las mismas, así como por qué se aceptan más unos discursos que otros y cuáles son los que tienen mayor

validez en la vida de las mujeres. En el caso de la CCU, devela los conocimientos y las formas que tienen las mujeres de comprender dicho examen para entender las razones y justificaciones relacionadas con el hecho de hacérsela o no.

1.6 Metodología

Se realizó un estudio de tipo cualitativo basado en trabajo interpretativo que considera la importancia no sólo de las experiencias subjetivas e individuales de los participantes (Hernández Sampieri y otros, 2005), sino también del reconocimiento de las percepciones y significados que le son otorgados a esos fenómenos o experiencias (Bogdan & Biklen, 2003), como es el caso de la CCU. Con este enfoque se pretendió: comprender el comportamiento de las mujeres, teniendo en cuenta el contexto y los significados desde donde se fundamenta la acción; tener una aproximación, por medio de la CCU, al modo en cada mujer le da sentido a dicha experiencia; y entender la realidad de las mujeres que hicieron parte de la investigación, sin pretender generalizar percepciones, comportamientos o actitudes hacia la CCU.

Se escogió a un grupo de mujeres residentes del barrio La Gaitana, por ser uno de los barrios pertenecientes a una de las localidades más sobrepobladas de la ciudad, caracterizado por tener una población heterogénea (indígenas, afro-descendientes y desplazados), con dificultades sociales y económicas, dada la ubicación de la misma (territorio con varios humedales y aledaño a ríos de una alta contaminación ambiental), precariedad de muchos de los servicios, como agua potable, vías de acceso, parques, alcantarillado, etc., constituyendo focos de infección que deterioran la salud de las personas, además de una falta de acceso a los servicios de salud y de educación, y problemáticas relacionadas con embarazos adolescentes, violencia intrafamiliar, drogadicción, etc.⁶ Adicionalmente, porque presenta unas cifras muy bajas de cobertura de la CCU y por lo mismo de la ausencia de la toma de la misma⁷, y la falta de cifras, tanto a nivel distrital como local de la prevalencia del CaCU.

⁶ Diagnóstico local 2011, localidad de Suba.

http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/DIAGNOSTICO%20LOCAL%20SEGUNDO%20AVANCE%202011.pdf

⁷ Estas cifras resultan ser algo contradictorias, puesto que mientras que en el Diagnóstico Local del Hospital de Suba (2011), se afirma que el 2,92% de la población de mujeres en edad fértil, se había tomado la CCU. Las cifras presentadas en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud 2011, afirman que el 93% de las mujeres de esta

Para acceder a la población de estudio se presentaron algunas dificultades debido al terreno y al tema de abordaje de la investigación, pues se trató de abordar a las mujeres en sus casas o por medio de convocatorias a la realización de actividades en el Centro de Atención Médica Inmediata CAMI La Gaitana, con autorización del Líder de gestión de conocimiento del Hospital de Suba, aún sin tener conocimiento de si estaban afiliadas al servicio o no. Sin embargo, no hubo participación de las mujeres convocadas y era muy difícil tener contacto y acercamientos con las mujeres desde sus hogares. Motivo por el cual se decidió abordar a las participantes desde el CAMI La Gaitana, cuando éstas se encontraban esperando ser atendidas o esperando resultados de exámenes y autorizaciones.

Esto puede verse como una limitación del trabajo de campo y de la investigación, pero no se puede partir de que el acceso a los servicios de salud es sólo para personas de niveles económicos medios o altos, ni mucho menos de que el contexto y la situación de vulnerabilidad se esfumen del todo al tener acceso a los servicios de salud. Una ventaja de haber contactado a la población en este lugar es que a pesar de que es un centro de servicios de acceso a la salud, no es el lugar específico de toma de citología cervical, pues éstas se realizan en el CADE la Gaitana. La pertinencia de este lugar se definió con el fin de no tener contacto directo con las mujeres que van específicamente a tomarse la citología cérvical, pero sí con aquellas que a pesar de sus condiciones contextuales tienen acceso a los servicios de salud.

Como plataforma se tuvo en cuenta a los contactos establecidos con profesionales de la salud del CAMI La Gaitana. Participaron mujeres pacientes del centro de salud, así como algunas trabajadoras del mismo; se decidió incluir a las trabajadoras porque a lo largo del trabajo de campo se evidenció la necesidad de tener una visión compartida de la toma de la citología cervical, desde la comunidad y desde la institución de salud, por su puesto dándole mayor peso a la comunidad. La selección de las participantes se realizó por medio de muestreo teórico, hasta obtener la saturación de la información. Se realizó una selección intencionada de casos teniendo en cuenta las siguientes características:

localidad se ha hecho la citología, pero no se menciona si la prueba se toma de forma constante lo que es primordial para la detección del cáncer. Por esta razón me baso en las cifras locales para el desarrollo de la investigación.

- Sexo: mujer
- Lugar de residencia: urbana, Barrio La Gaitana, Localidad Suba, Bogotá
- Edades: 20-30/31-45/46-65
- Pacientes y trabajadoras del CAMI La Gaitana
- Pertenecientes al Régimen Subsidiado de Salud, Sisben

Las mujeres participantes se identificaron como informantes claves, es decir, que por medio de su recomendación se pudo llegar a otras personas. Se contó con la colaboración de 12 mujeres siguiendo la siguiente distribución (tabla 1):

Tabla 1. Mujeres participantes			
Edad	20-30	31-45	46-65
Entrevistas a profundidad	3	3	6
Asociaciones	Todas las mujeres participantes		

Para poder desarrollar los instrumentos metodológicos, después de obtener el aval del Hospital de Suba para trabajar en el CAMI La Gaitana, se gestionó con el coordinador del establecimiento la prestación de un consultorio para el desarrollo tranquilo de las entrevistas. Definido esto se abordó a las mujeres en la sala de espera, a quienes se les brindó la información respectiva sobre el objetivo de la investigación y los temas a tratar. Así como también que sus respuestas serían grabadas y luego transcritas por la investigadora para fines académicos. Hecho con el que las participantes estuvieron de acuerdo, dando cumplimiento a los criterios de confidencialidad y anonimidad de la investigación cualitativa.

La metodología se basó en dos herramientas: la primera, las entrevistas semi-estructuradas a profundidad, las cuales hacen referencia a un diálogo que tiene ejes temáticos preestablecidos por los investigadores (Taylor & Bogdan, 1992). Con ésta, se pretendió indagar sobre las representaciones que tienen las mujeres de la salud, la enfermedad, el CaCU, el autocuidado, el cuerpo femenino, la sexualidad, la CCU y el riesgo (anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada). Con las entrevistas se obtuvo información sobre el contexto social de las mujeres, con datos básicos como el nombre, la edad, el lugar de residencia, el tiempo de residencia en ese lugar, la ocupación actual, el grado de escolaridad, las personas con quienes vive y por supuesto, si se ha tomado la CCU alguna vez. Con esta información se entró un

poco en confianza con las mujeres para dar lugar a las preguntas relacionadas con prejuicios, conocimientos, mitos, creencias y actitudes sobre la CCU y el CaCU.

La segunda y última herramienta de investigación, fue las redes de asociación o asociaciones libres, que consisten en que a partir de una palabra, la participante nombre las cinco primeras palabras que se le vienen a la mente después de escucharla o leerla (Viveros, 1993; Collazos, 2012). Esto permitió, desde el punto de vista procesual de la representación, observar creencias, atribuciones de casualidad, estereotipos, actitudes-evaluaciones y tendencias de conducta (Vergara, 2008) para tener una base sobre la forma en que las mujeres entienden la CCU y el CaCU principalmente. Sin embargo, el desarrollo de la investigación permitió incluir palabras como el riesgo, la salud y la enfermedad, las cuales fueron significativas para la comprensión de las prácticas en salud, así como las dimensiones sociales de la representación de estos conceptos (Anexo 3. Resultados redes de asociación).

Vale la pena mencionar que el desarrollo de los instrumentos metodológicos se llevó a cabo, algunas veces en uno de los consultorios del CAMI y otras en la sala de espera, pues las mujeres debían estar pendientes para recibir los resultados de exámenes de sangre o de autorizaciones para citas con especialistas. Por esta razón, en algunas ocasiones la información que se tuvo fue poca o no se pudo generar un espacio de confianza entre la investigadora y la participante, lo que evidencia en cierta medida la falta de tiempo de las mujeres, en lo que se profundizará más adelante. Otra limitación estuvo relacionada con el tema de la investigación, pues para algunas mujeres resulta algo difícil e incómodo hablar de un examen como la citología cervical. Sin embargo como se observará más adelante los resultados fueron muy ricos en contenidos y le dieron fuerza al análisis teórico planteado con anterioridad.

La forma como se llevó a cabo el análisis de la información fue teniendo en cuenta las preguntas planteadas con anterioridad y otras que surgieron a lo largo del trabajo de campo. De este modo, se comenzó con la codificación y categorización de cada una de las transcripciones de las entrevistas y de las asociaciones libres (Anexo 2. Distribución de categorías). Todo esto, apoyado en el análisis narrativo de los discursos que maneja la población participante, teniendo en cuenta la consolidación de las representaciones que se

construyen alrededor de un tema. Para lo que se tuvo de base las dimensiones de las representaciones sociales.

Por último, se realizó el proceso de triangulación hermenéutica, entendida como la reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio (Cisterna, 2005), obtenida por medio de los instrumentos mencionados. Esta se desarrolló por medio de los siguientes pasos: seleccionar la información obtenida en el trabajo de campo y triangularla entre todos los estamentos investigados; triangular la información obtenida con la recolectada por cada uno de las herramientas; y triangular la información con el marco teórico (Cisterna, 2005). De esta forma se constituyeron los resultados de la investigación.

1.6.1 Descripción de personajes

Edit

Tiene 22 años y es madre soltera de un bebé de siete meses de nacido. Ella es de Bogotá, terminó el bachillerato y vive con su madre y sus hermanos. En el momento de la entrevista, la joven estaba esperando la autorización para unos exámenes de su bebé, quien ha estado un poco enfermo. Ella se encontraba distraída, preocupada y afanada por ir a estar pendiente de la salud de su hijo. Dentro de sus ocupaciones se encuentra el cuidado de su bebé y colaborarle a su madre con las labores del hogar. A lo largo de la entrevista se mostró muy preocupada por la responsabilidad en la vida sexual de las mujeres y los hombres.

Maribel

Ella se encontraba esperando por los resultados de unos exámenes y se interesó de forma voluntaria en la entrevista al escuchar la participación de otra de las mujeres. Tiene 26 años, terminó el bachillerato y es una madre soltera que vive con su mamá, sus hermanos y uno de sus sobrinos. Se dedica a las labores del hogar con ayuda de su madre y al cuidado de su hijo y su sobrino. Durante la entrevista, siempre manifestó la importancia de la citología sobre todo como bienestar de la mujer, a pesar de que no tiene información alguna sobre el cáncer de cuello uterino. Además fue la única de las participantes que se tomó la citología porque supo que otras mujeres lo hacían y no por orden médica directa.

Jessika

Ella es una de las profesionales de contacto y que hizo parte de la investigación. Tiene 27 años, es profesional en medicina y especialista en epidemiología. En ese momento se dedicaba a hacer consulta externa con el programa de crónicos del CAMI y actualmente es la epidemióloga del Hospital de Suba. Vive con su padre, su madre y

su hermana menor. Siempre manifestó estar interesada en la investigación porque desde el hospital no se tiene mayor información sobre la toma de citologías.

Marcela

Tiene 35 años y aunque se mostró muy interesada en participar de la investigación, no estuvo de acuerdo con que se grabara la entrevista y fue reservada con las preguntas relacionadas con su trabajo y vida personal. Vive con su esposo y sus dos hijos, hace parte de la población desplazada, aunque es profesional en publicidad. Actualmente no ejerce su profesión de forma directa, sino que hace parte de las personas que trabajan en pro de la comunidad desplazada que habita la localidad (no referenció con quienes exactamente). Su entrevista fue fluida y tranquila e hizo referencia a aspectos muy interesantes, es una lástima que no se haya podido grabar, aunque se hicieron varias anotaciones.

María

Ella es una mujer de 40 años que vive con su esposo y su hija. Nunca estudió nada y en este momento se dedica al hogar. Su entrevista fue corta y fue una de las mujeres que menos información tenía sobre los temas abordados en la investigación. A pesar de que quiso participar de la actividad, estaba muy nerviosa lo que pudo limitar sus respuestas, aunque tiene acceso a la salud manifestó que asiste muy poco, solo cuando se enferma.

Rocío

Es otra de las profesionales del CAMI, aunque ella es odontóloga. Tiene 42 años, vive con su esposo y su hija de 12 años. En ocasiones ella desempeña doble jornada (casa y trabajo), aunque tiene la ayuda y el apoyo de su esposo, quien también trabaja fuera del hogar. Su contacto se dio por medio de la Dra. Jessika y su entrevista fue más tranquila porque se realizó fuera del CAMI, aprovechando el espacio de una reunión en compañía de unos amigos en común.

María Alicia

Ella tiene 45 años, vive con sus tres hijos y su esposo, no tiene estudios. Actualmente es ama de casa, aunque algunos años atrás estuvo trabajando como aseo en apartamentos. Durante la entrevista manifestó su inconformidad y tristeza frente a la falta de reconocimiento de sus familiares en las labores del hogar.

Imelda

Es una mujer llena de frustración por la labor que realiza de ama de casa, pues sus tres hijos y su esposo no valoran la dedicación que ella tiene frente al hogar. Tiene 48 años, estudió hasta quinto de primaria y trabajó durante muchos años en cultivos de flores. Es de origen Boyacense y vive desde muy joven en la ciudad. Su discurso siempre estuvo marcado por las limitaciones en su labor de ama de casa y sus funciones en comparación con las de su esposo, quien trabaja fuera del hogar.

Margarita

Trabaja con el Hospital de Suba en el sector administrativo, pero su formación es técnica. Tiene 50 años, vive con su hijo y con su esposo quien también trabaja fuera del hogar. Ella también realiza labores de doble jornada y aunque su intervención fue muy corta, fue una de las pocas mujeres que manifestó dedicarse tiempo para el cuidado de sí misma.

Myriam

Es una mujer de 51 años que vive con su esposo y sus dos hijas. Es de origen boyacense, su formación es técnica como higienista oral, pero actualmente y desde hace muchos años se dedica al hogar. En su entrevista también manifestó la inconformidad con sus funciones como ama de casa a las que denominó como 'naturales'.

María Gloria

Tiene 58 años, ya es abuela, vive 'solita, con Dios', como ella misma lo manifestó. Pudo terminar su bachillerato. Sus hijos son los que ven por ella y actualmente se encuentra un poco enferma, por lo que en el momento de la entrevista se encontraba esperando el resultado de unos exámenes de sangre. Sin embargo, a pesar de que su intervención fue interrumpida, regresó a terminar con la entrevista.

Vitelvina

Es una mujer de 73 años de edad que vive con su esposo, una de sus hijas y su nieto. Al inicio de la entrevista manifestó que por edad ya no le daban trabajo, entonces que su esposo trabaja cuando le sale y su hija les colabora con los gastos, por lo que ella la ayuda cuidando a su nieto. Además, también manifestó que por su edad no se le había permitido hacerse la citología, hasta que la Dra. Jessika habló con las encargadas para que se la hicieran, pues ella tiene vida sexual activa y manifestó que se quería cuidar.

Capítulo II. Género y salud mujer. Un acercamiento a la construcción social de la salud, la sexualidad y el cuidado

El capítulo hace parte del desarrollo de resultados y pretende evidenciar uno de los objetivos de la investigación, a saber, describir la forma en que las construcciones de género afectan las creencias y percepciones que tienen las mujeres sobre la CCU. También, muestra la función que cumplen los roles de género en relación a la forma en que la mujer cuida de su cuerpo y de su salud por medio de la CCU, o como se verá, por medio de otros aspectos que se adaptan a su estilo de vida como cuidadoras del hogar.

El capítulo se llevará a cabo en tres partes conformadas a partir del análisis del trabajo de campo. En la primera, se tendrán en cuenta los factores que pueden influir el grado de autonomía que tienen las mujeres frente al cuidado de su cuerpo y a la CCU. En la segunda, se evidencia el papel determinante de las construcciones de género, en la forma que tienen las mujeres de entender y de actuar frente a la salud. Y en la tercera parte, se presentan las formas de auto-cuidado que tienen las mujeres participantes en su cotidianidad, partiendo del tiempo que se dedican a sí mismas y de la importancia que le otorgan al auto-cuidado en relación con la CCU.

La construcción social de la feminidad hecha por las participantes en este estudio y a lo largo de su vida, se enlaza con otros aspectos como la edad, la escolaridad, las percepciones sobre la salud, los estilos de vida, la confianza en la medicina, entre otros. De acuerdo con estos, se encontró que dicha feminidad determina, en buena medida, el modo en que ellas manejan el cuidado de su salud. Esto partiendo de que cuando se habla de cuidado, se habla también de la CCU, entendida, desde las mujeres, como un examen que previene la enfermedad y mantiene la salud, “es verse por dentro”.

2.1 ¿Autonomía con CCU – CCU sin autonomía?

Teniendo en cuenta que las entrevistas se clasificaron por grupos de edad, a lo largo de este capítulo se tratará de enfatizar en las diferencias y similitudes que se presentaron en cada uno de estos grupos con respecto a cada tema. Para esta parte del capítulo se tendrán en cuenta

las categorías de análisis: autonomía mujer y hombres-CCU, fuertemente relacionadas con las construcciones de género. A partir de ellas se pretende observar la determinación que tienen las participantes sobre su cuerpo en relación con su forma de vida y su contexto; enfatizando en la posible influencia que tiene su pareja en el cuidado de su cuerpo, así como en la autonomía frente a las prácticas de cuidado, como la CCU.

En este punto, la información contextual de las mujeres es muy importante porque cada detalle puede ser determinante a la hora de estudiar la autonomía en el cuidado de su salud. Pero como anteriormente ya se hizo una pequeña descripción de la vida de cada una de ellas, en esta parte sólo se recordará la forma en que se distribuyeron las participantes por los grupos de edad, así como la ocupación que actualmente tiene cada una de ellas (tabla 2).

Tabla 2. Distribución por grupos de edad y ocupación			
Grupo de edad	Participante	Edad	Ocupación
Grupo 1 20 a 30 años	Edit	22 años	Ama de casa
	Maribel	26 años	Ama de casa
	Jessika	27	Trabaja como especialista
Grupo 2 31 a 45 años	Marcela	35 años	Trabaja con comunidad
	María	40 años	Ama de casa
	Rocío	42 años	Doble jornada (casa y trabajo)
Grupo 3 46 a 65 años	María Alicia	45 años	Ama de casa
	Imelda	48 años	Ama de casa
	Margarita	50 años	Doble jornada (casa y trabajo)
	Myriam	51 años	Ama de casa
	María Gloria	58 años	Ama de casa
	Vitelvina	73 años	Ama de casa

Ahora bien, para comenzar a evidenciar los resultados obtenidos, es preciso tener claro que hay aspectos o puntos de vista similares en todos los grupos de edad. Por ejemplo, en líneas anteriores, enunciábamos que desde la salud pública, las entidades de salud promocionan

a la CCU como un examen que proporciona auto-control y autonomía a las mujeres sobre su propio cuerpo. Esto se une a la apreciación de Giddens (1992) y Pedraza (2007), para quienes resultaba discutible tal percepción de los servicios, debido a que por el contrario puede ser una forma de control creada por las instituciones sobre el cuerpo y las prácticas femeninas por parte de los hombres o bien, por parte de la mismas entidades. Sin embargo, desde la percepción que las mujeres tienen de la CCU y del cuidado de sí mismas, ellas consideran que ir al médico y hacerse la CCU fortalece su autonomía y les permite sentir el control que ellas tienen sobre su propio cuerpo. Además, relacionan al cuidado de la salud con la forma en que se valoran a sí mismas, en sus palabras, “la CCU es de uno [refiriéndose a ella misma], es un examen muy personal [...] yo soy la que está pendiente de mis cosas” (Myriam), “es la responsabilidad del cuerpo de uno [es decir, de su propio cuerpo] si uno se quiere, así mismo, se cuida” (María Gloria).

También se observa que independientemente de su ocupación o profesión, ellas han interiorizado muy bien los discursos preventivos sobre el cuidado de la salud, por lo que sienten que el cuidado debe ser responsabilidad de cada una y por ende es su obligación estar bien físicamente y hacerse los exámenes ordenados por el médico. Esto puede deberse, según Helman (2007), al prestigio que se le ha otorgado a la medicina como saber científico en las sociedades occidentales. El poder que se le ha dado a esta forma de conocimiento desde el punto de vista legal, al menos en estas sociedades, ha generado que poco a poco las personas la perciban y la acepten como el primer medio para cuidar de su salud. Del igual modo, el hecho de que la medicina haya sustituido a la religión, como un modelo moral, ha permitido que el pensamiento científico de la misma se ocupe de varios aspectos de la vida de las personas que no entran dentro de su competencia (Helman, 2007).

Es por esto que desde la realidad de las mujeres se observa que el cuidado y la toma de la CCU, han impulsado y fortalecido el control de ellas sobre su cuerpo y su sexualidad. Percepción que se diferencia del punto de vista académico, desde el cual se hace una crítica al hecho de que las instituciones o entes de salud pretenden tener control sobre el cuerpo, la sexualidad, la salud y la enfermedad de mujer; y que en ella se materializan dichos aparatos de control (Cortés, 2009). En este sentido, se hace evidente el control social de la medicina como

referente moral de la sociedad, manifestando el peligro que representa el cuerpo femenino y la responsabilidad del cuidado de sí y de otros en la mujer. Situación que además ha llevado a la dependencia de las mujeres de los servicios médicos, para el cuidado de su salud.

En los grupos de edades mayores (35-45 años y 45-65 años) la autonomía también se fortalece, debido a que sus esposos y sus familiares no le dan importancia, ni interés a la salud de sus madres o esposas. Esto hace que ellas creen que si no se cuidan a sí mismas, nadie más las va a cuidar y que como es su responsabilidad, porque es lo que el médico les recuerda constantemente, es su obligación cuidarse y por supuesto hacerse la CCU. Resulta interesante, que para muchas de ellas, el cuidado de la salud es un campo en donde pueden y sienten que tienen mayor libertad de tomar decisiones y por supuesto, de hacer lo que ellas consideran correcto, no sólo con su salud, sino también con la de sus hijos y esposos.

Esto deja ver el desarrollo cotidiano de las construcciones de género, en donde como bien se mencionaba con anterioridad, uno de los roles de la mujer por excelencia, es encargarse de la producción de la salud en el hogar. Esta función, que como vemos está vigente en las mujeres mayores y tal vez un poco en las más jóvenes (madres solteras), incluye desde la limpieza y la alimentación, hasta el cuidado de los enfermos y la educación en salud (Viveros, 1995). De igual modo, las mujeres que trabajan fuera del hogar, también siguen con las construcciones de género tradicionales, en donde después de trabajar, llegan a limpiar su casa, a cuidar a sus hijos y a su esposo. Sin embargo, para ellas la autonomía que les brinda la CCU, está dada en menor proporción, puesto que son autónomas en más ámbitos de su vida y en el caso de la mujer que no tiene hijos ni esposo, porque no tiene que cuidar de alguien más, sólo de ella.

Las diferencias en las construcciones de género se van desarrollando por generaciones y por lo mismo se hacen más evidentes en unas edades que en otras. Razón por la que se deben conocer el contexto y la forma de vida que cada una va desarrollando poco a poco, lo que hace más interesante que algunas de las funciones se mantengan similares o iguales entre los grupos de edad. Aquí, es preciso tener en cuenta, que buena parte de esta autonomía ha

sido adquirida por los conocimientos que ellas han recibido desde las instituciones de salud sobre los cuidados que deben tener sobre sus hijos y sobre sí mismas.

Dicha práctica se evidencia en las siguientes afirmaciones: “pues la citología uno tiene que mandársela a hacer, cuando se la mandan a hacer a uno y para uno tener cuidado de no tener una enfermedad” (María Alicia), “me la tomé porque el médico la mandó” (Rocío). Con ellas se demuestra la importancia que se le otorga a la medicina moderna, por lo que, consideran que acudiendo a ella y siguiendo sus prescripciones, estarán cuidando, no solo de su salud, sino también de la de su familia, en los casos en que así lo manifiestan. En este sentido, se puede observar que para cuidarse se acude al saber científico con el fin de prevenir enfermedades o curarse de ellas (Helman, 2007); y que algunas creencias populares y construcciones de género, asignan a la mujer la función y el conocimiento sobre el cuidado de la salud de la familia (Arango, 2011).

Pero, ¿Cuál es el papel que juegan los hombres en la autonomía que tienen las mujeres sobre el cuidado de sí mismas? Pues bien, al hablar con ellas sobre la influencia de los hombres en su cuidado propio, sus opiniones estuvieron divididas y de nuevo se evidenciaron diferencias relacionadas con los grupos de edad. En general se puede decir que para algunas de las mujeres si es necesario que el hombre sepa de la CCU, debido a que por medio de las relaciones sexuales, se transmiten enfermedades o infecciones. Así que por el bienestar de los dos, es justo que ambos sepan de este examen que garantiza el bienestar de la pareja (mujeres mayores). Para otras, no es necesario que ellos conozcan de este examen, puesto que es un examen íntimo y la responsabilidad de hacerlo recae únicamente sobre ellas (mujeres jóvenes).

Los grupos 2 (36 – 45 años) y 3 (46 – 65 años) presentan mayores similitudes entre sí, más que con el grupo 1 (20 – 35 años), porque tienen contextos y estilos de vida similares. Mientras las mujeres jóvenes consideran que los hombres sí saben de la CCU y que conocerla no es imprescindible, porque igual son cosas de mujeres. Para los dos grupos mencionados (2 y 3), se hace evidente la falta de preocupación y de interés de los hombres en las cosas que conciernen a la mujer y a su salud. Puesto que según ellas: “a ellos no les importa nada” (Imelda), “como es un examen que no tiene que ver con la salud de ellos, entonces no les

afecta, no les interesa [...] si no están pendientes de ellos, menos van a estar pendientes de otras personas” (Jessika). Esto muestra las construcciones de género desarrolladas frente a los hombres. De Keijzer (2006) menciona que el auto-cuidado y la valoración del cuerpo desde la salud son inexistentes en la socialización masculina, debido a que el cuidarse y cuidar de otros es una función netamente femenina.

Sin embargo, para algunas de ellas, resulta muy difícil que con las campañas promocionales sobre el examen ellos no sepan de la CCU, “ahora hay muchos medios donde se difunde para qué es este examen, así que los hombres lo tienen que conocer” (Rocío). Aquí sobresalen dos cosas: la primera, es que las mujeres recuerdan los comerciales de televisión que promocionan la toma de la CCU, evidenciando la importancia de las campañas de promoción y prevención y la educación y comunicación para la salud, tal como se evidencia en el estudio de Wiesner, Cendales y Tovar (2008). Y la segunda, es que a pesar de todo esto, el papel de los roles de género es primordial, puesto que como a la mujer se le ha otorgado la función del cuidado y al hombre no, éste se aleja de esa responsabilidad, no le interesa o simplemente como no hace parte de sus funciones conocer y estar pendiente de la salud de otros, no lo hace.

Por otro lado, al indagar sobre la posición que ellas creen que tienen los hombres sobre el examen, mencionaron varias cosas. Ellas perciben que el hecho de que ellos sepan o no de la CCU, determina su posición sobre la misma, es decir, si es positivo o negativo para ellos que la mujer se la haga o no. Por ejemplo, para una de las mujeres mayores, los hombres casi no tienen conocimiento del examen, pero esto no es un problema dado que si es lo que el médico ordenó hay que hacerlo, “él me dice: haga lo que le mande el médico” (Vitelvina). Pero para otras de las mujeres, resulta que el conocimiento por parte de ellos del examen, puede representar un impedimento para su toma debido a que se descubra alguna infección que ellos contrajeron al estar con otra mujer, “si no están de acuerdo es porque temen que si ellos tienen alguna enfermedad, se la descubran a la mujer con la que ellos están, entonces esa debe ser la razón” (Edit). Sin embargo, todas concuerdan en afirmar, que el hecho de que su marido no sepa o no le parezca, no es impedimento para que se hagan el examen, pues al final la decisión está en ellas “no, como que les da igual y la obligación está más en uno” (Margarita).

En el caso de las mujeres profesionales, se manifestó que los esposos de zonas rurales o de bajos niveles económicos, sí tienden a decidir por la mujer sobre la toma de un examen como este y que por lo general no están de acuerdo con el mismo y le prohíben a sus esposas hacérselo. Esto, según ellas, porque el machismo determina los marcos de acción de la mujer al interior del hogar, en donde por lo general se hace lo que el hombre diga y la mujer no tiene la opción de decidir sobre sí:

“Desafortunadamente, es un país machista, entonces en la casa se hace lo que el hombre dice. Y más si son amas de casa, mayores de 40 años, que estén llenas de hijos, digamos sobre todo en la población que yo manejo que son estratos 0, 1 y 2. -Es que mi esposo me dice que no me opere-, -es que mi esposo me dice que no venga-, -es que mi esposo me dice que eso para qué-, eso pasa. Entonces si pasa, no quiere decir que en todas las casas sea igual, pero ellos sí tienen un grado de influencia en la decisión de la mujer para el cuidado de su salud” (Jessika).

Todo lo anterior evidencia el papel de los roles de género con el cuidado de la salud de los hombres y el comportamiento que tienen los mismos frente al cuidado de otras personas, sin olvidar las diferencias generadas por la educación o los contextos culturales. En palabras de De Keijzer (2006):

“La ausencia del varón, su invisibilidad; tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina y sus contenidos, no sólo a nivel individual o colectivo, sino también de los propios servicios de salud. En los hombres están especialmente presentes: la noción de invulnerabilidad; a los varones nunca les pasa nada, la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzado por los medios masivos, especialmente en los hombres jóvenes [...] Ello denota una feminización de la noción de cuidado de la salud.” (De Keijzer, 2006: 6).

Del mismo modo, ellas también argumentaron, que esta situación no se vivía en sus hogares o con sus relaciones de noviazgo. Puesto que en estos casos los hombres, les han demostrado mayor preocupación por su salud y las apoyan en todo lo que tenga que ver con el cuidado de su cuerpo, ya que si ellas se cuidan, ellos pueden estar seguros y tranquilos de su salud sexual, “ha pasado que me preguntan si ya me la tomé, o sea están como pendientes que

si se hagan las cosas, es igual que con la planificación, están pendientes de que si se haga” (Jessika). Esto evidencia, como lo menciona Gutmann (2000), el cambio generacional de los comportamientos y las construcciones sociales del género, en dónde los más jóvenes tienen un mayor interés sobre la salud, el cuidado de sus hijos y el trabajo doméstico, mayor al que sus padres pudieron llegar a tener.

Es así como dentro de las mismas mujeres se busca hacer una diferenciación sobre sus prácticas a partir de la clase, aspecto que da una connotación negativa a la participación del hombre en la toma de decisiones (cuando estas están en contra de la CCU) que deberían ser de la mujer. Y a pesar de que ellas (en su mayoría), no se sienten controladas por los hombres ni dependientes de las opiniones de los mismos para tener ciertas prácticas de cuidado, sigue habiendo control por parte del campo de la salud sobre el cuerpo femenino. De hecho algunas de las mujeres critican que la responsabilidad del cuidado se la dejan sólo a ellas, “es que verdad que todo esto es que las solas mujeres y que las mujeres y yo pienso que no, que deberían ser reunidas las parejas...”, reproduciendo la idea de que el cuidado es sólo femenino, como un medio para el control de su cuerpo. Sin embargo, se abona, que independiente de dicho control recibido externamente, ellas se sienten autónomas en su cuidado, por medio de la CCU.

2.2 Construcciones de género como determinantes de la salud de la mujer

Debido a que a partir de las construcciones de género se desarrollan parámetros de comportamiento (roles) desde la socialización en el hogar, la escuela, pares, etc., que se esperan (el deber ser) de una mujer (femenino) y de un hombre (masculino). La masculinidad y la feminidad se construyen en oposición el uno del otro, en donde lo masculino se refiere a toda clase de representaciones de rudeza, agresividad, violencia, dureza, libertad, racionalidad, objetividad, madurez, fuerza emocional y física para llevar el sustento a la casa y mantener a las mujeres y a sus hijos; y lo femenino hace referencia a sensibilidad, entrega, emotividad, dulzura, ternura, debilidad, maternidad, inmadurez, cuidado de hijos y esposo (Fuller, 1995; Lomas, 2005).

Por tal razón al tener como marco y punto de partida todo lo anterior, se tuvo en cuenta a los roles de género como categoría de análisis específica y en relación con la salud, debido a la importancia que las mujeres le dieron en las entrevistas. Muchas de ellas vieron en la conversación la oportunidad de desahogarse y de hablar de temas que les afectan, sobre los que no esperan cambio alguno, como el hecho de estar siempre en su casa dedicadas a los oficios del hogar. Según ellas, muchas de estas limitaciones se deben a los roles o funciones que socialmente y por medio de la educación se les han atribuido tanto a ellas (feminidad) como a los hombres (masculinidad). De manera que las mujeres manifiestan su inconformidad y contradictoriamente su entrega a lo que ellas reconocen como sus funciones naturales: el cuidado de sus hijos, de su esposo y del hogar, el dedicarse a los espacios privados (casa) y no a los públicos (calle) (Fuller, 1995; Lomas, 2005).

En relación con las mujeres que no están casadas o viviendo con sus parejas, se encontraron diferencias en los roles, en ámbitos como el de la sexualidad, también manifestado por las mujeres casadas. Del mismo modo, la distinción de roles en las ocupaciones de las madres solteras fue marcada, pues ellas son las encargadas del cuidado de sus hijos (feminidad), mientras el hombre sólo los ve de vez en cuando y de pronto aporta económicamente para su cuidado (masculinidad). Por último, se identificaron algunas distinciones en las formas y el contexto de vida que llevan las mujeres profesionales o que trabajan fuera del hogar. Las cuales estuvieron marcadas por la doble jornada que tienen en su cotidianidad y en otros casos, por la soltería y la vida en la casa de los padres.

De esta manera se puede entender que para las mujeres los roles hacen referencia a las funciones que cumple cada persona, tanto hombres como mujeres en la sociedad; en donde para algunas son naturales y para otras se deben a la educación y al ejemplo que sus padres les dieron y les dejaron como herencia. Por esto, es necesario recordar las funciones se le han atribuido socioculturalmente por excelencia a las mujeres que tienen que ver con la producción de la salud en el hogar: como la limpieza, la alimentación, la protección, el cuidado de los enfermos, la educación para la salud, entre otras (Viveros, 1995).

Pero, ¿qué señalaron las mujeres frente a esto? Efectivamente, las mujeres amas de casa e incluso las que trabajan fuera del hogar, son quienes se encargan de la producción de la salud en el hogar y esto es porque ellas perciben que es su función, “no pues yo los cuido, pues es que uno de mamá, esa es su función” (Myriam). En este sentido, mientras ellas se preocupan y cuidan de todos los miembros de su familia, ellos sólo piensan en sí mismos y no se preocupan por el bienestar de sus madres o esposas “claro mi mamá es muy intensa, ella si nos cuida bastante” (Jessika). Esto sucede porque, por un lado el cuidado de los demás no hace parte del deber ser, función o rol del hombre y por otro, porque como lo menciona Gilligan (1982, citada por Bonilla, 2005), las mujeres juzgan su accionar en la capacidad que tienen de atender a otros, es decir le otorgan una importancia más grande a la preocupación por los demás y al cuidado. Lo que ha generado que su función en el ciclo vital masculino sea de alimentadora, cuidadora y compañera ayudante.

Resaltan también, que los hombres no van con frecuencia al médico y que tampoco hacen las vueltas como pedir citas médicas y demás, porque no les gusta. Es por esto, que todas esas prácticas que tienen que ver con la salud hacen parte del rol femenino, lo que se evidencia en la siguiente afirmación: “... y yo hágale las vueltas que para las citas, para los exámenes, que esto, que para lo otro, porque odia hacer fila y esperar como aquí, ¡no mijita!, el dice no, el dice que eso no, estar ahí- espere y espere” (Vitelvina). Se tiene la idea o representación de que la mujer, como no se dedica a hacer “mayor cosa” estando en el hogar, debe estar pendiente del cuidado de todos los miembros de su familia. En palabras de De Keijzer (2006), “la imagen que tienen los hombres de los servicios de salud según un estudio reciente, es que éstos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos. Y los varones consideran que no caen en ninguna de esas categorías, por lo tanto, les son ajenos”.

Por otro lado, a muchas de ellas, al no tener otra ocupación fuera del hogar, se le restringen las posibilidades para hacer lo que les gusta o lo que quieren, incluso si estamos hablando de salir al médico. Se genera una relación de dependencia económica de la mujer hacia el hombre, que según las construcciones sociales del género, es quien se encarga del sustento del hogar (masculinidad): “... ahorita me siento muy cohibida de todo, porque a mí me gustan mis cosas y no puedo tener mis cosas [...] porque pues ya no tengo mi plata [...] yo

fui educada así, pero a veces me canso, me desespero, a veces ¡uy! me desahogo es llorando porque pues si yo no tengo a donde ir, no tengo con quien salir y no tengo con qué decir que me voy para tal parte, porque si yo tengo que salir para algún lado, necesito que me den para el transporte ya ahí entonces me siento como mal y pues mejor me estoy en la casa” (Imelda).

Esta afirmación, además de mostrar la dependencia económica de las mujeres amas de casa, muestra el descontento que tienen muchas de ellas por el trabajo en su hogar, que aunque no lo hacen de mala gana, si con resignación: “sí, porque que tal yo acostada, ¿quién va a hacer todo?” (María Alicia), “el trabajo si me hace falta, porque yo me aburro mucho en la casa, todos los días lo mismo” (Imelda). De esta manera, las mujeres se sienten desvaloradas, solas, cohibidas, aburridas, abandonadas, ignoradas, cansadas con sus funciones en el hogar, y que en vez de preguntarles cómo se sienten, sus familiares lo ven como algo muy fácil para ellas y que las hace felices. Además, sus familiares no tienen en cuenta la responsabilidad que conlleva a largo plazo el trabajo del cuidado, el cansancio y desaliento que representa, ni mucho menos la dependencia que se desarrolla frente a los suyos, ni el temor de ellas por no lograr responder con sus obligaciones adecuadamente (Arango y Molinier, 2011).

La relación entre el cuidado de la salud de las mujeres, con la falta de atención y dedicación de sus esposos, está determinada por el tiempo y la economía. Como se pudo observar, para las mujeres amas de casa resulta más difícil el cuidado de su salud, puesto que por un lado, no tienen mucho tiempo para el mismo y por otro dependen económicamente de sus familiares, entonces el acceso a la salud se vería limitado, no sólo por el dinero sino por las explicaciones que tienen que dar para salir de sus casas (Viveros, 1995). Adicionalmente, la percepción de ellas de cansancio y depresión, hace que su bienestar disminuya y puedan enfermarse con facilidad.

Frente a la fidelidad, característica marcada en los roles de las mujeres y tema que se tocó en varias ocasiones, hay mujeres que consideran (sin diferenciación de edad) que los hombres o que otras mujeres son quienes, por ser infieles y hasta promiscuos (as), les pueden transmitir algunas enfermedades; por eso la importancia y el interés de ellas en tomarse la CCU. Es decir, para ellas la culpa del contagio es de los hombres, ya que ellos son el canal, por

decirlo de algún modo, de contagio, pero la responsabilidad del cuidado está en las mujeres “...porque ahí sí como dice el dicho: una mujer puede tener una infección, entonces él puede estar con esa mujer y después va y está con la esposa y puede tener esa infección, contagio” (Imelda), “...como uno nunca sabe de los hombres quien tenga enfermedades que le puedan transmitir a uno, entonces es mejor mirar para que todo esté bien, bajo control” (Edit).

A través de estas afirmaciones se muestra una posición ambivalente porque afirman que otras mujeres son las que tienen las infecciones, pero a su vez, que los hombres son quienes las contagian. Es decir, que las mujeres hacen una comparación y diferenciación entre ellas y algún tipo de mujer, que no es mencionado de forma específica, en donde las esposas son las que representan el papel de sumisión y fidelidad, mientras “las otras” representan una tentación, su cuerpo es visto como algo contaminado y que inspira sentimientos de disgusto y repulsión (Petersen & Lupton, 1996).

En este sentido las mujeres sin darse cuenta de que tanto los hombres como las políticas preventivas en salud, las visualizan a todas del mismo modo, son impulsadas a tomarse exámenes, como la CCU, que enfatizan en su cuerpo por encima del de el hombre, que se supone tiene los mismos riesgos, permitiendo el control externo sobre el cuerpo femenino. Además esta postura se fortalece cotidianamente y desde las políticas de la salud, con los roles de género, en dónde la sexualidad masculina es vista como instintiva y por ende incontrolable. Motivos que hacen que desde las políticas no se haga el más mínimo intento por encausarla, normalizarla o socializar a los hombres en conductas preventivas (De Keijzer, 2006).

En contraste, desde el punto de vista de las mujeres profesionales o que trabajan también fuera de su casa, se manifiesta que deben seguir haciendo las labores del hogar o como se mencionaba, el trabajo de cuidado en el hogar, en algún tiempo que puedan tener, bien sea cuando llegan del trabajo o en los fines de semana en los que no trabajan: “...pues trabajando le toca a uno más duro, porque desempeña uno dos trabajos: trabajo de la casa y trabajo que esté desempeñando [...] porque esté trabajando o no esté trabajando yo hago en la casa lo mismo todos los días, por la mañana adelanto y por la noche llega uno a terminar y así?”

(Imelda). Pero las diferencias surgen, cuando las mujeres profesionales, manifiestan que sus esposos o las parejas que han tenido, están pendientes de ellas, es decir, que a pesar de su doble ocupación, ellas reciben los cuidados y las atenciones que las amas de casa reclaman: “...siempre está insistiéndome, que si tengo algún dolor: -pide cita el médico-, está pendiente: -no sólo te dediques a otras cosas-...” (Rocío).

Como resultado de las construcciones sociales del género que se han desarrollado en la estructura de la sociedad, se tiene, que la vida de las mujeres amas de casa o de doble jornada está fuertemente atada a las labores del hogar y al cuidado del mismo, bien sea porque lo consideren su función natural o su obligación. Las mismas instituciones y políticas preventivas que promocionan la salud y el cuidado del cuerpo femenino, ayudan con la reproducción de dichos roles. Puesto que además de poner al cuerpo de la mujer dentro de un marco negativo, débil y riesgoso, contribuyen a que las labores del hogar sean fuertemente descalificadas y desvaloradas socialmente.

2.3 ¿Qué tiempo tenemos y cuánto tiempo nos dedicamos?

Para el desarrollo de este apartado, se tuvieron en cuenta dos categorías emergentes durante la investigación: el auto-cuidado y el tiempo mujer. Con cada una de ellas se pudo observar si las mujeres participantes, conocen el término de auto-cuidado, saben qué es y tienen algunas prácticas del mismo (como la CCU) en su vida cotidiana. También se logró conocer qué tanto tiempo se dedican a sí mismas o a su cuidado personal y los factores determinantes para su desarrollo.

Los conocimientos o la información del término auto-cuidado, no es muy grande entre las mujeres entrevistadas, más sin embargo tienen la idea de que hay cosas que se deben hacer de forma individual y personal para el cuidado de sí mismas: “...es todo lo que realizamos para prevenir que no se origine alguna enfermedad” (Rocío); otras sólo lo definieron como “cuidarse uno mismo” (Edit); y otras dedujeron su significado en el momento “pues a mí me suena que es auto-cuidarse uno mismo en todo, ¿no?” (Imelda). A pesar de esto, las afirmaciones apuntan a lo mismo, prácticas que cada una debe tener para cuidarse biológica o estéticamente, evitar enfermarse, verse y sentirse bien. Lo mismo sucedió en los casos en los

que las mujeres no sabían o no habían escuchado el término, puesto que cuando se les explicó a qué hacía referencia, manifestaron saber para qué sirve y qué hacen o no hacen para cuidarse.

La mayoría de las mujeres perciben o ven de forma positiva al auto-cuidado, y algunas (Myriam, María, Rocío, Edit, Imelda) de ellas no perciben a la CCU, como un examen que hace parte de su auto-cuidado, mientras que otras sí (María Alicia, Vitelvina, María Gloria, Maribel, Jessika, Marcela), “la CCU es para cuidarse uno” (María Alicia), “pues que es algo muy importante para el cuidado de nosotras las mujeres, de nuestro organismo” (María Gloria). Pero estas respuestas fueron dadas de forma frecuente cuando se indagaba por la importancia y utilidad de la CCU, y no cuando se les preguntaba por las prácticas que tenían en su cotidianidad de auto-cuidado. A pesar de que algunas (Rocío, Jessika, Vitelvina, María Gloria, Maribel) si la tienen y la definen exactamente bajo este término, otras (Edit, Marcela, Myriam, María, Imelda) la siguen viendo como un examen preventivo que hace parte de las visitas al médico. De igual modo, todas le dan mucha importancia y hacen una relación directa entre el auto-cuidado y la prevención de enfermedades, determinada por los conocimientos adquiridos mediante los medios de comunicación y el acceso a la salud, con las visitas frecuentes al médico.

Cuando se trata de visualizar cómo entienden o viven las mujeres el auto-cuidado en su vida personal, salen varios aspectos interesantes y que si se parte de la comprensión del auto-cuidado como una “práctica de actividades que las personas pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla” (Rojas y Zubizarreta, 2007), entran dentro de acciones preventivas de la salud. Uno de ellos, es que las mujeres adaptan el concepto o la idea del mismo a sus posibilidades y su forma de vida cotidiana y que son conscientes de los cuidados que pueden tener, los que no, y de las cosas que hacen que dichos cuidados sean limitados o restringidos. Por ejemplo, algunas de ellas consideran que una forma de cuidarse es teniendo cuidado con los oficios de la casa, dejando ver situaciones a las cuales se enfrentan en el trabajo del cuidado en el hogar: “pues por lo menos en la casa, cuando voy a bajar las escaleras, bajar con cuidado, no bajar, ni subir corriendo y cuando estoy en la cocina tener mucho cuidado que no se me vaya a estallar, que apenas empiece a pitar entonces le bajo al fuego, la dejo en bajito” (Imelda).

Estas aseveraciones manifiestan la forma en que las personas se apropian de la información que reciben y la aplican en su vida diaria. De acuerdo con Díaz (2002), en el proceso de comunicación entre las entidades de salud y los individuos, se configuran ciertas representaciones, relacionadas con los marcos culturales de los mismos, que determinan la forma de interpretación de dicha información. Es decir, mientras para unas mujeres el auto-cuidado tiene que ver con el cuidado de su salud física o de mantener a su organismo con el funcionamiento adecuado: “el auto-cuidado es precisamente para no tener una enfermedad, un accidente...” (Imelda). Para otras este término se relaciona más con el cuidado de la apariencia y la estética: “sí, que no se vaya uno a engordar [...] yo no tomo bebidas negras, porque tengo que bajar esta barriguita” (María Alicia). Estas posturas contrastan con las de María gloria y Jessika que relacionan al auto-cuidado con el bienestar en todos los sentidos: “pues tratar de estar tranquila, pero eso hay cosas que uno no puede, las preocupaciones en la vida, que no lo dejan estar a uno bien, los problemas, que lo enferman a uno” (María Gloria), “...si uno tiene prácticas de auto-cuidado, como una buena alimentación, pues también le ayuda estar feliz con su entorno” (Jessika).

Cada una de las mujeres, se ha apropiado del concepto o del conocimiento de formas distintas, que como bien lo mencionábamos, están relacionadas con su contexto social y cultural, así como con las posibilidades de tiempo y espacio que tienen para el cuidado; razón por la que en muchas ocasiones no encuentren la relación directa entre este término y la CCU. Es aquí cuando empezamos a tocar el tema de los estilos de vida, puesto que por medio de la promoción de estas prácticas de auto-cuidado se pretende lograr el cambio en los comportamientos de los individuos para que el riesgo disminuya (Wiesner et al.2005).

Lo que se encontró en el trabajo con estas mujeres, fue que muy pocas de ellas han modificado sus mecanismos de cuidado por dos razones. La primera, es que no tienen las posibilidades económicas necesarias: “pues yo de mi parte no pongo casi nada para estar saludable, porque no me alimento bien con lo que ha de ser, no hago deporte, no hago ejercicio, solamente la rutina diaria de la casa [...] entonces no tengo comodidades como de decir voy hacer deporte o a algún gimnasio” (Imelda). La segunda, porque dentro de su percepción de auto-cuidado sólo está presente ir al médico, cuando sea necesario: “cualquier

cosa que tenga yo voy al médico, me vengo de urgencias” (Edit). Sin embargo, también se presentan mujeres, por lo general las profesionales de la salud o que trabajan fuera del hogar, que siguen las prácticas del riesgo promocionadas, es decir, las han interiorizado muy bien en su cotidianidad: “el auto-examen de seno, la planificación, la citología, una buena alimentación” (Jessika), “...comer balanceado, hacer mucho ejercicio” (Margarita), “Tener una pareja estable, tener buena higiene, comer cosas saludables, no fumar, no beber licor en exceso...” (Rocío).

A partir de lo anterior se observan las diferencias en las prácticas de auto-cuidado, relacionadas con los estilos de vida que tiene cada una de las mujeres y se observa muy poco la conexión con la CCU. Dichas diferencias, tienen que ver con dos puntos de vista propuestos desde la sociología, el de Bourdieu (1998) y el de Cockerham (2007). Por un lado, Bourdieu afirma, que el espacio de los estilos de vida, se encuentra determinado por el habitus y por la capacidad de diferenciar y apreciar dichas prácticas, es decir el gusto. El gusto, según este autor, es la aptitud o propensión que tiene un individuo frente a objetos o prácticas determinadas, en las que se reflejan las diferencias de clase establecidas desde la estructura. Es decir, que los gustos y las prácticas tienen que ver con los ingresos que tenga cada persona para invertir en ellos. En este sentido, las prácticas o gustos en alimentación que pueden tener las mujeres profesionales o las que trabajan, son diferentes a las de las amas de casa porque tienen la posibilidad de ejercer el gusto de libertad, por sus ingresos; mientras que las mujeres que se dedican al trabajo del cuidado en el hogar deben conformarse con satisfacer el gusto por necesidad (es decir, es una elección determinada por lo que pueden alcanzar y no por lo que quisieran obtener libremente) (Bourdieu, 1998).

En contraste, Cockerham (2007) afirma que a pesar de que los estilos de vida tengan que ver con el estatus y la clase, se cruzan con otros aspectos como la edad, el género, la raza o la etnicidad, la colectividad a la que pertenece, las condiciones de vida y por su puesto la agencia que desarrolle el individuo a partir de los procesos de socialización. Aspectos, que al final siguen estando determinados por los ingresos de los individuos y por ende por la clase. De esta forma y en palabras de Bourdieu, estás personas que además de no tener una posición privilegiada en la sociedad:

“Son los que ‘no saben vivir’, los que más dinero dedican a los alimentos materiales, y a los más pesados, a los más groseros y a los que más engordan [...] a los más vulgares [...] los que menos dedican al vestido y a los cuidados corporales, a la cosmética y a la estética, los que ‘no saben descansar’, ‘los que siempre encuentran algo que hacer’ [...]” (Bourdieu, 1998: 178).

Así se puede identificar que las mujeres amas de casa o que trabajan en el hogar (que también son de edades mayores), tienen menos posibilidades de hacer las prácticas que desean de auto-cuidado por la dependencia económica que tienen de su esposo o sus familiares y por los ingresos limitados que estos reciben. Lo que hace que su cuidado propio no se desarrolle en los términos impuestos desde los entes de salud, sino desde lo que ellas consideran que les puede servir para cuidarse, como ir al médico o evitar que la olla a presión se estalle en la cocina. Configurando y haciendo parte de las personas que tienen malos hábitos y que son estigmatizadas por lo mismo.

Es por todo lo anterior, que no se entiende a la medicina como la única ciencia válida, sino como una parte de la construcción del proceso salud-enfermedad, en donde se relacionan aspectos particulares y contextuales de las mujeres con la información que reciben desde el “conocimiento experto” de esta ciencia. Por ejemplo, cuándo se preguntó si alguien definía que es un buen hábito o un mal hábito, se respondió: “...porque se lo han dicho y porque lo ha sentido, si yo me pongo a alimentarme de cosas de paquete y gaseosa, seguro que me voy a enfermar, eso se nota y le han dicho a uno y uno ve” (Myriam). De este modo, resulta imprescindible la relación entre lo que se impone como práctica de auto-cuidado desde los medios y la medicina, con las prácticas que tienen los individuos en su diario vivir. Dado, que si no se tiene en mente la representación de que cierta práctica es perjudicial para salud o buena para la misma, las prácticas no estarán ligadas, necesaria ni directamente con lo que viene desde la medicina, sino que habrá otras definidas desde la cotidianidad de las personas, como se ha evidenciado.

Además la dependencia de las mujeres hacia sus familiares, las obliga a estar ayudando en la casa, quitándoles tiempo para su cuidado propio: “...pero yo si hace rato que yo no voy a ejercicios, porque lo del cuidado de la niña yo por eso no puedo, no puedo hacer nada. Porque por la mañana, tengo que estar que lo de la casa, que lo del almuerzo para el nieto, que esto,

que lo otro. Y me toca, porque, como dice, si la que está viendo de uno (la hija tiene la responsabilidad económica de los padres), le toca a uno también colaborar” (Vitelvina), “...no hay tiempo, pues uno con los hijos, pues con mi sobrino y mi hijo pues tiene que uno tener más tiempo con ellos y no solo para uno” (Maribel), “no me queda tiempo, si uno medio se arregla y eso, todo a las carreras [...] él (el esposo) también llega sale y se va y uno tiene que estar ahí. Pero que uno llegue y yo no esté en la casa, entonces, yo tengo que estar ahí en la casa a toda hora, que estar pendiente de que llegó y la comida...” (Imelda), “siempre dedica uno más tiempo a otras cosas que a uno mismo, a la familia, al esposo, a las hijas, a la casa...” (Myriam).

Algunas de las mujeres amas de casa, manifiestan con resignación que ellas se dedican mucho al hogar por la forma en que fueron educadas, tanto ellas como sus esposos desde pequeños (as): “...lo que pasa es que como mi mamá me educó así, que uno tiene que estar en la casa y que uno tenía que hacer no se qué... entonces yo me eduqué a ese ritmo que era antes [...] y él es de estas personas que son de las antiguas que es que tiene que estar uno ahí (en la casa todo el tiempo)” (Imelda). Pero, a pesar de esto, reconocen y quisieran poder tener un poco más de tiempo para ellas mismas, para hacer lo que les gusta y sobre todo que sus familiares también les dedicaran tiempo, para no sentirse tan solas y aisladas. Las respuestas más frecuentes, frente a lo que hacen para cuidarse, es ir al médico, la buena alimentación, ir al salón de belleza, maquillarse o estar con los hijos; lo que no se aleja demasiado de sus rutinas en el hogar.

Por otro lado resulta interesante observar, que el hecho de que en el hogar se encuentren menos personas ayuda a que las mujeres se dediquen más tiempo a sí mismas: “antes me dedicaba mucho tiempo, ahora que tengo mi hija creo que uno dedica muy poco tiempo porque uno se dedica mucho a los hijos, a la casa. Pero sí, si me dedico tiempo” (Rocío). Pero a medida que la familia disminuye, vuelven a adquirir un poco más de autonomía frente a su cuidado, autonomía, que como se evidenció, adquieren en momentos esporádicos, con las visitas al médico o la CCU. En donde el cuidado en tiempo que le dedicaban a sus hijos ahora se lo pueden tomar para ellas mismas y su esposo o sólo para ellas, demostrando que el

trabajo del cuidado en el hogar, no se debe a la ‘naturaleza’ biológica de las mujeres, puesto que no todas estarían destinadas a las mismas actividades de cuidado (Arango & Molinier, 2011).

En el caso de las mujeres que trabajan fuera y dentro del hogar, profesionales solteras o casadas, el auto-cuidado resulta ser más fácil y recurrente que en las demás “me dedico, más o menos entre una hora y 45 minutos, que es cuando hago ejercicio, de pronto una mascarillita, de pronto acostarme en la hamaca y relajarme” (Margarita). Esto puede ser resultado de la forma de vida que ellas llevan, puesto que el ingreso y el trabajo fuera del hogar les permite cierta o más autonomía en cuanto a sus cosas personales y además se le suma el hecho de que sus familiares (esposos, padres, hijos), las apoyan y las impulsan más a dedicarse tiempo: “no ellos son felices de que me cuide, me regañan, de pronto el día que no me tome los medicamentos” (Margarita), “ah si eso si... son re intensas, sobre todo mi mamá y mi hermana, insisten en que cuide” (Jessika).

Las diferencias que se presentan en el cuidado de las mujeres sobre sí mismas, están determinadas por su estilo de vida, la forma en que han sido educadas, su contexto social y cultural. Factores que son determinantes a la hora de estudiar la percepción de la salud y la enfermedad, y las prácticas que se desarrollan en torno a estos elementos. Del mismo modo, es preciso tener en cuenta el papel de la medicina en la formación de estos conocimientos, pero que ésta no es la única información que reciben las mujeres, sino que las representaciones sobre el auto-cuidado se constituyen a partir de los procesos de socialización e interacción con otras personas dentro de la sociedad, y que aún no se entiende a la CCU como parte de éste.

Capítulo III. “La primera vez es incómoda y las demás también”: el riesgo y la prevención en la salud de la mujer

Como se ha evidenciado desde el punto de vista teórico, las sociedades occidentales o sociedades del riesgo, han justificado desde el punto de vista científico, el miedo frente a los riesgos, amenazas y peligros, conduciendo sus acciones hacia la prevención. Pero ¿Qué es lo que se quiere prevenir? o ¿De qué se debe estar prevenido? En muchas ocasiones no hay claridad en la respuesta a estas preguntas, puesto que se ha llegado hasta el punto de temerle a casi todo. Sin embargo, desde el punto de vista médico hay muchas situaciones que se deben prevenir y de las cuales, hacen parte las personas que confían su salud a la medicina. Hacen parte de estas el contagio de enfermedades, las infecciones, las alergias, los virus, etc., que pueden estar en el ambiente o en otras personas.

La promoción de temas como el cuidado y la prevención, se hace con el fin de garantizar el bienestar de los individuos, razón por la que muchas personas siguen las indicaciones preventivas cuidadosamente. Pero, a pesar de que se trate de hacer una promoción ‘equitativa’ de los mecanismos que se pueden emplear para estas acciones, aspectos como el acceso a la salud, se dan de forma desigual. Generando que para unos sea más importante o esté más interiorizada la prevención que para otros, sin tener en cuenta aspectos valorativos, culturales y sociales, que determinan de igual modo la creencia o confianza que se pueda tener en la medicina como una opción preventiva de peligros en salud.

Este capítulo hará un breve recorrido por las construcciones de riesgo que han desarrollado este grupo de mujeres, partiendo de una de las prácticas del riesgo más promovidas: la CCU. La primera parte se centrará en las dimensiones sociales de este examen, teniendo en cuenta: conocimientos, percepciones, prácticas, etc., que tienen las mujeres sobre la CCU, como práctica preventiva del riesgo. En la segunda, se profundizará en las concepciones de riesgo que tienen las mujeres y la forma en que este concepto es apropiado en su cotidianidad.

3.1 ¿Citología? ¿Tengo que venir en ayunas para eso?

Antes de comenzar a enunciar la caracterización que hicieron las mujeres sobre la CCU, vale la pena recordar que ésta es definida desde la ‘racionalidad científica’ como la toma, observación e interpretación de una muestra de células del cérvix, que detecta cambios inflamatorios, infecciosos o la presencia de células anormales y neoplásicas en el cuello del útero (Bosh & Sanjosé, 2003 en Quiero & Puñal, 2013). Sin embargo, este concepto se diferencia de la definición dada por Jessica (médica epidemióloga), donde señala que “la citología es un examen invasivo que se realiza para detectar el VPH, que es el primer causante de cáncer de cuello uterino [...] que accidentalmente, pues como se toma la muestra del cuello uterino, pueden descubrirse otras infecciones, es otra cosa, pero el examen es para detectar el VPH”.

Como se puede observar, la definición dada por la médica, evidencia de forma implícita la noción de prevención de un virus que es transmitido por contacto sexual, introduciendo discursos morales sobre el comportamiento sexual de las mujeres; en contraste con la primera definición en donde no se menciona nada sobre este tema. Sin embargo, algo que sí tienen en común estas dos posturas, es que la CCU, no es un examen preventivo, sino de detección temprana que facilita la intervención rápida y oportuna de los médicos.

Pero ¿Cómo entienden las mujeres este examen?, ¿Qué utilidad tiene para ellas?, y ¿Qué significa en el desarrollo de su vida personal y cotidiana? Pues bien, en un marco general, se puede afirmar, que todas las mujeres saben de qué se habla cuando se escuchan las palabras citología cervical. Las diferencias comienzan a manifestarse al indagar por la cantidad de información y los conocimientos específicos que tienen sobre el examen. Hay diferencias y similitudes que se presentan entre los mismos grupos de edad, en las que influyen también otros factores de tipo social y cultural.

Una de las diferencias marcadas en relación a los conocimientos (cómo se toma, para qué, quién lo toma, etc.) de examen y su utilidad, es la educación, aunque esta no se da en

todos los casos, pero sí en la mayoría⁸. Las mujeres profesionales o incluso técnicas, tienen un conocimiento más claro sobre la toma del examen: “bueno, casi siempre la hace la enfermera jefe, le hacen retirar la ropa de la cintura para abajo, se pone la bata, se sube a la camilla, recoge la piernas le colocan a uno un espéculo y toman una pequeña muestra del cuello del útero y la colocan en una lámina la cual después es revisada para realizar el diagnóstico” (Rocío), “la técnica para tomarla es que se toma un aparato que se llama espéculo, la mujer está en posición, o sea se acuesta se le juntan los pies, se le abren las rodillas, obviamente sin nada de ropa de la cintura para abajo y el especulo se introduce cerrado de manera vertical y una vez adentro se pone de manera horizontal y se abre. Y ahí se ve el cuello uterino y éste se coge con un aplicador y se le toma la muestra de manera circular y se hace un extendido sobre una laminilla de una sola forma, o sea solamente para un lado” (Jessika).

Estas respuestas se diferencian de otras, como: “pues se la toman por dentro del útero” (Maribel), “con un frotis de flujo vaginal y pues le miran a ver uno como está en esa parte” (Edit), “pues la citología uno se la toma pues venir al hospital, con unas pincitas... y no me acuerdo de más” (María), “pues, lo abren bien a uno le introducen el especulo y le miran y le sacan el útero para mirar” (María Gloria), “eso le introducen a uno un aparatico como una cucharita y le sacan de la matriz como un no sé, le extraen algo de la matriz, como una parte, para examinar” (Imelda). Afirmaciones en las cuales se observa que no hay un consenso y sí hay confusión frente la forma en que el profesional de salud hace el examen, lo que se va a ver en el mismo y de dónde se toma la muestra para analizar. Lo que puede estar relacionado con la predisposición con que se llega a la cita, con que la información que se brinda, pues puede ser muy confusa para las mujeres o con lo que ellas sienten (dolor, incomodidad, fastidio) en el momento del examen.

Las divergencias, en la definición de la toma del examen, no se hacen notar para desprestigiar a las mujeres que no son profesionales, sino que la idea de esto, es evidenciar las diferencias en las expresiones desde dos ángulos del conocimiento social; uno que habla, según Good (2003, en Martínez 2003), desde el significado y otro desde la experiencia. Por ejemplo,

⁸ Lo que se encuentra relacionado con otros estudios realizados como anterioridad como el de Lucumi y Gómez (2004) y el de Lazcano et al. (2003), en donde se explica que los bajos niveles de escolaridad determinan la toma frecuente de la CCU.

para las mujeres que hacen parte de la “racionalidad científica” o del “conocimiento experto” de la ciencia y específicamente de la medicina, el proceso de toma de la CCU se identifica con palabras como ‘tomar la muestra’. Mientras que para quienes hacen parte de la “racionalidad social”, que reciben la información de parte de los expertos, el proceso se identifica con palabras como ‘sacar o extraer’.

Del mismo modo, otro de los aspectos en dónde se hacen evidentes algunas diferencias, es cuándo se preguntó específicamente sobre lo que saben o conocen de la CCU: “pues yo tengo entendido que la citología es un examen que se practican las mujeres cada año, que es para prevenir el cáncer de cuello uterino y el papiloma humano” (Edit), “es para evitar el cáncer”(María), “es un examen para revisar los órganos internos de la mujer” (Rocío), pues sé que uno tiene hacerse cada año o si uno se siente enfermo cada seis meses, a mitad de año la citología [...] es para uno cuidarse” (María Alicia), “no pues, es una muestra o toma que le hacen a uno como estudio para saber si tiene uno algún problema” (Myriam), “no, pues que eso es un método para descubrir que uno tiene cáncer” (Vitelvina). Pero cómo observamos, las diferencias que se presentan ya no tienen en cuenta el grado de educación que tiene cada mujer, puesto que muchas amas de casa conocen el riesgo del CaCU, aunque sólo una de estas mujeres hace referencia al VPH (además de la primera aseveración, con la que se dio inicio a esta parte).

Lo que resulta especialmente interesante, es que a pesar de que algunas de las profesionales hayan aprendido, comprobado y estudiado esta información desde sus carreras, todas las mujeres reciben la información sobre el examen. Puesto que la primera vez que se lo toman, la enfermera jefe brinda la información a la mujer y resuelve las dudas que ella pueda tener sobre el mismo. Surge entonces la pregunta ¿Por qué hay mayor claridad sobre la consistencia del examen en unas mujeres que en otras? Pues bien, se debe a que estos aspectos se conforman durante el proceso de comunicación en el que las personas reciben la información sobre los riesgos de contagio por parte de las entidades de salud. Allí, se configuran ciertas representaciones, relacionadas con los marcos culturales de los individuos y que en ocasiones, de acuerdo con el modo en que se reciba e interprete la información, generan diferenciaciones marcadas entre las personas (Díaz, 2002).

Es por esto, que las interpretaciones y representaciones sobre la CCU pueden variar dependiendo de los contextos de las mujeres, para lo que es preciso tener en cuenta que algunas de ellas son de origen rural, otras de origen urbano, unas son amas de casa, otras profesionales, otras amas de casa que además trabajan fuera del hogar, otras madres solteras y otras aún no tienen hijos o ya no viven con ellos. A estos factores contextuales se suman otros de tipo cultural basados en las experiencias propias o de personas cercanas que tienen mucho peso a la hora de tener ciertas prácticas preventivas; por ejemplo, las connotaciones negativas hacia el cáncer pueden determinar la toma de la CCU.

Todos estos factores influyen, así como la confianza o la creencia que cada una de ellas les tiene a los médicos y a la medicina. Sin embargo, a pesar de que para casi todas ellas, los médicos sean quienes tienen el conocimiento sobre la salud y la enfermedad y quienes las pueden curar y ayudar a estar saludables. No se puede dejar de lado, que en las representaciones construidas en el proceso salud-enfermedad, siempre estarán en el primer lugar, las experiencias y sensaciones de ellas mismas y de las personas que se encuentran en su entorno social más cercano (Helman, 2007).

En este sentido, para todas las mujeres, en términos de las dimensiones sociales de la representación, se conoce como el campo de representación de la CCU es el médico, las enfermeras o las personas que las rodean, ya que la información que reciben de ellos las lleva a la práctica: “pues es que yo escuchaba a las enfermeras, entonces se me metió en la cabeza: si unas mujeres se la pueden tomar, yo ¿Por qué no me la puedo mandar a tomar?” (Maribel). Además, tal como lo mencionaron otros autores en estudios anteriores Arguero, García, Álvarez, Montaña y Durán (2006), Brito, Nery y Torres (2007), Bazan, Pozzo y Gutiérrez (2007), Huamaní, Hurtado, Guardia y Roca (2008), Valenzuela (2001), Lazcano (1999), y Lucumi y Gómez (2004), hay una relación muy grande entre la CCU y el acceso a la salud y en ocasiones con la vida en la ciudad: “cuando yo, después de que tuve a mi primera hija, que la tuve a los 18 años, entonces, porque antes, pues como yo soy del campo y por allá uno nunca sabía que hubiera citología. Entonces después de que yo me vine a vivir acá a Bogotá, acá fue donde yo tuve a mi hija, entonces ya después de que tuve a mi hija era que uno iba a la clínica” (Imelda).

De igual modo, aunque la información es recibida también desde los medios de comunicación, la toma se hace efectiva cuando el médico es quien habla e informa a la mujer de la existencia del examen: “por los medios, el médico... ahora por lo medios hacen mucha campaña, publicidad [...] uno va a un control médico y él siempre le pregunta a uno por la citología” (Myriam), “bueno, pues al principio porque cuando uno pide la primera cita para la citología, le informan cómo se hace la citología y para qué es el examen [...] pues en televisión escucha uno sobre la toma de citología, cuando hacen programas de promoción y de prevención...” (Rocío).

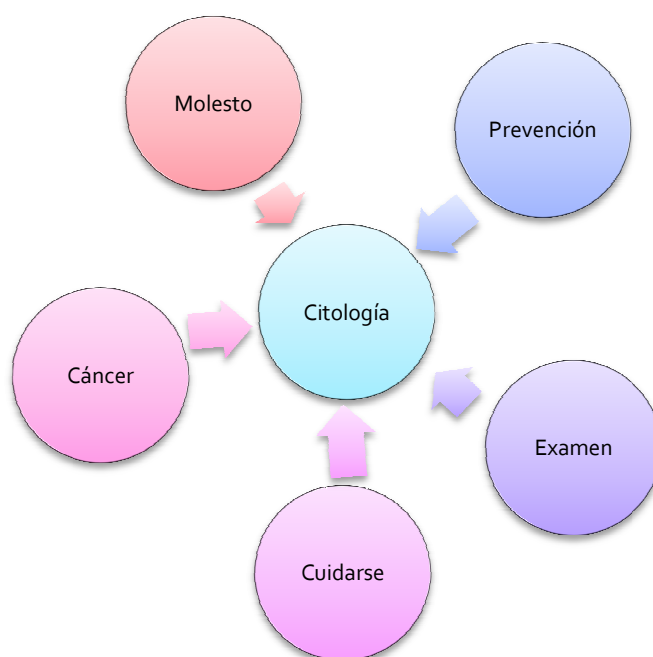
Ahora bien, como se ha mencionado la información se clasifica dentro de los saberes o percepciones que ellas mismas han construido recibido y compartido con otras personas. Aquí se hace referencia de forma específica a las preguntas que se hicieron sobre, ¿Quiénes deben tomarse la citología? ¿Hay algún tipo de mujer que deba tomarse la citología? A lo que las mujeres participantes respondieron que no hay ningún tipo de mujer específica que deba hacerse la CCU, sino que éste es una responsabilidad y obligación de todas las mujeres.

El hecho de que algunas mujeres mayores (46-65 años) consideren “que toda mujer después de los 35 años o todas las mujeres a partir de que hayan tenido relaciones” (Margarita) deben tomarse la CCU. Mientras que otras manifiestan que la CCU se la deben tomar “todas las mujeres que tengan vida sexual activa, independientemente de la edad” (Jessika), “pues como la doctora, que día dijo que ya las niñas, a partir de los 15 o 16 y tenían novio y ya... entonces que era importante hacerse la citología” (María Alicia), “las mujeres de 16 años en adelante creo yo... o de 15, porque ya hoy en día hay sardinas que son muy activas para el sexo” (Edit). Evidencia las diferencias generacionales que hacen parte de la identificación propia de un grupo poblacional, así como la influencia de las costumbres y la cultura de cada una de las mujeres en la percepción de la CCU. Esto sin tener en cuenta que hace unos 40 años atrás las mujeres o niñas, contraían matrimonio y tenían hijos a temprana edad.

Ahora bien, al profundizar en las percepciones frente a la CCU se encontró desde las redes de asociación, que las actitudes frente al examen suelen ser mayoritariamente neutras pues se identifica a la CCU con la prevención, la asistencia al médico por un examen

obligatorio y el hecho de cuidarse a sí mismas. Esta representación también se evidencia en algunas de las afirmaciones de las mujeres: “pues que es algo muy importante para el cuidado de nosotras las mujeres, de nuestro organismo, de estar prevenido uno de un cáncer y de muchas cosas más que nos pueden pasar a nosotras las mujeres” (María Gloria). A estas asociaciones le sigue la actitud negativa frente al examen, reflejada en las palabras (según la frecuencia de repetición) cáncer y molesto, las cuales representan a la CCU como practica preventiva ligada de forma directa a la enfermedad y por ende a sentimientos de incomodidad en el momento de la toma. Aspecto que se identifica también en las entrevistas en aseveraciones como: “a mí me parece que deberían inventarse hacerlo por medio de una toma de sangre y no hacer todo lo que uno tiene que hacer” (Margarita).

Finalmente, la actitud positiva se presenta mucho más reducida en las mujeres, a pesar de que se refleja en mayor medida en las entrevistas: “pues que a mí me gusta porque es para un bien de uno [...] no me parece fastidiosa” (Maribel), “a mí no se me hace incómodo, yo estoy muy pendiente de mis CCU anualmente” (Imelda). Lo cual se debe a la justificación preventiva que como se observa en las afirmaciones, cada una le da al examen, a las experiencias tanto positivas como negativas que han tenido el mismo y a que la realización de este examen se identifica con la responsabilidad del cuidado y del amor propio.



Gráfica 1. Redes de asociación del la CCU

Lo más interesante de todo esto es que para ellas, los sentimientos y percepciones negativas frente al examen se desvanecen o se hacen a un lado, frente a la importancia que tiene el mismo: “me da pena, pero toca seguir adelante y mandarse uno tomar el examen para saber cómo está uno [...] pues a mí me parece muy bueno, porque así uno se entera si tiene cáncer o no. Es muy bueno, muy importante” (María), “claro que es útil, es incómodo, pero es muy útil, que tal tenga uno algo y por miedo, por algo, si por pena, por la incomodidad, por esas bobadas, eso ya este avanzado” (Myriam).

De esta manera, la significación e importancia que le han dado las mujeres a la CCU, se debe en buena medida a los mecanismos de promoción y control de la salud sexual y reproductiva, bajo la cual se ha definido la salud de la mujer (Turner, 1987 en Petersen & Lupton, 1996; Cortés, 2009). Sin embargo, a pesar de generar dicha visión positiva frente al examen, también se han producido ciertas diferenciaciones y estigmas o visiones negativas frente a las mujeres que no se practican frecuentemente la CCU: “porque hay mujeres que les da pena, porque es que hay mujeres que están con muchos hombres, entonces les da pena”

(Edit), “por pereza, por descuido me imagino” (Vitelvina), “pues yo creo que eso es ya como ignorancia ¿no? Ignorancia de que uno no va a sufrir nunca una enfermedad o algo en la matriz” (Imelda), “porque tienen falta de conciencia de la gravedad de la enfermedad, porque les parece un examen muy incómodo, porque les da pena mostrar sus genitales a un desconocido, porque tienen tabú sobre el examen, porque tuvieron una mala experiencia en el primer examen, entonces dicen: no esta vieja me maltrató, no me vuelvo a tomar el examen” (Jessika).

La interiorización del discurso de riesgo sobre la prevención, se ha dado en conjunto con el cambio de los estilos de vida de las mujeres, que ahora ven de forma negativa a quienes no han integrado esta práctica “pues en esta época es como muy raro que las mujeres no sepan para qué es este examen. Además hay más accesibilidad el servicio para tomarlas, hay charlas de promoción y prevención. Yo creo que ya es descuido, si porque no tiene ningún costo” (Rocío). De hecho son muy pocas, a menudeo las más jóvenes, las mujeres que no se hacen la CCU con la frecuencia indicada “pues no así todas las veces, pero sí de vez en cuando” (Maribel). Esto evidencia de nuevo las diferencias generacionales, pues con el paso del tiempo las mujeres de edades mayores deben ir con más recurrencia al médico que las mujeres jóvenes, siendo constantes con las prácticas de prevención.

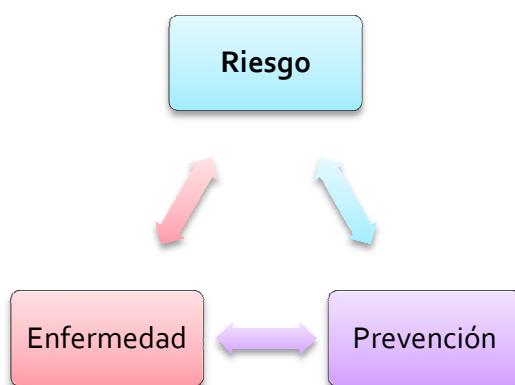
Dichas prácticas, por lo menos en el caso de las mujeres participantes de la investigación⁹, han sido muy bien interiorizadas, al menos en cuanto al cuidado de la salud sexual de la mujer se refiere: “pues que es bueno, toca estar uno en control porque si no está uno en control puede tener algo o se le puede estar generando el CaCU y si no se practica el examen uno nunca va a saber” (Imelda), “pues a mí me parece que es muy bueno, porque es un examen que detecta, no en su totalidad, pero si la mayoría de anomalías” (Rocío). En este sentido como todas tienen acceso a la salud tienen el conocimiento general sobre el riesgo y lo representan como tal en un diálogo con su cultura y su forma de vida.

⁹ Con este comentario no sólo se hace referencia a las mujeres profesionales de la salud, que por obvias razones han interiorizado dichas prácticas desde su formación profesional, sino también refiere la interiorización observada y evidenciada en las mujeres con bajos niveles educativos y que se ocupan de las labores del hogar, pero que tienen acceso a la salud.

3.2 ¿Dónde está el riesgo?

En esta parte del capítulo se busca evidenciar la forma en que las mujeres se han apropiado del concepto del riesgo desde el cuidado de la salud en su vida cotidiana, teniendo en cuenta los momentos en que es empleado y si responde a la misma significación que se le ha otorgado desde la teoría sociológica. Sin embargo, este último aspecto podría llegar a ser un poco repetitivo, si se quiere, puesto que como se ha observado a través de los testimonios de las mujeres, su narrativa lleva implícitamente la noción del riesgo y ha sido influenciada por los discursos preventivos medicina.

Ahora bien, para empezar a comprender este concepto desde la visión de las mujeres, se va a partir de las palabras con las que ellas representan el riesgo y por medio de estas la actitud que tienen frente al mismo. Las palabras con que se identificó al riesgo fueron predominantemente negativas y la más frecuente fue la enfermedad, que se encuentra asociada al descuido en la responsabilidad de la prevención y el cuidado. Aspecto que también se refleja en algunas afirmaciones: “uno a veces es muy descuidado con la salud de uno y por eso se pone en riesgo” (Edit), “no pues de pronto está mal alimentada, mal cuidada... me imagino...despreocupada de uno mismo” (Vitelvina), “si uno tiene cuidado, pues no se va a enfermar” (María Alicia).



Gráfica 2. Redes de asociación del Riesgo

Otra de las palabras más mencionadas fue prevención, la cual denota una actitud neutra frente al examen, pero la cual es utilizada para identificar lo nocivo, lo malo o lo dañino para la

salud. Con ella también se está culpabilizando a cada persona de sus riesgos y de su enfermedad: “hay riesgo cuando las personas realizan prácticas que son nocivas para su integridad” (Rocío), “digamos teniendo una mala alimentación, sabiendo que esto me hace daño pero es que me gusta y me lo como, eso es poner en riesgo su salud” (Jessika). Estas afirmaciones, lo que permiten observar, es que ellas han construido una representación del riesgo de forma negativa e individual, responsabilizando a cada persona tanto de su enfermedad como de su salud. Señalando también, que hay personas que llevan formas de vida inadecuada y que por ser diferentes a lo que se exige, se deduce que no hay preocupación ni cariño por ellas mismas.

Así mismo, hay mujeres que consideran que el riesgo está presente en todo momento de sus vidas: “en cualquier momento, en cualquier momento se puede poner en riesgo la salud” (Margarita), “en todo momento, desde que uno tenga, yo creo que desde que nace, ya desde ese momento se está propenso a enfermarse, ya inclusive cuando nace, ya por la familia hereda cualquier enfermedad” (Imelda). A partir de estas afirmaciones, se evidencia la interiorización de la idea de riesgo, como un estado permanente en el que nos encontramos todos y del que en muchas ocasiones no depende sólo del cuidado de la persona, sino que tiene que ver con otras cuestiones ambientales, económicas, culturales, sociales o genéticas. Lo que da paso a otras opiniones de las mujeres, en donde la existencia del riesgo está representada en el origen de una enfermedad. Es decir, que el riesgo no es de adquirir una enfermedad sino de que, la que ya se tiene se empeore: “en el momento en que se descuide, porque si uno se siente enfermo y no va al médico, entonces ahí” (Vitelvina), “desde el momento en que uno se enferme, esta con riesgos, por eso debe buscar su médico” (María Gloria).

De esta manera, el médico resulta ser un mecanismo usado por las mujeres para contrarrestar el miedo que ellas tienen frente al hecho de desencadenar una enfermedad. Pero no cualquier enfermedad, sino una que haga que dejen sus actividades cotidianas, por estar en cama o en el hospital. Esto es el reflejo de la oposición socialmente generada entre la enfermedad vista como un estado anormal y la salud como estado normal de las personas, entendiendo normales a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión (Goffman, 2008). Es así como, socialmente, se estigmatiza a

las personas que no entran dentro ciertas categorías establecidas (Goffman, 2008), en este caso, las que se encuentran enfermas, las que no cuidan de su salud poniéndola en riesgo constante, las que viven en ambientes hostiles o las que tienen contacto con personas enfermas.

Bajo esta categorización de los comportamientos adecuados frente al riesgo, las mujeres identificaron ciertos factores que consideran aumentan el riesgo de contraer alguna enfermedad: “pues yo creo que por descuido o ¿Qué otras razones? O porque se tiene uno que enfermar, de pronto le aparece a uno un virus o algo que le prenden” (Myriam), “no pues porque de pronto en el barrio que uno vive, o uno va pasando y alguien tiene gripa” (María Alicia), “yo pienso que las personas se enferman por muchos factores, no solamente físicos. En el desarrollo de una enfermedad tiene que ver el factor social de una persona, el factor económico, el factor cultural, la parte emocional y pues obviamente la principal es la física porque ahí se manifiesta la enfermedad” (Jessika), “de pronto el medio ambiente, que está tan contaminado” (Margarita), “muchísimas, la contaminación, que se enferma uno mucho de los pulmones, también el estrés, de tanto problema que uno tiene, que si tiene trabajo que si no tiene trabajo [...] no saberse uno cuidar la alimentación” (Imelda).

Todos estos componentes manifiestan la presencia del riesgo en aspectos contextuales y comportamentales, los que como se ha mencionado, generan diferencias y estigmas sociales entre quienes representan y están en riesgo y quienes previenen o se alejan del mismo. Y en dónde también se evidencia, que la definición de los estilos de vida saludables, abarcan como lo mencionaba Jessika, el factor social, económico y cultural.

Cada una de las mujeres tiene clara la influencia de estos factores establecidos desde la “racionalidad científica” para el posible desarrollo de una enfermedad. Pero las representaciones que hacen de estos factores se evidencian en la importancia que ellas le dan a unos elementos más que a otros, por ejemplo para la mayoría de ellas la alimentación es fundamental para estar saludables o para enfermarse: “tener cuidado en la alimentación yo digo, que no sean cosas del otro mundo, pero si algo que le alimente, consumir uno cosas que lo alimenten a uno, pienso yo” (Vitelvina). Mientras que otras de ellas tienen en cuenta otro tipo de prácticas, como por ejemplo hacer ejercicio, no fumar, no ingerir licor o estar en

contacto con otras personas enfermas que puedan contagiarlas, en sus palabras “hay cosas nocivas, cosas que uno no debe consumir o realizar [...] prácticas no saludables” (Rocío).

Pero ¿Qué es lo que genera estas posibles diferencias? Según se pudo observar, el riesgo se mide y se previene de acuerdo a la calidad de vida y las posibilidades que tiene cada una de las mujeres, en pocas palabras de acuerdo a su estilo de vida. El cual, está determinado para muchas de ellas por sus capacidades económicas y esto es algo que concuerda con las prácticas de riesgo que tienen las mujeres que trabajan fuera del hogar o son profesionales frente a aquellas que son amas de casa. Esta es la opinión que tiene una de las amas de casa frente a este tema: “no me alimento bien con lo que ha de ser, no hago deporte, no hago ejercicio, solamente la rutina diaria de la casa, entonces no tengo comodidades como de decir voy hacer ejercicio o a algún deporte” (Imelda), mientras una de las mujeres trabajadoras dijo: “comer bien, comer a horas, comer balanceado [...] cuando hago ejercicio en el gimnasio, todos los días” (Margarita).

Claramente ésta es una pequeña muestra de lo que las mujeres sienten frente al riesgo, en relación con muchos aspectos de sus vidas y que se representa de acuerdo a las posibilidades que tengan de responder frente al mismo. Sin embargo, es preciso resaltar, que estas aseveraciones muestran la forma en que ellas han recibido la información sobre la prevención de riesgos y peligros, pues muchas sienten que no pueden acceder a los estilos de vida que se pretenden para evitar estar enfermas y más saludables. En este sentido, se han convertido en factores de riesgo, aspectos que hacen parte de la vida cotidiana de las personas como fumar, alimentarse, consumir alcohol, tener relaciones sexuales, etc., bajo la justificación de reducir los riesgos con cambios en la dieta o campañas masivas (Petersen & Lupton, 1996); ‘perfiles del riesgo’, que propician la estigmatización o desvalorización de ciertas formas de vida, que serían definidas como riesgosas.

Esto mismo se presenta, cuando se habla sobre los factores de riesgo frente al CaCU, con la diferencia de que para la prevención del cáncer, las mujeres no hacen mucho énfasis en sus posibilidades económicas, sino que éste se hace en las prácticas sexuales de las mujeres. Es decir, la construcción socio cultural del riesgo va de la mano con juicios morales de culpa

desarrollados por la sociedad (Petersen & Lupton, 1996), desde el cual se define lo malo, lo bueno, lo nocivo y lo saludable; y se pretende obtener la salvación, bien sea del espíritu o de la salud (Good, 2003 en Martínez, 2003).

Además es preciso tener en cuenta que ni siquiera este conocimiento tiene certeza de la medición y la objetividad del riesgo. Como se evidencia en la siguiente afirmación hay cosas que se pueden hacer (ejercicio, alimentación, tomarse la CCU, etc.) para controlar el estado saludable, pero otras que como tienen que ver con la genética, por más de que se prevenga puede que no se puedan evitar: “la prevención pues tomarse el examen, tener una vida sexual activa con protección, si la persona tiene una vida sexual activa y es promiscua pues igual con protección y hacerse la citología anualmente, si uno se hace la citología anualmente y es juicioso con el tratamiento si sale alguna alteración pues tiene menos riesgo de tener el cáncer, a menos que tenga una predisposición genética, que si se cuida también puede disminuir el riesgo...” (Jessika).

Al cuestionar a las mujeres sobre las formas de prevención del CaCU, es cuando ellas hacen explícitas las representaciones que han creado del riesgo y a su vez, las distinciones entre unas mujeres y otras, dadas por los juicios morales establecidos de forma socio-cultural y reproducidos por la ‘racionalidad científica’. Afirmaciones como: “no sé si eso es como por tener relaciones con varias personas y cuando se dice que ya no es por tener relaciones con varios compañeros sino que no más con uno que tenga una relación pero si de pronto tiene un infección o algo, entonces de ahí depende” (Imelda), “haciéndose el examen y lo otro estar uno con una sola pareja, claro porque volviéndose uno promiscuo, imagínate, no sabe uno con quien tiene relaciones y las infecciones que le transmiten” (Myriam), “bueno se puede prevenir ahora, con las niñas de nueve años se les puede aplicar las tres dosis de la vacuna, utilizando el preservativo cuando tiene relaciones sexuales con una pareja que no es su pareja estable, teniendo una buena higiene y teniendo una sola pareja y que su pareja se cuide, porque que saca uno teniendo a una pareja y que su pareja no se cuide” (Rocío), muestran la importancia de la vida y el comportamiento sexual de las mujeres en relación con el riesgo de contraer CaCU.

En este sentido, se entiende, que para las mujeres el riesgo frente a cualquier enfermedad, aumenta a razón de muchos factores contextuales y que la prevención de los mismos es difícil de alcanzar puesto que sienten que no están en condiciones ni económicas ni relacionadas con su forma de vida para cumplirlas a cabalidad, como se supone que se les pide desde la medicina. Pero, el riesgo frente al CaCU específicamente, es comprendido desde la individualidad de la mujer y la responsabilidad que ella tiene sobre su cuidado. Es cierto que se le otorga cierto papel a la herencia genética de la enfermedad, pero en general, como la prevención depende de cada una, el riesgo le compete a cada una.

A pesar de que cada una ha asimilado la información recibida de un modo diferente y ha generado distintas representaciones sobre el riesgo, incluso sin estar familiarizadas con el término, en esta oportunidad éste se ha enfatizado en la vida sexual de la mujer. En ella, así se culpe en cierta medida al hombre, al menos cuando se habla de contagio, se culpa principalmente a la mujer y al cuerpo de la misma, que ha sido controlado de forma frecuente, dado el riesgo que representa para la salud de los hombres. Este hecho, bajo la premisa de la prevención de los riesgos, ha permitido que las mismas mujeres desconfíen de ellas de 'otras mujeres' y también de los hombres, a quienes por las construcciones sociales de género, no se les cuestiona por sus vivencias sexuales, que mientras sean abundantes serán catalogados de mejor modo. Es por este motivo que escuchamos a mujeres justificando la CCU por prevención, porque "uno como mujer no se quiere contagiar de ninguna enfermedad" (Maribel).

Teniendo en cuenta todo esto, se puede afirmar que el cuidado de las mujeres y que las prácticas de auto-cuidado o del riesgo, en la mayoría de las participantes, tiene su origen en la construcción de la idea de riesgo al menos en cuando a la salud sexual se refiere. Porque como se pudo ver con anterioridad, para otras enfermedades e incluso en ocasiones para las que tienen que ver con la salud sexual, no hay un cuidado o una prevención anticipada, sino que como el riesgo es que la enfermedad se agrave, la práctica se da cuando inicia a la enfermedad. Adicionalmente, un aspecto que está completamente ligado a la construcción de la idea de riesgo, es el acceso a la salud y de paso la credibilidad que las mujeres tengan frente a la medicina.

Capítulo IV. Caminando entre lo saludable y lo enfermo

La salud y la enfermedad son procesos naturales que acompañan la vida de todo ser humano, en donde estar saludable es el estado 'normal' de todos y la enfermedad, en cambio, siempre ha sido representada de forma negativa desde los ámbitos sociales como científicos. Actualmente, estas significaciones siguen siendo las mismas y aún con más avances tecnológicos y científicos que disminuyen las posibilidades de enfermar. Día a día bajo las condiciones de la sociedad del riesgo, las personas pretendemos 'huir' de la enfermedad, entendiéndola en ocasiones del modo científico, como un elemento objetivo que se puede cuantificar, medir y evitar.

Casi todas las personas, que tienen una confianza plena en la medicina siguen al pie de la letra las indicaciones de su médico para estar saludables. Esto poco a poco se ha convertido en una promoción constante del estilo de vida que se supone cada persona debe llevar si no se quiere enfermar. Sin embargo, no todos los que tienen acceso a los servicios médicos siguen, pueden seguir estas indicaciones o creen completamente en la visión científica, porque cada uno ha sido educado en ciertos ámbitos específicos sociales, culturales y estructurales que hacen que surjan diversas formas de apropiarse de la información que reciben.

Este capítulo pretende evidenciar las representaciones generadas por las mujeres sobre la salud y la enfermedad, teniendo en cuenta el contexto de la sociedad de riesgo en la que vivimos, la información recibida por los entes de salud o a través de los medios de comunicación, así como su contexto cultural o social, sus creencias y percepciones personales sobre este tema. En la primera parte del capítulo, se hablará sobre la importancia de la ayuda médica en el cuidado de la salud y la enfermedad, desde el punto de vista de la medicalización. En la segunda, se hablará de las representaciones de del CaCU y la relación de las mismas con la toma de la CCU. Y por último, se estudiarán los roles sociales que juegan la salud y la enfermedad para las mujeres en su cotidianidad.

4.1 Medicalización de la salud y la enfermedad

En la realidad actual de la sociedad del riesgo los comportamientos y los patrones de acción o respuesta frente a la salud, están determinados por la información que reciben los individuos sobre los riesgos a los que se encuentran expuestos en su cotidianidad. Así, que a pesar de que la vida de los individuos se encuentre inmersa en este discurso, como bien se ha ido evidenciando, cada persona le otorga connotaciones diferentes, de acuerdo a la importancia que le dé a ciertos temas sobre otros y por supuesto frente al sentido y el valor que le dé a la postura científica.

Por su parte, los medios de comunicación también han influido en los discursos preventivos de la salud pública y la epidemiología, que según dicen, trabajan por la salud de las personas y pretenden modificar sus estilos de vida para alcanzar ese ideal. Y se puede decir que este punto de vista, el científico, tiene a su favor, toda la credibilidad y la confianza de buena parte de las personas, y en el caso de esta investigación, de las mujeres participantes. Para quienes, el médico o la ayuda médica resultan ser imprescindibles para estar saludables, aunque es mayoritariamente solicitada en los momentos de enfermedad que en los de salud: “cualquier cosa que tenga yo voy al médico, me vengo de urgencias” (Edit), “estar yendo constantemente al médico, cualquier síntoma que uno sienta en su cuerpo” (Imelda).

El acceso a los servicios de salud, resulta tener una importancia grande, en cuanto a los conocimientos de prevención de la enfermedad, puesto que, la prevención que ellas puedan tener como la CCU, hace parte de una orden médica y de la interiorización del discurso ya mencionado. En este sentido resulta interesante que cuando se habla de la CCU como un examen preventivo, no se tiene en cuenta que se hace aún cuando no se está enferma. Mientras que cuando se habla de otras enfermedades, como gripa o diabetes, se habla del cuidado como algo que es necesario, pero está determinado por los síntomas, las capacidades, el tiempo y hasta las posibilidades económicas. Por ejemplo cuando se le pregunta a María Gloria, por la prevención del CaCU, responde: “pues con las precauciones del médico, el aseo, la citología, cosas así”. Mientras que cuando se habla de la prevención de la enfermedad en general, ella afirma: “siempre buscando el médico, si se siente uno mal ahí mismo correr al médico, al especialista y ahí mismo uno sabe”.

Todo lo anterior, es una pequeña muestra del proceso de medicalización que se ha ido formando e interiorizando en la vida de las personas y en especial en la vida de las mujeres que hicieron parte de la investigación. El estudio de la medicalización, en este trabajo, se desarrolla como un elemento emergente dadas las evidencias y la forma en que los resultados han hablado. Ésta, se entiende como el modo en que los procesos naturales (algunos ejemplos: parto, menstruación, menopausia, etc.), se convierten en problemas médicos en sí mismos (López, 2010; Mideros, 2007). En otras palabras, cuando la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano, a través de una estrategia bio-política, pasan a ser controlados por la industria de la medicina (Foucault, 1976). Siendo interiorizada la idea de que la medicina y el médico son necesarios en todos los momentos de la vida, puesto que no es posible mantenerse saludable sin la ayuda médica (López, 2010).

Lo anterior se apoya en el hecho de que la enfermedad suele ser la representación de los comportamientos inmorales o anormales de las personas que habitan la sociedad (Conrad, 1982). De esta manera, se entiende que la medicina, según Foucault (1976) es una práctica social que facilita el control social de los cuerpos de las personas, adjudicando desde su punto de vista, supuestamente neutro, lo que está enfermo y lo que está saludable, con el fin de ‘normalizar’ la enfermedad (Conrad, 1982).

Por tal motivo, para la mayoría de las mujeres, el médico hace parte esencial de su vida, sobre todo y con más fuerza en las mujeres de los grupos 2 (35-45 años) y 3 (46-65 años). Esto se puede relacionar con la medicalización de la vejez, que como sabemos es un proceso y una etapa natural que afrontan todos los seres humanos. Lo que sucede, es que las mujeres jóvenes le dan una importancia relativa, por su edad, mientras que las mayores sienten que tienen que cuidarse constantemente: “en la alimentación, si uno come bien, se alimenta bien, se está uno cuidando. Ahí y estar uno en los controles, hacerse uno los exámenes, no solo la citología, hay unos exámenes que le hacen a uno de control, exámenes de sangre, de colesterol, entonces no descuidar eso y el ejercicio, para lo viejitos, no mentiras para todos...” (Myriam). Esta afirmación muestra buena parte de la experiencia de la mujer en cuanto a los exámenes que debe hacer para cuidar de su salud, por su edad, manifestando implícitamente, que los cuidados son más de los mayores y adultos que de los jóvenes.

Otra evidencia de esto, se presenta cuando se habla de la edad frente a la toma de la CCU, a pesar de algunas todavía consideren este examen como algo de mujeres ya formadas y de su hogar, el discurso preventivo poco a poco ha sido interiorizado también en muchachas jóvenes, que al iniciar su vida sexual se hacen la CCU. En este sentido, resulta válido cuestionar o preguntarse si el inicio de las relaciones sexuales, visto como una práctica natural de la vida humana, también hace parte del proceso de medicalización, al menos para las mujeres, en donde ellas mismas, las comienzan a definir casi que como un factor de riesgo para adquirir el CaCU: “pues primero que todo a las mujeres, pero hubo un tiempo que se decía que le daba a las mujeres de edad, pero hoy en día muchachas jóvenes les da CaCU. Entonces no sé si eso es como por tener relaciones con varias personas y cuando se dice que ya no es por tener relaciones con varios compañeros sino que no más con uno que tenga una relación pero si de pronto tiene un infección o algo, entonces de ahí depende” (Imelda).

Aquí surge un aspecto interesante y es que cuando se habla de prevención de una enfermedad como el CaCU, para las mujeres que tienen mayor información, ésta no solo basta con la CCU, sino que trasciende al comportamiento sexual de las mujeres así como al uso de preservativos. Sin embargo, para buena parte de las mujeres el cuidado está marcado en ir al médico y cumplir con las órdenes que éste les da cada vez que lo visitan, pero cuando se habla de cuidados individuales que deben ser realizados en sus actividades cotidianas, la efectividad de los mismos disminuye (aunque no siempre puede ser de este modo).

Esto se puede deber según las participantes, a los cambios a través del tiempo del cuidado de la salud, en donde en la actualidad se le otorga más importancia a los mismos, pero que a su vez dependen de las posibilidades que tenga cada persona para cuidarse. Con posibilidades se están refiriendo a tiempo, economía y cultura: “no había los cuidados que hay ahora o no le recalaban a uno mucho en la alimentación, en los cuidados. Por lo menos los papás de antes, cocinaban y le daban a uno lo que encontraran, lo que tuvieran, lo que pudieran... y no tenía uno médico, o sea no había esos controles y todo [...] si importaba, o no era general porque yo creo que si hay familias que hacían lo que uno hace ahorita, pero eso ya depende de los medios, de la economía de cada familia” (Myriam).

Estos tres factores tienen unas connotaciones especiales en las mujeres, puesto que ellas por sus labores del hogar (teniendo en cuenta que la mayoría trabajan en él), se les dificulta tener tiempo para hacer todo lo que el ‘conocimiento experto’ de la medicina les exige. En este sentido, se encuentran aspectos como la dependencia económica de las mujeres frente a los hombres, dadas las relaciones de poder que a su vez determinan el acceso a los servicios de salud, la movilidad hacia los mismos y los costos adicionales (medicamentos, etc.). Por último, se puede mencionar que las prácticas culturales reflejan el vínculo de la persona con la sociedad y su relación con el contexto social.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta la confianza, creencia y el acceso que puedan tener las mujeres al conocimiento científico, claro que es este caso, se puede notar que todas hacen visitas recurrentes al médico y que lo primero que hacen al sentirse enfermas es acudir al mismo. Lo que tiene que ver con el discurso de riesgo del que se ha venido hablando, en donde se entiende al saber científico como el primero en todos los ámbitos. De hecho, como se cree que ellos son los expertos en la salud y la enfermedad, se les ha dado el poder de la ‘omnipotencia aprendida’, en donde se cree que pueden dar solución a todo desde sus conocimientos, pues ellos son los únicos que saben frente a sus pacientes (López, 2010): “cuando alguien está enfermo, de pronto uno lo ayuda con algo, pero la mejor ayuda es diciéndole que vaya al médico o a donde una persona le pueda ayudar a calmar su dolor o lo que tenga” (Myriam).

También resulta interesante que cuando no se habla directamente de ir al médico, las precauciones que se pretenden tener vienen de parte del mismo conocimiento científico: “pues miro, si llego a estar con otro hombre, si puedo o no estar con él y si no pues no. Porque yo no voy a estar toda mi vida, con una enfermedad que a mí no me gustaría” (Maribel), “me he enfermado, porque hay cosas nocivas, cosas que uno no debe consumir o realizar, por lo menos las personas que comen grasa, se enferman un día del hígado, de la vesícula, realizan prácticas no saludables” (Rocío).

De esta forma, se ha podido evidenciar el modo en que el discurso de riesgo y la medicalización han entrado poco a poco en la vida de las mujeres, tal vez con más fuerza en

unos temas que en otros. Lo que ha generado que se reaccione de formas distintas cuando se habla de la prevención de ciertas enfermedades, del cuidado de otras y de la asistencia al médico sólo cuando hay síntomas: “pues no porque si uno no necesita no está indispuesto, no es necesario” (María Gloria). Todo esto se ha ido conformando en la interacción de las mujeres con su contexto social y con el conocimiento científico, por medio de los cuales han obtenido la mayor parte de información sobre la salud y la enfermedad.

4.2 Salud-Enfermedad: CCU-CaCU

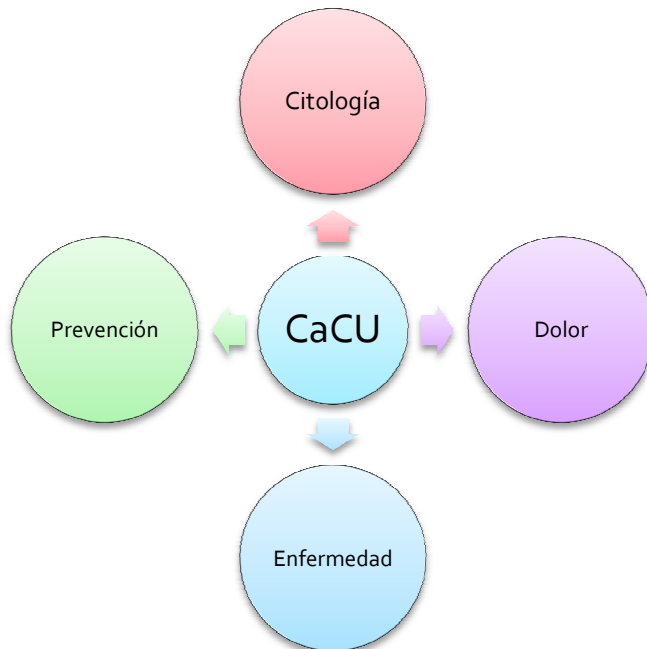
Desde el punto de vista científico, como se ha explicado en líneas anteriores, el CaCU es una enfermedad generada por el crecimiento de células malignas en el cuello del útero, que ha cobrado, mayoritariamente, vidas de mujeres que habitan contextos sociales vulnerables (falta de acceso a la educación, a la salud, niveles económicos bajos, etc.). Las principales causas o factores que posiblemente llevarían a contraer el CaCU, tienen que ver con portar el VPH, iniciar relaciones sexuales a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales, tener embarazos a temprana edad, fumar, entre otros (Bosch, Lorincz, Muñoz, Meijer, & Shah, 2002; Castañeda-Iñiguez, Toledo-Cisneros, & Aguilera, 1998). Al mismo tiempo, el principal mecanismo de prevención que se promociona a las mujeres desde este punto de vista es el realizar la CCU una vez al año, como herramienta de detección temprana del CaCU.

Ahora bien, en esta parte de capítulo se pretende evidenciar la forma en que las mujeres entienden, ven y le otorgan significados a esta enfermedad, por supuesto, teniendo en cuenta la relación de éstos, con la práctica frecuente de la CCU. Como punto de partida, se evidenciará todo lo relacionado con los conocimientos que tienen las mujeres sobre la enfermedad: qué es, por qué se da, cuáles son síntomas y cuáles son los mecanismos de prevención. Así, se podrá identificar la representación que ellas han construido sobre el CaCU, en relación con las actitudes y prácticas que tienen frente al mismo.

Para comenzar, de forma general se puede afirmar, que las mujeres no saben mucho sobre la enfermedad. Independientemente de los grupos de edad, el conocimiento es bajo y además está dado de forma desigual entre las mujeres, bien sea por el nivel educativo o por otro tipo de cuestiones como la desinformación. Todo esto, sin dejar de lado, que todas tienen

acceso a los servicios de salud desde hace más de cinco años y que se supone, por lo que ellas mismas han dicho y expresado, que la información sobre la CCU la reciben desde los servicios de salud, principalmente y después por los medios masivos de comunicación: “por los medios, en la familia, cuando va uno al médico o el médico le ha explicado a uno” (Myriam).

Esto lo que muestra a simple vista es que o la información no se da de forma completa y específica o que las mujeres sólo se quedan con la idea de que la CCU es para prevenir el CaCU, sin ir más allá, por el miedo o los demás sentimientos que genera el escuchar y el hablar de la palabra Cáncer: “pues que es tenaz, terrible, pues si es cáncer, si escucha uno esa palabra cáncer, es muy delicado” (Myriam), “pues que es algo tremendo, preocupante para la persona que lo tenga, para los familiares” (María Gloria). Es así, como a partir de estas aseveraciones se observan las metáforas que se han construido desde las representaciones y valoraciones sociales que se han hecho del cáncer. En estas valoraciones se le otorga una connotación negativa a la palabra, así como también se asume que la enfermedad no sólo afecta a quien la posee, sino también a todo su grupo familiar.



Gráfica 3. Redes de asociación CaCU

De hecho la actitud frente al CaCU, como se evidencia en el gráfico 3, desde las redes de asociación es mayoritariamente negativa, pues se identifica al cáncer con el dolor y claramente con la enfermedad, lo que se evidencia también en las entrevistas: “se debe sentir dolor en la parte de baja del útero, por ahí” (Edit). Pero además de esto se identifica con palabras neutras como la prevención y la CCU, que se encuentran fuertemente ligadas en el discurso de algunas de las mujeres: “pues, con las precauciones del médico, el aseo, la citología” (María Gloria).

En las mujeres profesionales el campo de representación del CaCU es amplio, puesto que por su formación y trabajo tienen la información específica sobre la enfermedad mucho más clara que las demás. La médica en especial, tiene toda la claridad del discurso científico de la enfermedad: “bueno, pues el CaCU, es uno de los canceres más prevalentes en este país, que ha aumentado mucho en los últimos años, es un cáncer muy agresivo, se da en cualquier edad [...] pues la principal causa es que la persona tenga el VPH, aunque no quiere decir que sea la única, pueden ser factores genéticos si tiene antecedentes de cáncer en la familia, en primer grado de línea materna, pues obviamente puede tener más riesgo de que se le dé el cáncer, que tenga contacto con el virus” (Jessika). Y en el caso de la odontóloga, se evidencia claridad aunque algo más reducida: “pues sé que es un enfermedad que afecta al cuello uterino, por infecciones... pero no, a ciencia cierta no sé mucho más de eso [...] no estoy segura, si algo tiene que ver el papiloma humano, que se transmite por relaciones sexuales” (Rocío).

En el caso de las mujeres amas de casa o técnicas que trabajan dentro y fuera del hogar, la información que se recibe es mucho más reducida, en ocasiones no se tiene y en otras se evidencia que lo que se conoce de la enfermedad está dado por la experiencia de personas cercanas: “no, no sé no tengo idea por el momento” (María), “pues yo no sé, me faltaría más información...” (Maribel), “pues por contacto sexual a veces, por el VPH, que dicen que lo transmite el hombre...” (Margarita), “pues que muchas personas han muerto, otras tienen que sacarles todo el útero por esa enfermedad y los riesgos que tiene, tremendos” (María Gloria), “pues que es mortal, porque cuando está ya que no se puede hacer nada” (Vitelvina).

Al indagar sobre los síntomas del CaCU se encontró que algunas mujeres los relacionan con síntomas de otras enfermedades que se desarrollan en el aparato reproductor. Enfermedades que ellas o que alguien cercano a ellas ha padecido y que suponen se deben parecer a las incomodidades que podría que generar el cáncer: “la inflamación del cuello y no sé, también el mal olor y dolor de estómago” (Margarita), “creo que molestia, me imagino que eso es como cuando le da a uno cistitis o una infección, pero más fuerte no, el ardor, la molestia, me imagino que es más tenas, el dolor y la molestia” (Myriam), “ya cuando esta uno que ya no tiene cura, es cuando ya siente el cáncer, el dolor no sé, eso es lo que uno debe sentir, no sé” (Vitelvina). Mientras que otras manifiestan que los síntomas se conocen al tener la enfermedad y que pueden ser individuales, es decir, que la enfermedad se manifiesta de forma diferente en cada persona: “pues yo, hasta este momento no he tenido, entonces no sé cuáles serán los síntomas” (Imelda).

A diferencia de ellas, las mujeres profesionales muestran más claridad en el tema: “un cáncer no da síntomas generalmente, no quiere decir que en todos los casos, pero pues cuando el cáncer da síntomas es porque ya está avanzado” (Jessika). Esto no quiere decir que se le esté dando más importancia al conocimiento científico, sino que quienes se encuentran más cercanas a él tienen mayor seguridad y conocimiento sobre el tema, mientras que las demás a pesar de haber escuchado poco o mucho, han desarrollado su posición frente al mismo desde su experiencia y su interacción en el mundo social más cercano, teniendo en cuenta la información que tienen sobre síntomas de otras enfermedades que afectan a las mujeres y su aparato reproductor.

Del mismo modo, cuando se habló con ellas sobre la prevención, varias dudaron en sus respuestas y no todas la relacionaron con la toma de la CCU, pero sí con otros aspectos del cuidado de su salud sexual y reproductiva, “o sea, mandándose uno, o sea si uno está planificando con la t o con el anillo algo uno tiene que ir a una cita, que la mandan cada 6 para ver si uno la tiene bien” (María Alicia), “haciéndose uno la citología, ¿no?... haciéndose el examen y lo otro estar uno con una sola pareja, claro porque volviéndose uno promiscuo, imagínate, no sabe uno con quien tiene relaciones y las infecciones que le transmiten” (Myriam).

Entre tanto, las mujeres profesionales, brindaron una visión más científica de la prevención: “la prevención, pues tomarse el examen (CCU), tener una vida sexual activa con protección, si la persona tiene una vida sexual activa y es promiscua pues igual con protección y hacerse la citología anualmente, si uno se hace la citología anualmente y es juicioso con el tratamiento si sale alguna alteración pues tiene menos riesgo de tener el cáncer, a menos que tenga una predisposición genética, que si se cuida también puede disminuir el riesgo...” (Jessika), “bueno se puede prevenir ahora, con las niñas de nueve años se les puede aplicar las tres dosis de la vacuna, utilizando el preservativo cuando tiene relaciones sexuales con una pareja que no es su pareja estable, teniendo una buena higiene y teniendo una sola pareja y que su pareja se cuide, porque que saca uno teniendo a una pareja y que su pareja no se cuide” (Rocío).

De acuerdo con todo lo anterior, se puede observar la necesidad de estudiar el proceso de salud-enfermedad desde un ángulo social, para comprender las formas de vivir, sentir y experimentar ese proceso. Para lo que no se tiene en cuenta a la medicina como única ciencia válida, sino como una parte de la construcción del proceso, que relaciona los aspectos particulares y contextuales con sus expectativas infructuosas de imponer cambios en las formas de vivir de las personas, tal como lo evidenciaron las mujeres.

Además, resulta indispensable tener en cuenta las valoraciones sociales que se le otorgan al CaCU, pues al tener en cuenta estas significaciones sociales, es que se puede comprender que hay cosas que las mujeres absorben con mayor facilidad que otras, debido al desarrollo contextual y cultural que han tenido a lo largo de su vida. Por ejemplo, en la prevención vemos que se menciona a la CCU, pero con más frecuencia al cuidado en las relaciones sexuales, que por supuesto ha sido inculcado sólo a las mujeres. Es aquí donde entran en consideración representaciones sociales específicas relacionadas con tabúes sexuales y con construcciones morales tradicionales sobre la sexualidad que debe tener una mujer (roles de género), que como se evidenció en el capítulo 2 determinan las prácticas tanto de la CCU como de la vivencia de su sexualidad.

Es de este modo, que se pone de manifiesto la importancia que tiene la medicina en la vida de las mujeres, pero también lo significativo de sus contextos y las representaciones sociales que en ellos surgen y que le dan sentido a las prácticas de su vida cotidiana. Esta es la razón por la que las mujeres a pesar de no tener claridad sobre toda la información científica del CaCU, se toman la CCU porque la medicina o el médico lo dice cuando van a verlo o por medio de los medios de comunicación o porque han visto a mujeres enfermas de esta enfermedad, como lo manifiesta María Gloria: “pues, porque ya varias personas conocidas lo han tenido, entonces por eso, si señora”.

Algo importante que resaltar, es que lo que se ha logrado desde estos discursos y ha sido evidente en cada uno de los capítulos es esa idea de responsabilizar a las personas de su salud y de su enfermedad. Todo con el fin de que las personas cambien sus costumbres de vida cotidianas, para prevenir y no tener el riesgo de contraer alguna enfermedad. Haciendo que los individuos decidan aceptar esas nuevas formas de vida saludables o no sólo correr el riesgo de tener una salud pobre (Cockerham, 2007), sino también de empezar a ser llamados ignorantes o atrasados (Suárez et al. 2005), como en muchas ocasiones las mismas mujeres han llamado a quienes no se hacen la CCU o a quienes no están lo suficientemente informadas sobre la misma.

4.3 Salud y enfermedad: ¿individual o colectiva?

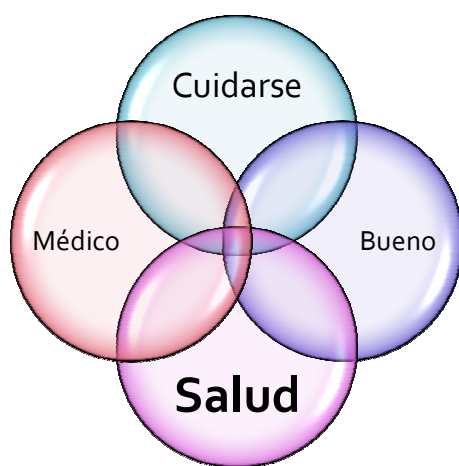
Esta parte final del capítulo tiene como objeto mostrar a los lectores las diferentes visiones que tienen las mujeres sobre la salud y la enfermedad, así como la forma en que las valoran y las viven en su cotidianidad. Para esto se tendrán en cuenta los resultados de las redes de asociación frente a estos dos términos así como algunas de las respuestas dadas por las mujeres en las entrevistas. Adicionalmente se tendrá la oportunidad de estudiar el rol social de estos elementos a partir de las condiciones y el estilo de vida de las mujeres, que tiene que ver con el estatus, la clase, la edad, el género, la raza o la etnicidad, la colectividad a la que pertenece cada persona, las condiciones de vida y por su puesto la agencia que desarrolle el individuo a partir de los procesos de socialización (Cockerham, 2007).

Cuando se habló de la salud o del hecho de estar saludables, con las mujeres, se encontraron varias diferencias y similitudes en la forma que significación y representación que han desarrollado de la misma. En esta oportunidad, dichas divergencias no estuvieron determinadas de forma específica por la edad, sino más bien por la experiencia de vida, las condiciones de vida y todo lo aprendido en los procesos de socialización de las mujeres. Lo que se debió a que cada una de ellas le da valor a determinadas cosas, según su estilo de vida, por ejemplo algunas le dan más importancia al trabajo, otras al hogar, otras a la economía y otras a todo lo que las rodea en su conjunto. Lo común entre ellas, es que la salud es algo positivo, es lo que les permite hacer sus actividades diarias y es lo que se necesita para estar bien.

Buena parte de las mujeres identifican el hecho de estar saludables o tener salud, con la ausencia de síntomas en su cuerpo o con sentirse bien físicamente: “estar bien... Sin ningún síntoma de nada” (Edit), “que no me duela nada, que me sienta bien” (Myriam). En el caso de las profesionales estar saludable es la unión de un bienestar completo en la vida de cada persona, que no tiene que ver únicamente con el buen estado físico: “es estar bien física, emocional, mentalmente, eso es estar saludable” (Rocío), “que uno tenga un equilibrio total, o sea no solamente de su parte física, sino de su entorno también, psicosocial, psicológico, emocional...” (Jessika). Y para otras, está determinada con las acciones o lo que pueden hacer cuando están saludables: “estar saludable es dormir bien, comer bien, claro que ya con los años le salen a uno unas cosas... cambios hormonales, claro que es como natural... que más, pues estar uno bien, estar en actividad” (Myriam), “significa todo, porque uno podría comer de todo, podría trabajar, pero yo creo que de mil personas habrá una que no tengamos algo (risas) entonces como muy difícil” (Imelda).

Todas estas afirmaciones son un pequeño reflejo de la actitud positiva frente a la salud, que también fue evidenciada desde las redes de asociación. De hecho la mayoría de las mujeres identificaron a la salud con la palabra bueno, evidente también en algunas afirmaciones: “Pues una bendición que uno no tenga ninguna enfermedad, eso sería lo máximo que pudiera haber, pero desafortunadamente no” (Imelda), “A mí me fascina sentirme bien, sentirme alentada, para mí eso es importante” (Vitelvina), “rico, estar uno alentado es lo mejor, es lo mejor que le

puede pasar a uno la salud” (María Gloria). Otra de las palabras frecuentemente mencionada es la de cuidarse, evidenciando fundamentalmente la responsabilidad propia de cada persona frente a su salud: “para mi, cuidarse, estar uno pendiente” (María). Esta se encuentra fuertemente ligada con la palabra médico, pues como lo evidencia una de las participantes la salud se mantiene “viniendo al médico, pidiendo cita con la doctora o el doctor y cuidándose uno, quién lo va a cuidar a uno” (María Alicia).

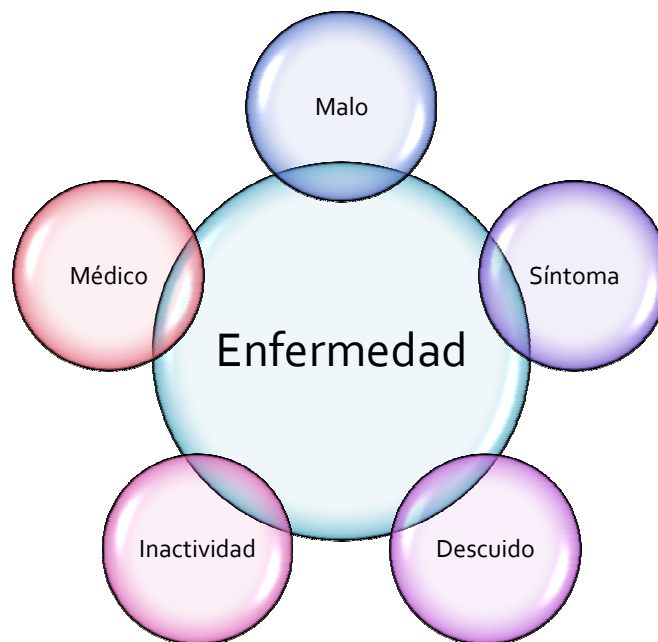


Gráfica 4. Redes de asociación de Salud

De acuerdo con lo anterior se puede decir que la comprensión de la salud es individual, es decir, cada persona es la que siente y la responsable que su organismo esté completamente saludable. Lo que resulta interesante es que ellas vean su cuidado propio como individual, pero el de sus familiares también haga parte de sus obligaciones. Esto tiene que ver con los roles de género establecidos, que como se ha asegurado responsabilizan a la mujer del cuidado de la salud de las personas que conforman el hogar, lo que les genera preocupación y disminuye su salud (Viveros, 1995): “pues he estado buscando trabajo, pero ahorita he estado en las vueltas de mi hijo Guillermo porque a él me le hicieron una cirugía por acá, entonces estoy en las vueltas para que me le den una cita. Y ahoritica yo tengo que, porque yo vine y la doctora me formuló todos estos exámenes y me toca tomármelos mañana, y pues así cómo me puedo poner a trabajar, si a mí no me van a dar permiso cada tercer día o cada ocho días para sacar la cita [...] primero es la salud, pero primero quiero saber cómo sale mi hijo, porque eso me tiene preocupada y yo también acá con ese boroló” (María Alicia).

Ahora bien, cuando se hace referencia a la enfermedad, las mujeres se pasan al otro extremo en su actitud, dándole una connotación completamente negativa a la palabra. En este sentido, resulta que la enfermedad representa algo terrible para la vida de las personas y específicamente de la vida de ellas, independiente de su edad, su formación o su ocupación. Por ejemplo la palabra malo, una de las más mencionadas por las mujeres en las redes de asociación, también se manifiesta en las entrevistas: “la enfermedad es algo malo, porque si tú no estás bien, estás mal, es algo malo” (Myriam). “Enfermo, pues imagínese, enfermo, horrible, porque que tal ahí quejándose uno a penas, horrible” (Vitelvina). “pues de pronto que a uno le baja la autoestima, se siente uno mal” (María).

Lo mismo sucede con la palabras inactividad, la cual es referida constantemente y en la que se enmarca el concepto de disfuncional para la sociedad, para la familia, etc. aspecto que también se refiere en afirmaciones como “pues me sentiría mal, porque uno estar enfermo, uno estar acostado no, y estar uno enfermo no vale nada” (María Alicia), “si claro me perjudica porque no puedo venir a trabajar, estar en la casa enferma es terrible, terrible” (Margarita), “pues significa todo, porque imagínese uno enfermo, no puede hacer, depende de la enfermedad que sea por lo menos si es la diabetes no puede uno comer lo que sea...” (Imelda), “tremendo porque se le cierran a uno puertas para trabajar, aun estando en la casa, no tienen las mismas capacidades para trabajar, para hacer los oficios de la casa...” (María Gloria). Esto ratifica, tal como se mencionó en capítulos anteriores, que la salud es un instrumento operativo que mantiene al individuo dentro del sistema, mientras que la enfermedad es vista como desviación o anormalidad (Suárez et al. 2004) o simplemente una forma de no estar activo, ni ser útil dentro de las labores sociales de la sociedad.



Gráfica 5. Redes de asociación de Enfermedad

Por otro lado, hay mujeres que la relacionan con los síntomas, palabra referida con frecuencia en las redes de asociación: “estar enferma significa, no estar bien, que su estado físico está alterado” (Rocío), “uno tiene que ir, cualquier cosa que uno tenga ir al médico” (Edit). Mientras que otras tienen en cuenta algunos factores externos de tipo social: “...hay cosas que uno no puede, las preocupaciones en la vida, que uno no puede, no lo dejan estar a uno bien, los problemas que lo enferman a uno” (María Gloria), “es que eso tiene muchos significados... si uno lo ve solamente desde la parte científica, estar enfermo es tener un desequilibrio en alguna parte de cuerpo o del sistema, pero si uno va más allá, estar enfermo no es solamente tener una alteración o desequilibrio físico, a mí me parece que el desequilibrio físico es el resultado de toda la carga que hay alrededor del individuo. O sea, si la persona no está bien en su entorno de vida, de alguna manera se le va a manifestar físicamente, en mayor o en menor grado se le va a manifestar y eso es una enfermedad” (Jessika).

De esta forma, se pudo comprender la representación de las mujeres sobre la enfermedad, así como también se pueden dibujar los marcos de acción de las mismas, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que cada una le otorga a la prevención de las

enfermedades. Como ya se estudió, la prevención depende de las posibilidades que tiene cada una para hacerlo y del acceso a los servicios de salud, sin embargo, a pesar de esta importancia, hay mujeres que previenen sólo cuando hay síntomas, es decir, previenen que la enfermedad empeore. Esto se debe a que, como se mostró, la mayoría de ellas considera que la enfermedad es un problema que se genera en el organismo, a veces por su culpa, pero generalmente no saben por qué, dado que ese es un campo de estudio netamente de los médicos (López, 2010). Razón por la que se encontraron afirmaciones como “debo tener cuidado porque ahorita ya hay muchas más enfermedades de las que habían antes” (Edit), que se producen sólo después de saber que se ha contraído una enfermedad.

Adicionalmente para muchas de las participantes la enfermedad es consecuencia de los actos de cada persona, abriendo espacio al descuido como otra de las palabras identificadas con la enfermedad: “se enferman porque no tienen los cuidados, porque no tienen buenos hábitos de vida...” (Rocío), “de pronto por estrés, no sé” (María), “es que uno a veces es muy descuidado con la salud de uno” (Edit).

De esta manera a diferencia de la salud, algunas mujeres consideran que la enfermedad también resulta ser en ocasiones más colectiva que individual o tiene algo de los dos, al menos cuando del riesgo de contagio se habla, pues es necesario estar en contacto con otras personas para adquirirla: “de pronto por el medio ambiente, que está tan contaminado” (Margarita), “la contaminación, que se enferma uno mucho de los pulmones, también el estrés, de tanto problema que uno tiene, que si tiene trabajo que si no tiene trabajo [...] no saberse uno cuidar la alimentación hoy día que también es muy... todo lo cultivan ya con mucho químico [...] entonces no hay nada así que uno diga que alimente, hoy en día toca ayudarse que con calcio, con vitaminas, todo eso lo ayuda a uno a enfermarse” (Imelda), “de pronto las defensas de uno, el ambiente, donde uno está, donde uno vive” (María Gloria).

Por su parte La información y el campo de representación de la salud y la enfermedad, están dados por el acceso a los servicios de salud, los medios masivos y las interacciones en el proceso de socialización. Lo que permitió, entender por qué las mujeres se apropian más de unos discursos que de otros y a su vez por qué le dan más importancia a unas cosas que a

otras. Por ejemplo las mujeres amas de casa le dan importancia a la salud y a evitar la enfermedad para poder estar pendientes de sus hijos o esposos, mientras que otras le dan importancia para poder desempeñar su trabajo dentro y fuera del hogar: “si porque que tal yo acostada, ¿Quién va a hacer todo?” (María Alicia), “tener una mejor salud, para poder cuidar más a mi hijo y a mi esposo” (Margarita).

Finalmente, resulta importante un aspecto contradictorio que surge en el desarrollo de las entrevistas y del tema, y es que a pesar de que ellas dicen darle la importancia que requiere a la salud y a la enfermedad, también manifiestan que cuando ésta se descuida es porque no se tienen las posibilidades económicas o porque deben dedicarse a otras cosas: “si, no hay tiempo, pues uno con los hijos, pues con mi sobrino y mi hijo pues tiene que uno tener más tiempo con ellos y no solo para uno” (Maribel), “pues dicen que las personas nos enfermamos más por descuido, por malos hábitos... que a veces son más obligados porque la gente no puede ir... por ejemplo la alimentación o ir a un control” (Myriam). De hecho desde el punto de vista profesional (Jessika), se dice que siempre se le da más importancia a otras cosas que a la salud o a la enfermedad y esto mismo genera que la calidad de vida de las personas disminuya: “entonces es más importante trabajar, es más importante mantener a sus hijos, es más importante que su esposo esté bien o que su esposa esté bien, pero si se siente enfermo, bueno no importa al final miraré yo si voy al médico o si no voy, si me cuido o si no me cuido”.

Esta contradicción puede ser una pequeña muestra de los alcances de las connotaciones negativas sobre la enfermedad, puesto que al ser ésta comprendida desde la desaprobación, el acercamiento hacia la misma resulta difícil. Por lo que se puede evadir el dolor o los sentires que se generen en el cuerpo por miedo a que sea algo grave que perjudique el desarrollo laboral bien ser en el hogar o fuera del mismo. Del mismo modo, teniendo en cuenta que quienes hacen estas afirmaciones son mujeres, el hecho de que no estén completamente pendientes de su salud, pero sí de la de los demás, se debe al desarrollo de las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Ajustes finales

A modo de conclusión se puede afirmar que los resultados de la investigación estuvieron marcados por los contextos socioculturales de las mujeres, así como por la interacción de ellas con otras personas, con los medios de comunicación o con los conocimientos científicos de la medicina. En primera medida se encontró que las construcciones de género determinan la toma de la CCU, no en tanto la influencia del hombre sobre la práctica, sino específicamente en el tiempo que tiene y le dedica cada mujer al cuidado de su propia salud. A pesar de que dentro de la lógica de vida de las mujeres se dé el espacio para la toma de la CCU, en los casos en que hay inconstancia frente a la toma del examen o ésta puede estar limitada, la razón estuvo relacionada con el hecho de poner el cuidado de los demás sobre el de ellas mismas. Esto demuestra la vivencia de las relaciones de poder, en la dependencia económica y la falta de tiempo para el auto-cuidado, que influyen y determinan sus comportamientos en salud.

Además se evidenció que la CCU le otorga a la mujer cierta autonomía y control sobre su cuerpo, puesto que el cuidado de la salud es una de sus funciones socialmente establecidas y reproducidas desde los entes de promoción de la salud, incluido el conocimiento científico y los medios de comunicación. Así como que la opinión de los hombres sobre el examen puede determinar la toma del mismo cuando se habla de otras mujeres, porque para el caso de las participantes, resulta que no se tiene en cuenta o no se ve la necesidad de contarle a la pareja que se la van a tomar. Pero lo más significativo, es que para las mujeres pacientes del CAMI, los hombres no se interesan por el cuidado de ellas, pues el cuidado de la salud no hace parte del proceso de socialización masculina. E igualmente se mantiene la creencia de que otras mujeres son quienes les transmiten las ETS (enfermedad de transmisión sexual) a los hombres, justificando la infidelidad como parte de su masculinidad.

De hecho los resultados de la investigación son un reflejo del intercambio de saberes y ubicación de las personas en contextos sociales particulares dentro de una estructura social (Araya, 2002), pues la apropiación de la información recibida desde factores externos como los servicios de salud y los medios masivos se dio de forma diferencial entre las participantes. La distinción por edad, calidad de vida y ocupación también reflejó las variaciones en las actitudes,

en la información y en el campo de representación que tienen las mujeres frente a la CCU. Pues así como hay mujeres para quienes la CCU es una práctica de auto-cuidado hay otras para quienes no lo es de este modo. Por lo que se cuidan a sí mismas de acuerdo a otros parámetros, como los de belleza, los nutricionales o simplemente las acciones que se acomodan a su forma de vida, bien sea en el hogar o fuera de él; desarrollando mecanismos de cuidado propio que generalmente están determinados por sus roles de género y por las funciones femeninas que ellas perciben como naturales.

Para las participantes el riesgo y la prevención de cualquier enfermedad tienen connotaciones tanto individuales como colectivas y en ocasiones tienen que ver con la forma de vida que lleva cada persona tanto a nivel sentimental o psicológico, como a nivel económico y social. La relación de las diferentes representaciones de dichos términos con la toma de la CCU se hizo evidente en algunos casos, sobre todo en los grupos de mujeres mayores (36-45 años y 46-65 años), quienes le dan la suficiente importancia a la prevención del CaCU, así como a cualquier enfermedad o infección de transmisión sexual.

Aquí también entran en juego las construcciones de género puesto que desde dichos discursos científicos y sociales a la vez, el cuerpo femenino es un fiel representante del riesgo sexual, razón que hace más fuerte el cuidado de las mujeres en su salud sexual y reproductiva. La idea de responsabilidad en sí mismo, auto-control, fuerza de voluntad y auto-disciplina, ha sido interiorizada por las mujeres quienes consideran que el riesgo y la prevención, al menos cuando se refiere a la salud sexual, son individuales y dependen del cuidado que cada una de ellas le dé a su cuerpo y a su salud. Así mismo la idea de desconfianza que tienen frente a los hombres, resulta un factor determinante en la toma del examen, en la visión del riesgo y en la prevención de las enfermedades.

La CCU tiene unas representaciones tanto positivas como negativas, pero para las mujeres resulta más importante prevenir y cuidarse a sí mismas, que los sentimientos negativos que les genera hacerse el examen como pena, dolor, molestia, incomodidad, entre otras. Esto evidencia el papel y la influencia que tienen los discursos preventivos en la vida de las mujeres, respondiendo a un sentido medicalizado de la vida. Ellas tienen mucha confianza y

dependencia frente a los servicios de salud y el médico, puesto que es por medio de quien se puede evitar o disminuir el riesgo de enfermarse y así mismo saber qué deben hacer para lograr este objetivo. Por tal motivo el acceso a la salud resulta fundamental para ellas y en cierta medida se puede decir que la prevención con la CCU, es mucho más ‘fácil’ para ellas que otras formas de prevención, porque es gratis y se debe hacer una vez al año o cada seis meses dependiendo de la situación.

Esto no se evidencia frente al riesgo de otras enfermedades, puesto que para ellas las demás formas de auto-cuidado, como el ejercicio o la buena alimentación, están determinadas por la calidad de vida, las posibilidades económicas y el tiempo que su rutina diaria les dé para hacer otro tipo de cosas. Pero como muchas de ellas no tienen el tiempo que quisieran prefieren prevenir los riesgos en las acciones cotidianas como cocinar o hacer aseo, mientras que las mujeres profesionales o que trabajan también fuera del hogar, tienen más facilidades económicas para cumplir con los cuidados que se les exigen.

Con relación al CaCU, el acceso a los servicios de salud no tiene tanta influencia en la conformación de las representaciones, pues a pesar de que la poca o mucha información que tienen las mujeres sobre éste se ha recibido por este medio, se da más importancia a la información que reciben de las experiencias de vida de personas cercanas a ellas. Esto muestra que el hecho de tener una información más amplia sobre el CaCU, en ocasiones no es suficiente para llevar a cabo la práctica de la CCU, mientras que conocer experiencias cercanas o propias es más significativo.

Por último, vale la pena mencionar que el proceso de medicalización ha tenido mucho que ver en todo lo anterior, puesto que teniendo en cuenta el contexto de la sociedad del riesgo, en donde se cree que los peligros ‘sólo podrían prevenirse desde la ciencia y la tecnología’ (Beck, 1998), se hace evidente la dependencia que generada por las mujeres hacia la medicina y los servicios de salud, sobre todo durante la enfermedad. Para ellas es primordial ir al médico a penas se sienta algo extraño o se tenga algún síntoma manifiesto en el organismo, puesto que como bien se ha mencionado, se entiende que el campo de la salud y la enfermedad es y debe ser manejado por la medicina.

Bibliografía

- Arango LG, Pascale M (2011). “El cuidado como ética y como trabajo”. En: *El trabajo y la ética del cuidado*. Medellín: La Carreta social.
- Arango LG (2011). “Género, trabajo emocional y corporal en peluquerías y salones de belleza”. En: *La manzana de la discordia*. Bogotá: 6 (1): 9-24
- Arango LG (2010). “Género e identidad en el trabajo de cuidado”. En: De la Garza E., Neffa J. C. (coords.). *Trabajo, identidad y acción colectiva*. México: UAM, Clacso. Pp. 81–108.
- Araya S (2002). “Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión”. *Cuaderno de ciencias sociales 127*. Costa Rica: FLACSO.
- Arguero B, García L, Álvarez M, Montañó C, Durán A (2006). “Información y actitudes relacionadas con el pánico en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo”. UNAM. *Revista de la facultad de medicina*. Vol. 49. No. 1.
- Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia (2010). Publicaciones. Libros y manuales. <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=758&pagID=1341>
- Bayón, MC (2012). “El “lugar” de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México”. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 74 (1): 133-166.
- Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2007. p, 47-54.
- Beck, U (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U (2008). *La sociedad del riesgo mundial: en busca de la seguridad perdida*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Berger P y Luckmann T (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Bonilla, A (2005). *Análisis comparativo de cinco teorías sobre el desarrollo moral*. Tesis de pregrado en psicología. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Bourdieu, P (1998). *La distinción, criterio y bases sociales del gusto*. Bogotá: Grupo Santillana de ediciones S.A.
- Bogdan, R. C & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative Research for Education: An introduction to Theories and Methods* (4th ed.). New York: Pearson Education group. (pp. 110-120).

- Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002 Apr;55(4):244-65.
- Bury, M (1997). *Health and Illness*. Nueva York: Routledge.
- Brito C, Nery I, Torres L (2007). “Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica / Feelings and expectations of the women concerning Oncotic Citology”. *Rev. bras. Enferm*; 60(4):387-390.
- Castañeda MS, Toledo R, Aguilera M. (1998). “Risk factors for cervico-uterine cancer in women in Zacatecas”. *Salud Pública Mex*: 40(4):330-8.
- Conrad, P (1982). “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Grijalbo. Barcelona: Edit. Crítica. Grupo Edit.
- Cisterna F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación Cualitativa. *Theoria*. 14 (1): 61-71.
- Cockerham, W (2007). *Medical sociology*. New Jersey: Pearson Prentice Hall. Tenth edition.
- Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M (2010). “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvico-uterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia)”. *Salud Uninorte*. Vol. 26, No 2: 223-231.
- Collazos J (2012). “Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá” Universidad Nacional de Colombia. Doctorado en Salud Pública.
- Cortés, C (2009). “Las intrincadas vueltas del laberinto”. En: Gutiérrez AM, Quintero P. *Ellas en su lenguaje*. Colombia: Asociación Colombiana de Neurología. Pp. 31-38.
- Curiel-Valdez, J (2002). “Citología vaginal: la importancia de la zona de transformación y cómo obtener una muestra adecuada”. *Gaceta Médica de México*. Vol. 138. Número 3.
- De alba, M (2009). “Representaciones y prácticas sociales en torno a políticas urbanas: la movilización NIMBY frente a la redensificación de las zonas centrales de la ciudad de México”. *Sociología urbana y representaciones sociales*.
- De Keijzer, B (2006). “Hasta donde el cuerpo aguante: género cuerpo y salud masculina”. En Cáceres et al. (2001), *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

- Diagnóstico local 2011, localidad de Suba.
http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud_Publica/DIAGNOSTICO%20LOCAL%20SEGUNDO%20AVANCE%202011.pdf
- Díaz, M (2002). *El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto*. Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Díaz, R (2011). “Lo que hay entre las piernas: vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología”. Congreso de Antropología Medellín.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011). Bogotá: Profamilia.
- Figueroa N (2010). *Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico-uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector caguan, chipi y tambos; del distrito de barranquilla*. Tesis de maestría en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional.
- Foucault, M (1976). “Historia de la medicalización”. *Educ méd salud* 10 (2), 152-169.
- Fuller, N (1995). En torno a la polaridad marianismo-machismo. En: Arango LG, León M, Viveros M. *Género E Identidad. Ensayos Sobre Lo Femenino y lo Masculino*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Gamba, S (2008). “Feminismo: historia y corrientes”. Mujeres en red, el periódico feminista.
<http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1397>
- García E, Díaz J, Melo M, Parra F, Vera L, Latorre J (2007). “Factores asociados a la identificación del cáncer de cuello uterino en la citología, colposcopia y biopsia en la liga santandereana de lucha contra el cáncer de 2002 a 2003”. *Revista Española de Patología*. Vol. 40 (1): 33–39
- Giddens, A (1998). “Experimentos cotidianos, relaciones, sexualidad”. En *La transformación de la intimidad*. Madrid: Segunda edición. Cátedra Teorema.
- Gil, F (2012). *La cara social del cáncer*. Barcelona: Octaedro.
- Giraldo CV, Arango ME. (2009). “Representaciones sociales frente al auto cuidado en la prevención del cáncer de mama”. En: *Invest. Educ. Enferm.* 27(2):191-200.
- Goffman, E (2008). *Estigma: la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu. 2da. Edición.
- Goffman, E (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Argentina: Amorrortu editores.

- Gutmann, M (2000). *Ser hombre de verdad en la ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México : El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Hahn R, Vesely S, Chang M (2000). “Health risk aversion, health risk affinity, and socio-economic position in the USA: The demographics of multiple risk”. *Health, Risk & Society*. 2:3, 295-314.
- Helman, C (2009). *Culture, Health and illness*. Nueva York: Hooder education. 5ta. Edición.
- Hernández, R (2005). *Fundamentos de metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Holroyd E, Twinn S. & Adab P. (2004). “Socio-cultural influences on Chinese women’s attendance for cervical screening”. *Background. Journal of Advanced Nursing* 46(1), 42–52.
- Howson, A (1998). “Surveillance, Knowledge and risk: the embodied experience of cervical screening”. *Health*. London: SAGE Publications 2 (2): 195-215.
- Huamani C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. (2008). “Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007”. *Revista peruana de medicina y salud pública*. 25(1): 44 – 50.
- International Journal of Cancer (2010). “Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008”. Volume 127, Issue 12, pages 2893–2917.
- IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans (1997). World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Volumen 68.
- Kagawa-Singer, M (1995). “Socioeconomic and Cultural Influences on Cancer Care of Women”. *Seminars in Oncology Nursing*. Vol. 11, No 2: 109-119.
- Krawczyk AL, Perez S, Lau E, Holcroft CA, Amsel R, Knäuper B, Rosberger Z. (2012). “Human papillomavirus vaccination intentions and uptake in college women”. *Health Psychol*. Vol. 31(5):685-93.
- Kliksberg, B (2002). “La inequidad en el campo de la salud pública en América Latina: una cuestión crucial”. *Economía y Sociedad*. No 19: 93 -108.
- Lamas, Marta. (2000). *El género. La construcción social de la diferencia sexual*. México. Grupo editorial Miguel Angel.
- Lazcano, E (2007). “El cáncer cervical: nuevas perspectivas de prevención y control”. En: *Rev Per Ginecol Obstet*; 53(2):110-118.

- Lazcano E, Palacio LS, Rangel G, Hernández M (2003). “Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. En: *Salud pública de México vol.45*.
- Lomas, C (2005). “¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la feminidad en la cultura de masas y la igualdad entre hombres y mujeres”. *Cuadernos de Trabajo Social*.
- López, M (2010). “La medicalización en la vida y la salud de las mujeres”. Revista Mujeres y Salud.
http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf
- López C, Calderón M, González M (2013). “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia”. *Revista Médica de Risaralda*, 19 (1):14-20.
- Lucumí D, Gómez L (2004). “Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia”. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 3: 367-377. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España.
- Lupton, D (1999). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Estados Unidos: University press, Cambridge.
- Martínez, A (2003). “Reseña medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. Barcelona: (19): 171-174.
- Menard, J (2008). “The Social Context of Cervical Cancer Knowledge and Prevention Among Haitian Immigrant Women”. Tesis doctoral. College of Arts and Sciences University of South Florida.
- Mideros, R (2007). “Medicalización e industria del nacimiento”. En: *El Simposio de Pluralismo médico, trabajo y bioética, Congreso Latinoamericano y del Caribe de Ciencias Sociales*. Quito: FLACSO.
- Moscovici, S (1979). *El psicoanálisis su análisis y su público*. Buenos Aires: Huemul S.A.
- OMS (2002). “Informe sobre la salud en el mundo”.
<http://www.who.int/whr/2002/Overview%20spain.pdf>
- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Colombia. Ministerio de la Protección Social.
- Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología.

- Pedraza, Z (2007). "Políticas y estéticas del cuerpo: la modernidad en América Latina". En: Colombia: *ed. Uniandes-Ceso*. Departamento de Antropología. 2 (1).
- Petersen A, Lupton D (1996). *The new public health*. London: SAGE publications.
- Quevedo E (1990). "El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas". Seminario Permanente Salud y administración. Facultad de estudios disciplinarios Pontificia Universidad Javeriana pp. 1-47
- Quiero T, Puñal J (2013). "Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina". *Desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS*. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias: avalia-t Num. 01.
- Rodríguez, O (2003). "Entrevista a Denise Jodetet". *Relaciones 93*. Volumen 24.
- Rubio D, Restrepo M (2004). "Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal". *Revista colombiana de psicología*. No. 13. Pp. 102-112-
- Sherman ME, Mendoza M, Lee KR, Ashfaq R, Birdsong GG, Corkill ME, McIntosh KM, Inhorn SL, Zahniser DJ, Baber G, Barber C, Stoler MH (1998). "Performance of liquid-based, thin-layer cervical cytology: correlation with reference diagnoses and human papillomavirus testing". *Modern Pathology : an Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc* 11(9):837-843.
- Sankaranarayanan R, Budukh A & Rajkumar R (2001). "Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (10).
- Saraiya M, Ahmend F, Krishnan S, Richards T, Unger E, Lawson H (2007). "Cervical Cancer Incidence in a Prevaccine Era in the United States, 1998–2002". *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 109, No. 2.
- Smith E, Phillips J, Price M (2001). "Screening and early detection among racial and ethnic minority women". *Seminars in Ontology Nursing*, Vol. 17, No 3: 159-170.
- Smith R, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley O (2007). "Cancer Screening in the United States, 2007: A Review of Current Guidelines, Practices, and Prospects". *Cancer Journal for Clinicians* (57):90–104.
- Smith R, Cokkinides V, Brawley O (2009). "Cancer Screening in the United States, 2009: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening". *Cancer Journal for Clinicians* (59):27-41.

- Smith R, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley O (2010). "Cancer Screening in the United States, 2010 A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening". *Cancer Journal for Clinicians* (60):99–119.
- Sontang, S (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Sud América SA.
- Solomon D, Breen N, McNeel T (2007). "Cervical Cancer Screening Rates in the United States and the Potential Impact of Implementation of Screening Guidelines". *Cancer Journal for Clinicians*. Volume 57, Issue 2, pages 105–111.
- Suárez R, Beltrán EM, Sánchez T (2006). "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles". *Revista Antípoda*. (3): 123 – 154.
- Suárez R, Wiesner C, Olarte M (2005). "Medicina y discursos 'culpabilizantes': El caso del control del cáncer". En Wiesner C (ed.) *Encrucijadas epistémicas de la medicina. El problema del cáncer*. Bogotá: Centro de investigaciones sobre dinámica social. Universidad Externado del Colombia: 85-105.
- Suárez R, Wiesner C, González C, Cortés C, Shinchi A (2004). "Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública". *Revista de estudios sociales* (17): 42 – 55.
- Taylor, S. Bogdan, R. (1992.) *Introducción a la observación participante*. Paidós. Barcelona.
- Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM (2010). "Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008". *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. Colima, México: Universidad de Colima. XVI (32): 41-61.
- UICC (2006). Bridging the gap Annual Report. <http://www.uicc.org/annual-report-2006-bridging-gap>
- Urrutia M, (2009) "Development and Testing of a Questionnaire: Beliefs about Cervical Cancer and Pap Test in Chilean Women". *Open Access Dissertations*. Paper 309.
- Valenzuela MT, Miranda A. (2001). "¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras Psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile". *Revista Chile Salud Pública* (5): 75-80.
- Veeduría distrital (2010). *Cómo avanza el distrito en salud*. www.veeduriadistrital.gov.co.
- Vergara, MC (2008). "La naturaleza de las representaciones sociales". *Rev. latinoam. cienc. Soc. niñez juv* 6(1): 55-80.

- Viveros, M (1993). “La problemática de la representación social y su utilidad para los estudios de salud y enfermedad”. *Instituto Francés de Estudios Andinos*. Bogotá: Universidad externado de Colombia.
- Viveros, M (1995). “Saberes y dolores secretos: mujeres, salud e identidad”. En: Arango LG, León M, Viveros M. *Género e Identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: ediciones Uniandes. Pp. 149-167.
- Viveros, M (2000). “Notas en torno de la categoría analítica de género”. En: Robledo AI, Puyana Y. *Ética, masculinidades y feminidades*. Colombia: ed. CES - Facultad de ciencias humanas. (1): 56 – 85.
- Wiesner C, Cendales R, Tovar S (2008). “Aplicación de un Modelo para el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Soacha, Colombia”. *Revista de Salud Pública*, vol. 10, núm. 5: 691-705.
- Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar, S Cendales R (2006). “La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones”. *Revista de Salud Pública* (8): 185-196.
- Wiesner C, Cortés C, Nieto JM, Díaz MC, Tovar S, Melo MB (2005). *Propuesta modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia*. Bogotá: Ministerio de protección social, Instituto Nacional de Cancerología, Subdirección Nacional de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica Promoción y Prevención.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista semi-estructurada

1. Información de contexto

- Nombre, edad, lugar de residencia, ocupación, escolaridad, contexto laboral, estado civil, # hijos, con quienes habitan y si se han tomado la CCU.

2. Citología Cervico-Uterina

- ¿Qué es la CCU?
- ¿Cómo se toma?
- ¿Por qué se toma?
- ¿Cree que es útil? ¿Por qué?
- ¿Cuáles fueron las razones por las cuales se tomó la CCU? y ¿Por qué no se la tomaría?
- ¿Quiénes se deben hacer la CCU? y ¿Por qué razones?
- ¿Por medio de quien conoció toda la información sobre la CCU?
- ¿Cuáles podrían ser las razones por las que una mujer se toma la CCU o no se la tomaría?
- ¿Cuál es su opinión frente a la CCU?
- ¿Qué tipo de mujeres deben tomarse la CCU?
- ¿Los hombres tienen algo que ver con la toma de la CCU?, ¿conocen sobre ella?, ¿Qué cree que piensan sobre ella?

3. Cáncer de Cuello Uterino

- ¿Qué sabe sobre el CaCU?
- ¿qué es el CaCU?
- ¿Por qué se da?

- ¿a quienes les da?
- ¿Cuáles son los síntomas de CaCU?
- ¿Cómo se previene el CaCU?
- ¿De donde obtuvo la información sobre esta enfermedad?

4. Proceso salud - enfermedad

- ¿Cuáles son las posibles razones que llevan a la enfermedad?
- ¿Existen momentos específicos en los que se puede poner en riesgo la salud?
¿Cuáles?
- ¿En este momento se siente en riesgo de contraer alguna enfermedad? ¿Cuál? ¿Por qué?
- ¿Qué significa para usted estar enfermo?
- ¿Qué significa para usted estar saludable?
- ¿De qué formas se previene la enfermedad?
- ¿Por qué se enferma la gente?
- ¿De qué manera se puede mantener saludable?
- ¿Qué entiende por auto-cuidado?
- Podría dar algunos ejemplos de prácticas de auto-cuidado
- ¿Sabe para qué sirve el auto-cuidado?
- ¿Cuánto tiempo dedica al cuidado de sí misma y de su salud?
- ¿Qué piensan sus familiares sobre eso?

Anexo 2. Distribución de categorías

Tabla 1. Distribución de categorías según ejes analíticos	
Eje de análisis	Categorías
<p>Riesgo</p> <p>Siguiendo a Beck (2007) “los riesgos no tiene ninguna existencia abstracta en sí mismos [...] la idea de un índice objetivo con el que medir la peligrosidad pasa por alto que el hecho de que los riesgos se consideren urgentes, peligrosos y reales, o bien omisibles e irreales no es sino consecuencia de una determinada percepción y valoración cultural”. Es decir, que desde una óptica científica se considera que las personas ponen en riesgo su salud al tener ciertas prácticas; aspecto que entrelaza de forma directa a la prevención con la ayuda médica o la medicina.</p>	Prevención
	Auto-cuidado
	Ayuda médica
	Citología Cervico-Uterina
<p>Género</p> <p>Se define como el “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000), y como bien lo enunció Scott (1996), citada por Viveros (2000) desde la conformación de esta simbolización se originan ciertos comportamientos diferenciadores marcados por las relaciones de poder, específicamente de los hombres sobre las mujeres.</p>	Hombres y Citología Cervico-Uterina
	Autonomía mujer
	Tiempo mujer
	Roles de género
<p>Salud</p> <p>La salud se entiende como un complemento entre cuestiones físicas, mentales y sociales que se desarrollan en la vida de los individuos (Cockerham, 2007). También puede verse como un instrumento operativo que mantiene al individuo dentro del sistema.</p>	Rol social
	Ayuda médica
	Individual/colectivo
	Bienestar

Enfermedad	La enfermedad es vista como desviación o anormalidad (Suárez et. al. 2004) o simplemente como una forma de no estar activo, ni ser útil dentro de las labores sociales de la sociedad.	Rol social
		Ayuda médica
		Individual/colectivo
		Cáncer de Cuello Uterino

Anexo 3. Resultados redes de asociación

Participante	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Edit	Prevención	Bueno	Pena	Enfermedad	Molesto
Maribel	Prevención	Bueno	Útero	Enfermedad	Contagio
Jessika	Prevención	Examen	Detección	Necesario	Incómodo
Marcela	Obligación	Examen	Cuerpo	Auto-cuidado	Molesto
María	Pinzas	Cáncer	Pena	Vagina	Molesto
Rocío	Prevención	Examen	Útero	Auto-cuidado	Espéculo
María Alicia	Bueno	Examen	Tratamiento	Cuidarse	Molesto
Imelda	Examen	Prevención	Necesario		
Margarita	Prevención	Cáncer	Infección	Pena	Incómodo
Myriam	Enfermedad	Salud	Examen	Muerte	Cirugía
María Gloria	Cuidarse	Prevención	Cáncer	Organismo	
Vitelvina	Cáncer	Interno	Cuidarse	Método	

Participante	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Edit	Prevención	enfermedad	grave		
Maribel	Prevención	CCU	descuido		
Jessika	Peligro	Alteración	inestabilidad	inequidad	miedo
Marcela	Ambiente	Contagio	peligro		
María	CCU	Cáncer			
Rocío	Prevención	enfermedad	angustia	dolor	
María Alicia	Práctica	responsabilidad	prevención		
Imelda	Enfermedad	prevención	miedo		
Margarita	Pérdida	Ambiente	salud	enfermedad	
Myriam	Susto	enfermedad	descontrol		

María Gloria	Precaución	prevención	síntomas	responsabilidad	
Vitelvina	Síntoma	enfermedad	descuido	médico	

Tabla 4. Asociaciones CaCU

Participante	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Edit	Promiscuidad	Dolor	Útero	Prevención	Ccu
Maribel	Prevención	Ccu			
Jessika	Mortalidad	Sufrimiento	Inestabilidad	Paciencia	Gravedad
Marcela	Enfermedad	Infección	Descuido		
María	Ccu	Prevención			
Rocío	Vph	Enfermedad	Muerte	Dolor	Angustia
María Alicia	Infección	Descuido	Planificación		
Imelda	Gravísimo	CCU			
Margarita	Vph	Contagio	Dolor	Bacterias	
Myriam	Muerte	Enfermedad	Dolor	Vida	
María Gloria	Vph	Descuido	Parto	Higiene	Prevención
Vitelvina	Mortal	Hereditario	Enfermedad	Dolor	Ccu

Tabla 5. Asociaciones Salud

Participante	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Edit	Cuidarse	Prevención	Médico		
Maribel	Bueno	Tranquilidad			
Jessika	Estabilidad	Bienestar	Integral	Derecho	
Marcela	Activa	Bueno	Auto-cuidado	Cuerpo	Bienestar
María	Tranquilidad	Bueno	Cuidarse		
Rocío	Equilibrio	Vitalidad	Felicidad	Vida	
María Alicia	Activa	Lo mejor	Planificación		
Imelda	Cuidarse	Médico	Exámenes		
Margarita	Bienestar	Bueno	Ejercicio	Alimentación	
Myriam	Médico	Hospital	Control	Enfermedad	
María Gloria	Rico	Vitalidad	Lo mejor	Cuidarse	
Vitelvina	Alentada	Sentirme bien	Médico	Cuidarse	Cuerpo

Tabla 6. Asociaciones Enfermedad					
Participante	Asociación 1	Asociación 2	Asociación 3	Asociación 4	Asociación 5
Edit	Descuido	Síntoma	Médico	Prevención	Gravedad
Maribel	Malo	Descuido	Prevención		
Jessika	Desequilibrio	Alteración	Sufrimiento	Desesperación	Depresión
Marcela	Virus	Inactividad	Sufrimiento	Cuerpo	
María	Baja autoestima	Depresión	Mal	Síntoma	
Rocío	Decaimiento	Malestar	Dolor	Angustia	Desequilibrio
María Alicia	Ambiente	Contagio	Inactividad	Disfuncional	
Imelda	Síntomas	Diabetes	Colon	Mal	Cohibido
Margarita	Malo	Terrible	Inactividad	Perjudicial	
Myriam	Dolor	Muerte	Médico	Angustia	
María Gloria	Defensas	Ambiente	Descuido	Médico	Inactividad
Vitelvina	Horrible	Malo	Quejarse	Médico	Síntoma