UAM XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

GENERO Y CANCER CERVICOUTERINO. UNA VINCULACION NECESARIA

*****

Tesis que para obtener el
Grado de Maestría

Presenta
GRACIELA AGUILAR SALAZAR

ASESORIA DE TESIS
MTRA. ANGELES GARDUÑO

México, D.F. 1995

Para María Elia
In Memoriam

•

Con todo agradecimiento a las mujeres que participaron directa e indirectamente para hacer realidad este trabajo.

•

A mis amigas, hermanos y tías con mucho cariño.

INDICE

Introducción 4

Capítulo 1. La salud de las mujeres y el concepto género 10

1.1 El concepto género como eje explicativo 11
1.2 Normatividad médica y gestión del cuerpo femenino 18

Capítulo 2. La significación social del cáncer 26

2.1 Sociedad y enfermedad 26
2.2 Medicina y hegemonía 29
2.3 El papel de la medicina en el ejercicio de la normatividad social 33
2.4 La significación social del cáncer 36

Capítulo 3. El contexto social y cultural del cáncer cérvicouterino. La situación en México 43

3.1 Las políticas sanitarias y los programas de atención al CCU 44
3.2 La perspectiva de Género y la morbilidad por CCU 51
3.3 El contexto médico–cultural del CCU 56

Capítulo 4. La atención psicosocial en el caso del CCU 64

4.1 Psicología y Oncología 64
4.2 Caracterización psicosocial del enfermo de cáncer 71
4.3 La atención a la sexualidad en mujeres con CCU 78

Capítulo 5. El modelo de intervención psicosocial 81

CONCLUSIONES 100

ANEXOS 103

BIBLIOGRAFIA 124

INTRODUCCION

El cáncer cérvicouterino (CCU) en México ocupa actualmente el primer lugar como causa de defunciones por cáncer entre la población femenina mayor de 25 años. Hace poco más de una década se ubicaba en ese mismo lugar como origen de mortalidad, pero entre mujeres mayores de 30 años. Esto quiere decir, al menos, que las mujeres comenzaron a desarrollar la enfermedad en la adolescencia, ya que al tratarse de una enfermedad crónico degenerativa, se estaría hablando de una evolución –desde los estadios iniciales hasta los letales– que viene perfilándose alrededor de diez años antes de que la persona muera.

La primera pregunta obligada que surge es: ¿Por qué este cáncer lejos de disminuir aumenta como causa de mortalidad? Sería muy difícil decir que hay una única respuesta porque, precisamente, se trata de un problema complejo cuya comprensión y solución requiere de varias medidas, entre ellas el análisis del problema desde una perspectiva más amplia que incluya ciertas disciplinas sociales para lograr no sólo una explicación satisfactoria sino, sobre todo, la disminución de su morbimortalidad.

Para empezar, buena parte de la responsabilidad puede vincularse 1) con el abandono de las políticas preventivas y de detección oportuna, 2) con los recortes presupuestales padecidos por las instituciones públicas de salud, especialmente en los últimos doce años, 3) con el carácter de dichas políticas que depositan el peso principal casi exclusivamente en la atención curativa y 4) con el débil impacto que entre las mujeres han tenido las campañas de sensibilización para

practicarse la citología adecuada. Sin embargo, ese fracaso sistemático también obliga a preguntarse si no será necesario ubicar las raíces del problema desde losplanteamientos iniciales que se siguen como criterio rector para abordar la salud de las mujeres, es decir, desde las premisas que sirven de base al diseño de las políticas generales.

En ese sentido el presente trabajo intenta dilucidar lo que sucede con el CCU, desde una perspectiva general que toma simultáneamente cuatro ejes de análisis: a) el concepto género, entendido como aportación de los estudios feministas, b) la medicina social, que cuestiona la práctica del modelo médico hegemónico, c) la sociología de la medicina, en tanto permite entender los contextos sociales de las ideas predominantes, y d) la psicología, tanto general, para explicar las particularidades de los comportamientos individuales y grupales, como su aplicación en la oncología, es decir, en cuanto a la atención psicológica que requieren los enfermos de cáncer.

Con esto no se pretende negar o subestimar el valor de la copiosa bibliografía sustentada en investigaciones ginecológicas y oncológicas. O la importancia de la abundante producción de estudios feministas referidos a la situación de la mujer o aquellos dirigidos específicamente a explicar la salud de los distintos grupos de mujeres. Tampoco puede negarse que hay una importante producción de investigaciones psicológicas aplicadas a los eventos propios de la oncología, aunque sí debe señalarse que son escasas las referencias donde intervenga la psicooncología en la atención al CCU y, menos aún las que incluyen el apoyo psicológico grupal, como se procedió a hacer en éste trabajo.

Uno de sus objetivos es mostrar la intersección de esas temáticas en la organización práctica de experiencias de apoyo psicológico grupal. Otro de ellos es explorar las características psicosociales de mujeres no derechohabientes atendidas por las instancias correspondientes del sector salud. El siguiente sería propiciar el cuestionamiento de las formas habituales de tratamiento médico, como única opción de atención a las mujeres, además de señalar algunas de sus limitaciones más graves.

Esa es la razón por la que se evitó recurrir deliberadamente al tratamiento exhaustivo de las líneas mencionadas, por requerirlo así la construcción de dicha plataforma conceptual de intersección.

En ese sentido, habría que resaltar primero que la salud de importantes sectores de la población femenina en México se relaciona directamente con las funciones reproductivas y, por tanto, hay una alusión implícita a la regulación y las sanciones que socialmente se ejercen sobre la sexualidad de ambos sexos.

Podría decirse también que en todas las modalidades de atención, aunque con variaciones de matiz, se detecta la medicalización a ultranza en el caso del CCU, además de una actitud de valoración moral peyorativa hacia la sexualidad femenina que, lejos de aliviar la situación, estaría propiciando la persistencia de pautas culturales desfavorables hacia la prevención y la detección oportuna entre los diferentes grupos de mujeres.

Sin embargo, para poder llevar a cabo el desenmascaramiento de tales tendencias, se requiere realizar un proceso simultáneo donde: 1) se desmantelen tales explicaciones y su trasfondo ideologizado, y 2) se propongan explicaciones alternas –desde una perspectiva de género–, que hagan posible entender cómo esta visión del CCU se sitúa en la construcción histórica de la desigualdad social de los sexos.

Cómo y por qué es necesario recurrir a propuestas explicativas que han surgido desde el feminismo, principalmente; para qué y cómo aplicarlas en el esclarecimiento de la situación de la salud de las mujeres, es el intento ensayado en el capítulo 1. En él se ha incursionado en explicaciones recientes acerca de la historicidad de la sexualidad y de su relevancia en la organización social de la vida humana, sobre todo en la universalización de la idea de la inferioridad femenina a favor de las ideologías patriarcales, desde las cuales se han explicado todas las experiencias de "la mujer", bajo la óptica de su obligada exclusión: ella es el objeto de la observación, pero apenas ha comenzado a ser sujeto de sí misma.

En este capítulo se sintetiza la intención de formar parte de un esfuerzo colectivo de construcción de discursos que hagan realidad la igualdad de los *sujetos sociales*, independientemente del sexo biológico que posean.

Mientras, en el capítulo 2, la discusión se centra en la necesidad de entender el contexto del proceso salud enfermedad de los distintos grupos de mujeres a partir de la amplia diversidad de ámbitos sociales en que se inscriben y que requieren ser conocidos en detalle. Por ello se ha abordado otra vertiente explicativa, más cercana a la sociología, para ilustrar cómo las actitudes y valoraciones culturalmente producidas tienen a su vez una participación fundamental en la configuración de los comportamientos grupales e individuales. Tal es el caso de la significación que socialmente se ha atribuído al cáncer, a la sexualidad femenina y a la amalgama de ambos en el caso del CCU.

Pero, ¿por qué se dice aquí que el cáncer cérvicouterino es un problema de salud femenina que amerita enfoques distintos? Por que aunque se trate de una enfermedad amenazante para la vida, también se sabe que el diagnóstico temprano y oportuno eleva indudablemente las posibilidades de curación; además, por que al tratarse de una enfermedad crónico–degenerativa existen lapsos prolongados durante los cuales una intervención adecuada puede frenar y evitar sus efectos letales.

Sin embargo en el país este conocimiento no ha llevado a la aplicación de las acciones requeridas y tanto la morbilidad como la mortalidad siguen avanzando. El objetivo del capítulo 3 es, precisamente, mostrar con más detalle la situación de las distintas acciones que constituyen las políticas sanitarias y los programas de la atención primaria, para ilustrar cúales de sus debilidades alimentan el problema. Se enfatiza el papel que juega la Norma Técnica (No.53 en los casos del cáncer cérvicouterino y del mamario), en tanto estructura básica de reglamentación que el Estado emite para definir las políticas y programas de atención que a nivel nacional han de aplicarse respecto a cada problema de salud.

Otro aspecto importante, de carácter sociológico, que se menciona en el mismo capítulo es el papel clave que la medicina ha jugado siempre en la regulación de las funciones corporales, en el manejo y el control de los cuerpos, en la reglamentación de eventos importantes del ciclo vital, como los nacimientos y la muerte, por ejemplo. Pero los casos de la reproducción, de la salud mental y de la sexualidad expresan tal vez las consecuencias más cuestionables de la extrapolación de criterios médicos al ámbito de lo social y de lo psicológico. La época actual enfrenta una influencia médica que sólo gradualmente ha ido disminuyendo su marcado acento biologista.

No obstante, en México esos cambios son casi imperceptibles en el modelo médico hegemónico que se caracteriza por ser individualista, vertical y en el que la curación aún no incorpora o genera enfoques interdisciplinarios cuya inclusión enriquecería las acciones diseñadas para atender enfermedades crónicas como el CCU.

Por tal razón, en el capítulo 4 se busca analizar, desde la psicología y la psicooncología, las limitaciones que dicho modelo está mostrando no sólo en los tratamientos de todo tipo de cáncer y, en particular, del cáncer cérvicouterino, sino también respecto a la prevención y al desarrollo de estilos de vida favorables a la salud de las mujeres. También se efectúa una reflexión sobre la aplicación de los aportes que aquéllas disciplinas pueden hacer para crear modelos integrales de atención adoptados en otros países y cómo beneficiarían a las mujeres mexicanas que asisten a las instituciones para población abierta.

Finalmente, en el capítulo 5 se describe una experiencia de apoyo psicológico para mujeres con cáncer cérvicouterino *in situ* –es decir, curable–, que pudo llevarse a cabo en la unidad de oncología de un hospital de tercer nivel de la Secretaría de Salud. Dicha experiencia es un intento de reunir en forma práctica los elementos de análisis que anteriormente se describieron. Su principal pretensión es mostrar que sí es posible implementar y hacer funcionar modelos de atención integral a la SALUD de las mujeres, pero que para ello se requiere pensar

en todos los elementos de carácter psicosocial que la promueven, más que continuar con la actitud predominante en la práctica médica de centrarse en la ENFERMEDAD. La opción es clara: a medida que se actúe a favor de la salud de las mujeres mediante la prevención, la detección y los tratamientos, desde una óptica integral, disminuirá la morbimortalidad de éste padecimiento.

CAPITULO 1

LA SALUD DE LAS MUJERES Y EL CONCEPTO GENERO

"La diferencia se produce sola, la igualdad hay que construirla".

Lamas parafrasea a Amorós (1)

Los grupos mayoritarios que viven las peores condiciones de vida, también en la atención a su salud se enfrentan a una serie de políticas públicas y programas sanitarios desfavorables, como la atención discriminatoria y limitada, tanto en lo referente al acceso a tecnologías médicas como al tipo de relación entre médico y paciente. Además, son los sectores que sufren los recortes presupuestales a los servicios públicos, propuestos por los ideólogos del neoliberalismo (2,3), las actitudes burocráticas y la indiferencia general del cuerpo médico.

Esto también se ve agudizado cuando se trata de enfermedades graves, es decir, que implican una amenaza real o potencial para la vida de la persona y que a nivel popular poseen connotaciones culturales de aniquilación personal, de muerte social, de gran temor, como sucede con el cáncer en general.

En el caso del cáncer cérvicouterino se hace necesario incluir un análisis de las cuestiones de género, es decir, de la problemática de la desigualdad social que se sustenta en las diferencias sexuales, ya que desde el punto de vista estrictamente médico es imposible explicar cómo una enfermedad que no lleva inevitablemente a la muerte, se ha convertido en causa de mortalidad para miles de mujeres en éste país.

Desde este enfoque, pueden entenderse otros aspectos que contribuyen poco al cuidado de la salud de las mujeres, tales como la historia particular del cáncer y el conjunto de significaciones culturales asociadas al padecimiento y a la sexualidad femenina, que son relativamente independientes de sus características como evento biológico.

La diferenciación sexual se ha convertido en base de desigualdad social entre hombres y mujeres, de detentación del poder y de la propiedad privada a favor de aquéllos, y determinante de siglos de subordinación femenina. Paralelamente, en el plano de lo simbólico se han gestado una serie de valoraciones que a manera de infraestructura ideológica han servido para justificar a la cultura patriarcal en todo ámbito de la vida social (vida cotidiana, subjetividad, educación, organización política y económica, etc.).Desde esa perspectiva que favorece el predominio de lo masculino, lo femenino

es inferior *per se* y, por tanto, se justifica la supremacía y ejercicio del poder por los hombres.

De ahí que toda intención de explicar alguno de los ámbitos que organizan y norman la vida de los distintos grupos de mujeres, deba partir de la revisión crítica de esas distintas situaciones específicas en que aquellas se desenvuelven, tal como lo señala Lamas:

> A través del análisis y la crítica se puede identificar la posición relativa de las mujeres en el orden cultural y político. La propia subjetividad e identidad de las mujeres se ve influída por esa posición que ocupan. Así, el concepto mujer que se define...en relación con el hombre, junto con el concepto posición en sociedad, permiten construir una teoría del sujeto social y del género que rebasa los errores del esencialismo y... del planteamiento del condicionamiento social. (4)

En efecto, la transformación de la realidad social de las mujeres requiere construir enfoques explicativos distintos en todas las áreas del conocimiento que esclarezcan las formas universales y particulares mediante las cuales se construye y perpetúa la supeditación e inferioridad de lo femenino frente a lo masculino, como paso esencial en la constitución de los sujetos sociales.

Hay pues necesidad de llevar a cabo un trabajo teórico–práctico de revisión y construcción de conceptos y acciones que coadyuven a convertir en cosa del pasado los cánones patriarcales que rigen la vida social actual en todos los ámbitos.

1.1. El concepto género como eje explicativo.

Gran número de trabajos de investigación y escritos basados en las teorías feministas, han analizado el papel central que la mujer juega como objeto y eje de organización de las tecnologías reproductivas que al guiarse por criterios demográficos colocan en segundo lugar los intereses y salud de las mujeres. Por ello, en el campo de las políticas sanitarias donde se contemplan las medidas de atención a la salud de los distintos grupos de mujeres hay varios aspectos soslayados, como las diferencias genéricas, que requieren primero su reconocimiento y después un examen más detenido de sus contenidos, formas y cambios.

Esto evidencia el planteamiento de que las diferencias sexuales y de género marcan la necesidad de entender a la sexualidad como producto social compuesto de manera compleja por ideologías, conductas, contextos culturales y luchas políticas. En ese sentido se expresa Weeks:

> ... la sexualidad... abarca varias cuestiones medulares: las normas de la vida familiar, las relaciones entre hombres y mujeres, entre adultos y niños, así como la naturaleza de la normalidad y anormalidad. Se trata de asuntos fundamentales para cualquier cultura... toda discusión de la sexualidad supone un cuestionamiento de la sociedad en que queremos vivir. La sociedad marcha en la misma dirección que la sexualidad. (5)

Es así que al formar parte de una sociedad genéricamente estructurada sobre la base de la desigualdad, y desfavorable al género femenino, desde la conformación de las políticas sanitarias se perfila como "necesidad social" ejercer el control de la reproducción, del matrimonio o del cuidado de los hijos en consonancia con políticas económicas específicas desde una visión patriarcal, por ello tal control pasa a ejercerse sobre el cuerpo femenino.

Si bien esto no significa que exista un control coercitivo permanente de los comportamientos reproductivos individuales o grupales (a excepción de China Popular y algunas comunidades indígenas por ejemplo), sí se recurre a prácticas socializadoras consensuadas y a formas de persuasión en ese sentido sobre el número más adecuado de hijos por pareja y la necesidad de la planificación familiar, o de convencimiento sobre las bondades de tener pocos hijos como condición que mejora la calidad de vida.

Además, la desigual condición de vida está en parte establecida por las diferencias de sexo. Este hecho, por otro lado, plantea la necesidad de llenar un vacío importante, tanto teórico como metodológico, para abordar la intrincada realidad de esas desigualdades genéricas, en el contexto amplio de la cultura, la subjetividad, y las formas y discursos que el poder adopta en situaciones, lugares y momentos específicos.

Por ello, GENERO es el concepto que abarca la explicación sobre la estructuración y funcionamiento psicosocial tanto de la masculinidad como de la feminidad, cuyas expresiones se expresan a través de roles y de la identidad asignada y asumida de manera subjetiva que se concreta en los comportamientos permitidos, prohibidos o sancionados que se atribuyen por sexo a los sujetos sociales.

A partir de ahí se ha constatado que al centrarse en la diferenciación de hombres y mujeres por el sexo biológico, se limitan las posibilidades de entender la realidad, reduciéndose las vías de transformación para gestar sociedades basadas en la equidad y no en el ejercicio de la desigualdad como ocurre actualmente.

Desde diferentes perspectivas, son Gramsci y Foucault dos autores que enriquecen una visión renovadora del ámbito microsocial. Para Gramsci (7), las prácticas de la dominación y el ejercicio de la hegemonía son variadas e implican la aplicación de medidas que no necesariamente se expresan mediante la coerción, la represión o la imposición abiertas, para establecer y mantener el consenso social, la regulación de las prácticas sociales y la permanencia de ideologías.

Por otro lado, Foucault (8) –sin proponérselo– complementa el pensamiento gramsciano para explicar el ámbito de la subjetividad y de la vida cotidiana cuando señala que es insuficiente pensar en una sola forma o vía de conformación y consolidación del poder, porque existen tantas como diversidad de relaciones sociales y todas ellas atraviesan de manera simultánea los diversos grupos sociales y conciencias individuales; sus vínculos se entretejen bajo formas sutiles, cotidianas, pero firmemente afianzadas en la urdimbre social, lo cual les da apariencia de "naturales". Este carácter imperceptible favorece también su cohesión.

Son varios los procesos mediante los cuales los mitos encarnan en la vida cotidiana de hombres y mujeres. En primer lugar, puede hablarse de la reiteración del discurso, es decir, hay una sistemática repetición de contenidos y formas a través de las cuales adquieren o desarrollan su eficacia simbólica, que van desde los mensajes familiares inculcados, velada o abiertamente, a niños y niñas sobre la supremacía del sexo masculino, o la asociación de diferencia sexual con inferioridad sexual y social, cuando se hace referencia a lo femenino, hasta otras expresiones del mismo fenómeno de discriminación genérica como son las abiertas prácticas sexistas en los trabajos, salarios, puestos políticos, mensajes publicitarios, etc.

Otro aspecto del proceso socializador sexista es lo que Fernández llama (9) proceso de "invisibilización" en la construcción de hechos sociales discriminatorios, de subordinación y explotación por géneros, que cuenta con regímenes de consenso que sancionan o enjuician las prácticas, creencias, hechos históricos y cotidianos, empíricos y "científicos" al servicio de la hegemonía.

Podría hablarse también de una tercera tendencia mediante la cual mitos y significaciones sociales tendrían eficacia como discurso universal, donde aquéllos se instrumentalizan a través de distintas estrategias, según la clase social de que se trate o el sexo de las personas a que se haga referencia, en el nivel de la vida cotidiana.

Tal es lo que sucede con la salud de las mujeres y el establecimiento del consenso patriarcal, es decir, de valoraciones e interpretaciones que consideran la feminidad *per se* como supeditada a la masculinidad. Un ejemplo de esto en el caso concreto del CCU –aunque en el capítulo 3 se ahondará sobre sus factores de riesgo–, se manifiesta inicialmente en la nominación de la "promiscuidad" sexual como factor de riesgo. El término, por su imprecisión conceptual deja libre curso a la connotación moral que emana de su etimología[1]. Sin embargo, aunque recientemente ha aumentado la evidencia de que el virus del papiloma humano (tipos 16 y 18) está estrechamente relacionado con el desarrollo del cáncer cérvicouterino y que por ser el contacto sexual vía privilegiada de contagio, esto convierte a los compañeros sexuales en un factor de elevado riesgo para que ellas desarrollen la enfermedad (10, 11). Pese a ésto, al encarar el padecimiento no se incluye a los varones en la medida en que se debiera y todo el peso de las acciones recae en las mujeres.

En otro orden de cosas, aun cuando a las mujeres suele atribuírseles la capacidad de organizar la vida privada, ese ejercicio es relativo pues se subsume en el poder patriarcal directo, detentado por los hombres, en tanto de manera simbólica las expresiones masculinas son superiores al poder que la mujer ejerza. El costo de independencia y autonomía es alto para las mujeres, ya que ese poder se aplica también en el control de su sexualidad imponiéndole la monogamia, con la ideología de la castidad y la doble moral (el hombre reafirma su identidad ejerciendo la sexualidad abierta; la mujer: reprimiéndola, pues lo importante es la

[1] Según la Enciclopedia del Idioma, promiscuidad significa mezcla de carnes distintas, ya que se relaciona con la prohibición eclesiástica de comer en Cuaresma dos tipos diferentes de carne en una misma comida.

maternidad. Ahí es donde la mujer se "realiza").

A través de la vida privada y las formas ideológicas particulares que la cultura patriarcal genera, se construyen los ejes más importantes de la subordinación femenina. La sexualidad femenina está supeditada a la masculina, por ejemplo cuando los varones se resisten a utilizar el condón y continúa su tradicional delegación en la mujer de toda responsabilidad sobre las consecuencias de las prácticas sexuales, las mujeres no exigen su uso o no cuentan con la certeza de su derecho a solicitar el preservativo por temor al rechazo, la expresión de dudas sobre la "fidelidad" de ellas mismas, o la simple negativa por que el varón no "disfruta" igual, lo cual lleva a problemas graves de salud entre los cuales el caso del VIH es dramático.

Para numerosos autores, no basta con resaltar las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, es decir, no es suficiente centrarse en las determinaciones por sexo para entender la situación de salud de las mujeres. Por eso la categoría género se hace indispensable para construir la explicación y el cuestionamiento de la realidad actual. Rao (12) opina que así podrían explicarse "los atributos de sexo (que es naturaleza) como constructos tecnológicos, culturales y sociales... socialmente construídos y producto de relaciones sociales".

Los fenómenos que reflejan tanto la salud como la enfermedad femenina van más allá de los criterios médicos, y se relacionan con las condiciones de vida, los estilos particulares de vivir, pensar y actuar de las mujeres, así como su ambiente cultural particular. No se trata de subestimar la influencia biológica, sino de colocarla en el lugar que le corresponde, como bien lo sintetiza Richters (13): "La interacción de lo biológico, del ambiente físico,la cultura y la sociedad dan forma a su identidad de género y a su experiencia de los cambios biológicos en sus cuerpos". Aunque para entender la especificidad de la situación de las mujeres en los distintos grupos que las aglutinan, Rao (14) –que ha dedicado parte importante de su obra a explicar la situación de las campesinas hindúes–, advierte sobre la excesiva generalización de explicaciones que provienen del que ella llama feminismo occidental, ya que pueden velarse la especificidad y veracidad del conocimiento y las acciones para entender y atender las condiciones de vida de las mujeres de los países en desarrollo, cuya naturaleza aún se desconoce, con lo que se corre el riesgo de llegar a falsas conclusiones que prolonguen o profundicen las desigualdades sociales. En el caso del CCU, por ejemplo, esto se detecta en la bibliografía, que comparada con el número de estudios reportados sobre el cáncer mamario, la del CCU es bastante menor, lo cual se entiende por que los países desarrollados al enfatizar las medidas preventivas presentan un panorama epidemiológico distinto al de los países en desarrollo.

Lo que sí se ha convertido en una atribución universal de las mujeres es su desempeño exclusivo de la maternidad, y por tanto, todas las acciones sociales dirigidas a atender la reproducción las toman como depositarias exclusivas, pero tampoco aquí reciben la valoración social ni las condiciones adecuadas para el desempeño de esa labor. Así, en el campo de la salud ocurre que desde la atención maternoin-

fantil hasta la planificación familiar, todas las políticas toman como base de acción a la población femenina, vista como objeto no como sujeto: nunca se le pide opinión. Incluso algunas instituciones internacionales como UNICEF, al proponer estrategias para garantizar la sobrevivencia infantil le asignan a la mujer esa tarea, pero parecen pretender que las condiciones de vida concretas de los distintos grupos de mujeres son homogéneas, al igual que sus aspiraciones de realización social (mujer = MADRE). Por "naturaleza" la mujer antes que nada es madre, pero al desempeñar las mujeres este trabajo, ni se le considera como tal y sí es subvaluado.

Al respecto Richters (15), señala con precisión:

> Hay claras indicaciones de que en el mundo en desarrollo las mujeres tienen la tendencia a gastar cualquier bien que obtengan para la alimentación, educación y cuidado de salud de sus hijos, en tanto los hombres tienden a gastar en cosas como objetos de prestigio, alcohol y relaciones sexuales extramaritales. Al parecer las mujeres son el único apoyo financiero de algo así como la tercera parte de las familias, a nivel mundial... En verdad los cuerpos de estas mujeres, y muchas otras, con frecuencia están realizando tres clases de trabajo: trabajo doméstico, trabajo asalariado y trabajo corporal, el del embarazo y la lactancia.

Con esto quiere señalarse la magnitud social de la desigualdad por sexos, tan arraigada y extendida que se despliega en toda esfera de la vida humana, desde la vida cotidiana hasta la historia: las mujeres viven en el anonimato de la cotidianidad, los hombres hacen la historia.

También desde el punto de vista teórico se construye esta subordinación por género. Es decir, existen ciertas nociones del discurso filosófico, principios dualistas cuyo origen se ubica en el Iluminismo y que dan soporte a valoraciones sociales básicas para el consenso ideológico de las culturas de corte patriarcal, tales como: la escisión mente–cuerpo o razón–emoción, o el carácter de oposición entre lo biológico y lo social, lo público y lo privado, o lo objetivo–subjetivo, especialmente.

Como decíamos anteriormente, en el caso de las diferencias sociales originadas por las diferencias sexuales, la dicotomía espacio público (asociado con lo racional) – espacio privado (asociado con lo afectivo) se convierte en un factor constitutivo del universo de imágenes sociales que instituyen la familia, la vida personal, lo femenino y la subjetividad.

Paradójicamente, ese espacio privado, aparente reducto para la realización de las mujeres, tampoco es un espacio para la mujer en tanto se le atribuye como función social primordial garantizar la existencia de la privacidad (la construcción del "nido") para el sector socialmente productivo, constituído por varones, en su mayoría. La mujer está excluída de lo público y sólo en lo aparente detenta el poder de lo privado: es un sujeto social muy relativo pues nunca va más allá de complementar al varón, Sujeto Social *per se*.

La cultura patriarcal se ancla sobre la base de lo que Amorós (16) llama pacto "inter-

clasista" donde los sujetos públicos –los varones–, con reconocimiento y PODER social, asumen tácitamente entre sí la convicción de poseer superioridad sobre las mujeres que "les" correspondan, y actúan así a nivel individual, por lo menos en "sus" respectivos espacios privados, y en conjunto, organizan la vida social según su óptica. La autora dice:

> Esta digresión sobre el patriarcado como pacto viene para distinguir este espacio de los iguales del espacio de las idénticas. Las mujeres somos ideológicamente el espacio de las idénticas... el espacio de la indiscernibilidad, porque es un espacio en el cual no hay nada sustantivo que repartir en cuanto a poder ni en cuanto a prestigio ni en... reconocimiento, porque son las mujeres las repartidas en este espacio. (17)

Los tratamientos aplicados a las mujeres con CCU, pueden ejemplificar bien esta reducción al anonimato y la indiferenciación. Para el especialista no hay diferencias personales entre pacientes, la atención se centra en la intervención técnica y poco se exploran aspectos clave, como el temor a la muerte o a los tratamientos mismos, en un primer momento. O aquellas inquietudes que surgen cuando la amenaza inmediata a la vida se ha resuelto, pero igualmente importantes para asegurar la calidad de vida (o de sobrevivencia), como en el caso de la sexualidad o la reincorporación a la vida laboral, por ejemplo.

Recientes estudios psicoanalíticos se han propuesto la revisión de conceptos sobre la sexualidad y la identidad femeninas. Fernández (18), destacada representante argentina de esas tendencias, opina que al menos son tres los mitos que sirven de columna vertebral a la condición femenina: a) la mujer es en tanto Madre, b) es eróticamente pasiva, y c) le caracteriza el amor romántico. Premisas que sintetizan lo que se pretende presentar como expresiones naturales de las mujeres, y al tiempo conducen a ciertas conclusiones sobre la "naturaleza de la mujer", que se vuelven parte inherente, "biológica" de la feminidad, mito que las explicaciones de Freud han alimentado, en tanto que establecen a la maternidad como práctica exclusiva de la mujer y proceso esencial tanto para la formación de la feminidad como para el adecuado desarrollo psíquico de las personas.

Pero, sobre este punto sí se requiere precisar que el psicoanálisis se compone de casi un siglo de constantes aportaciones y revisiones críticas a la versión inicial propuesta por Freud, lo cual hace que esta teoría esté lejos de ser un cuerpo homogéneo y monolítico de explicaciones. En una línea similar a la de Fernández o Dío–Bleichmar, Schafer (19) argumenta que al enfatizarel papel de las relaciones de Objeto (personas emocionalmente significativas) o figuras básicas en la constitución de la personalidad y el desarrollo emocional, se va más allá del sexo de las personas, lo cual equivale a decir que quienes satisfagan las necesidades del bebé no tienen por que ser personas de sexo femenino exclusivamente. Por eso para él no hay elementos suficientes para sustentar que la maternidad sólo puede ser ejercida por mujeres y no ser compartida por más personas.

En ese mismo sentido se pronuncia Chodorow, quien dice:

> Parece no haber pruebas de que el ejercicio exclusivo de la maternidad sea mejor para los bebés. No obstante, el que una sola madre ejerza la maternidad es "bueno para la sociedad". El ejercicio exclusivo e intensivo de la maternidad... no parece... haber producido hombres muy bien orientados a la plenitud personal ni gente con tendencias psicológicas monogámicas. [Pero]... Ha facilitado, también, varias otras tendencias en la familia moderna, como el aislamiento y la nuclearización del hogar y la creencia de que la política y la sociedad no tienen ninguna responsabilidad sobre los niños pequeños. (20)

Dentro de estas nuevas tendencias, el concepto género favorece que la teoría psicoanalítica rebase el estancamiento explicativo sobre la sexualidad femenina respecto a, por lo menos, tres aspectos: la focalización en lo anatómico para explicar la diversidad ("envidia" del pene y superación de la misma a través de la maternidad); la elevación de las funciones biológicas reproductivas al rango de esencia ontológica de la mujer, y la ausencia de una comprensión teórico–terapéutica desideologizada de las diferencias entre sexos. Además de ser una línea que puede enriquecer el conocimiento sobre la génesis de la subjetividad. Sobre esto dice Dio–Bleichmar (21): "La importancia de la articulación del género para la teoría de la feminidad consiste en poder situar la feminidad como atributo del Yo, superando el debate sobre la necesariedad del conocimiento... de la vagina como fundamento de la feminidad."

En el cuerpo conceptual freudiano esta idea es con mucho la cristalización de su matiz ideológico en la explicación de la identidad y sexualidad femenina, ya que erige a la vagina como punto lógico de máximo placer sexual femenino por ser el receptáculo natural del pene. Además, la teoría dice que si bien el clítoris anatómicamente es una formación hecha para el placer, es sólo una transición para que el orgasmo "real" se exprese en la vagina. Otro punto interesante es la insistencia de Freud en entender al clítoris como el equivalente femenino –atrofiado, por supuesto–, del pene. Es decir que todo en la mujer es explicable en función del hombre: su anatomía (orgasmo vaginal), su identidad (superar la envidia del pene), su realización personal (en la maternidad). Esto último se relaciona con la idea tan popularizada de que la maternidad es el acto de adquisición de identidad entre las mujeres. Es decir, que el ser mujer está en relación directa con las funciones reproductivas situadas en la vagina–matriz. En ese sentido, las histerectomías –tratamientos comúnmente aplicados a mujeres con CCU–, provocan una sensación de vacío e implican cancelar la vida sexual activa.

Con ésto se está haciendo una clara referencia a que la identidad sexual, feminidad y/o masculinidad, son elementos que estructuran a las personas, independientemente de su sexo. Esto resalta la importancia de que se entiendan como expresiones de la subjetividad históricamente produci-

da, como lo acota Dío–Bleichmar:

> La feminidad/masculinidad no es sólo un rol o una conducta prescrita, sino un principio organizador de la subjetividad entera: Yo, Super Yo y deseo sexual. La fuente del deseo no es un cuerpo anatómico sino un cuerpo construído en el conjunto de discursos y prácticas intersubjetivas" (22)

Lo que los autores mencionados señalan es la necesidad de revisar todos los ámbitos que de alguna manera sustentan y perpetúan, el *status quo* de la desigualdad genérica como paso inicial para reemplazar discursos que más responden a cuestiones ideológicas que a la construcción del conocimiento crítico y transformador.

Los personas actualmente están inmersas en una matriz de distorsiones psicosociales que justifican el rechazo de la feminidad y en consecuencia, favorecen la desigualdad social para las mujeres lo cual ha significado un estancamiento en el cambio de las condiciones de producción y reproducción social, y por supuesto, tampoco eso es benéfico para su salud.

1.2. Normatividad médica y gestión del cuerpo femenino.

La normatividad médica es la potestad con que ha sido investida la medicina clínica por el sistema social dominante y que le autoriza a establecer normas reguladoras de la corporeidad humana.

Indudablemente, la medicina ha ido obteniendo esa cuota de poder a lo largo de la historia anterior al capitalismo, pero sin duda es hasta la consolidación de este sistema económico que se fortalece también como agente de la hegemonía.

El quehacer médico se rige bajo una lógica sociológica que se corresponde, ora con la lógica de la producción o a su servicio, ora siguiendo la de la reproducción social. En el caso de la salud de las mujeres, agentes predominantes de la reproducción, se combina, además, con la cultura patriarcal.

De ahí deriva la necesidad de que la medicina intervenga lo más directamente posible en el control y la regulación de la reproducción biológica y esa tarea la asume la medicina a través de lo que Tubert (24) llama las tecnologías reproductivas.

Por tanto, hay dos momentos de la reproducción social de las fuerzas productivas, donde son mujeres quienes están directamente involucradas. En el caso de la reproducción biológica, las mujeres son los agentes directos, por ser medio y vehículo para la gestación de los individuos (los varones son agentes indirectos, por su participación restringida a la fecundación, biológicamente hablando).

En un segundo momento, más prolongado y extenso, las mujeres organizan el ámbito dómestico donde, precisamente, se repone –y asegura– la capacidad productiva de quienes trabajan en los espacios públicos.

Sin embargo, esta participación en el proceso de la producción de riqueza, al cual le es inherente el trabajo reproductivo, no es ni reconocido ni valorado, es decir, es negado socialmente y atribuído a las mujeres como si por determinación biológica les

correspondiera, ignorando su carácter histórico y su papel estructural para la organización social sexualmente diferenciada.

En efecto, se trata de procesos de trabajo que carecen de inserción directa en el proceso productivo, aunque se desarrollen paralelamente al trabajo asalariado y lo sustenten, razón suficiente para considerarle igualmente valioso.

Esto significa que en la construcción de las explicaciones críticas es preciso efectuar un serio replanteamiento de la categría trabajo como figura básica de la organización social, para incluir la utilización económica del cuerpo femenino y aquellos elementos de comprensión sobre cómo se llevan a cabo tanto el desgaste físico y psíquico de quienes asumen el trabajo de la reproducción biológica y social, como a la forma en que se realiza esa utilización, aspecto estrechamente vinculado con la relación entre la medicina clínica y su función de gestión o administración de los cuerpos, en los distintos momentos del proceso salud enfermedad.

Ya Foucault (23) hablaba de la importancia económica y política que el cuerpo tiene para el sistema productivo. Es decir, el sistema reglamenta los cuerpos –de distintas maneras, según la época–, y las funciones vitales de los ciudadanos, en tanto los considera fuentes de riqueza.

El control de las tendencias sociales reproductivas, en tanto fenómenos demográficos, ha extendido a todo ámbito de la vida social, desde lo macrosocial –control de tasas anuales de nacimiento– hasta lo individual, donde se relaciona directamente con la sexualidad.

En la esfera de las decisiones geopolíticas, por ejemplo, el "control de la natalidad" es el comportamiento meta para los países periféricos, con mayores tasas de nacimientos y desventajas sociales. En contraste, los países centrales están tratando de elevarlas a través de la fertilización artificial y otros estímulos; tienen elevados niveles de vida, capitales y desarrollo tecnológico, pero su población joven ha tendido a la baja en los últimos tiempos.

Hay un segundo componente asociado a que la relación de los grupos de mujeres –como usuarias– con la medicina sea más fre– cuente que la establecida por los hombres. En su calidad de usuarias las mujeres acuden con más asiduidad a solicitar atención médica, sea para sí mismas, sus hijos o sus ancianos. Es decir, son una población en que la medicalización ejerce una acentuada influencia, sobre todo en las de edad reproductiva. Así, se han ido acostumbrando a la interacción unilateral, vertical, característica del gremio médico. A ello hay que agregar la forma en que participa el médico como ejecutor de las normas médicas, pero también agente de la normatividad. Su interacción con el/la paciente se da siempre en términos de una desigualdad basada en las jerarquías, el médico SABE–el paciente NO SABE. De manera tácita establece como norma que nunca sean puestas en duda su legitimidad o su derecho a monopolizar el conocimiento y, sobre todo, a omitir la experiencia que de la enfermedad tiene cada persona, en tanto sujeto.

En cierto modo al quehacer médico puede considerársele un doble agente, pues además de establecer aquellas reglas que delimitan el comportamiento de los "cuerpos", también sienta las bases para su

administración.

No es casual que el discurso médico se haya empapado de términos y valoraciones economicistas –por ejemplo, se habla de "costo–beneficio"–, erigiéndolos en criterios fundamentales para el diseño y la toma de decisiones sobre políticas sanitarias, programas y hasta acciones elementales de atención a la salud colectiva.

Foucault (25), ya se había referido a ésto cuando mencionó que desde la definición de la disciplina (medicina es el estudio de la enfermedad), se estructuraron las intervenciones en base a la observación, partiendo de "ver" y "reconocer" signos, síntomas, etc., ya que esa práctica es el eje de la profesión; igualmente importante es la exclusión permanente del sujeto a quien el cuerpo observado pertenece. Pero al hablar de la salud de las mujeres habría que agregarle la exclusión milenaria que han vivido como sujetos sociales. Escamoteo social, escamoteo corporal.

El caso del cuerpo femenino y las tecnologías reproductivas acentúa esa abstracción de la experiencia subjetiva. Las mujeres son el vehículo, el medio y los contenidos de los actos "perceptuales" del clínico, pues la normatividad médica las ha convertido en un evento de y para médicos, los especialistas.

Por otro lado, en el caso del proceso salud–enfermedad de los grupos de mujeres, en primer lugar destaca la asimetría del encuentro en la relación médico–mujer. El médico establece un contacto instrumental con ese cuerpo, la mujer es el objeto de esa auscultación. El quehacer médico es el sujeto que hace de la mujer su objeto. El médico "domina" porque "sabe" (es racional), la paciente acata o se somete (relación vertical), ella no "sabe" (es intuitiva).

En este sentido es útil el análisis de Hekman (26) acerca de las categorías filosóficas que tienden a escindir los eventos; aclara en parte el panorama. Como se dijo en el punto anterior, se trata de premisas heredadas por el positivismo, de las que existe un hondo arraigo en la organización social vigente y que vertebran todos los discursos (como mente–cuerpo, sujeto–objeto, social–natural).

Plasmadas en relaciones sociales imbuídas de cultura patriarcal organizan a las personas así:

Masculino–Hombre–Racional–Sujeto–Historia–Público–Ciencia–Privilegios–Dominio–Actividad/ versus

Femenino–Mujer–Irracional–Objeto–Cotidianidad–Privado–Intuición–Discriminación–Sumisión–Pasividad.

Dicho de otra manera, en el patriarcado la mujer no está en unasituación simétrica con respecto al hombre, a diferencia de éste, quien es el parámetro de lo que se define, a la mujer se le define por lo que el hombre NO es. Incluso hay quienes proponen que la identidad masculina se construye a través de la lucha permanente por negar toda expresión de "feminidad"[2].

El psicoanálisis de Freud, principalmente, describe la organización de la sexualidad

[1] Un buen ejemplo de éste "drama" social es planteado por Parsons en su descripción del desarrollo psicosocial de los adolescentes varones en la sociedad norteamericana actual, que ha influido a diversos psicólogos norteamericanos. Ver: **Adolescencia** de GRINDER ROBERT E. (1986). Edit.Limusa, México. 5ª reimpresión. pp. 351–438

femenina en la niña, como una problemática que gira alrededor de lo que le "falta" con respecto al niño. Y de ahí en adelante la mujer será siempre una especie de "subhombre" para él, pues no pudo rebasar esa noción biologista, "natural" (mente) ideologizada de la inferioridad de la mujer respecto al hombre, por la carencia penial. No vislumbró la diferencia entre sexo y género.

En efecto las diferencias sexuales tienen un origen biológico (cromosómico, gonadal, hormonal, anatómico), pero la diversidad genérica se produce a lo largo de la historia y según la organización de sociedades y culturas. Sobre este punto opina Flax :

> Las relaciones de género son divisiones asimétricas y atribuciones sobre las tendencias y las capacidades humanas... A través suyo son creados dos tipos de personas: hombre y mujer... Aunque el significado de ser hombre o mujer ha cambiado y sigue haciéndolo a través de culturas y tiempo, implican de manera muy marcada las relaciones de dominación. (27)

Visto el problema de la salud de las mujeres dentro de un contexto donde se ejercen similares formas del poder surge también aquí la necesidad de desenmascararlas y explicarlas. En el caso del cáncer cérvicouterino por lo menos habría que resaltar dos puntos que también para Foucault eran de vital importancia: la sexualidad y el autocuidado.

Por un lado tenemos una sexualidad femenina rodeada de censura, gracias al impacto de la religión católica que sólo la justifica en aras de la reproducción y condena toda gratificación. Por el otro, hay mitos culturales que califican la enfermedad como castigo por los "pecados" cometidos. ¿Cuál es el componente psicológico esperable en las mujeres que enferman de CCU? La culpa.

En *La Inquietud de Sí*, Foucault plantea que tanto la regulación de la sexualidad como el origen de la medicina moderna, desde la cultura griega, tienen un punto común: la percepción del "uno mismo" consigo mismo y la del "uno mismo con los demás", la certeza de los lazos de dependencia–independencia, de control y soberanía personal, así como la necesidad de pensar acerca de esos lazos (28).

Desde esta perspectiva, las mujeres con cáncer cérvicouterino enfrentarían las siguientes experiencias, ante el simple hecho del diagnóstico incluso en los estadios iniciales, cuando las probabilidades de curación son mayores:

a) un extrañamiento –perceptual– frente al propio cuerpo, afectado, y la sensación de no haberse cuidado;

b) una preocupación importante sobre la percepción que los demás tendrían del sí mismo de ellas –con el "sexo" enfermo– y la vivencia de "culpa" por irresponsabilidad personal;

c) la ambivalencia emocional por depender de la intervención médica para sanar, vivir y preservar a nivel subjetivo una experiencia mínima de autosuficiencia corporal (por ejemplo, ante los tratamientos, el pronóstico y el seguimiento);

d) el replanteamiento del cuidado de sí misma, puesto en duda por la presencia de

la enfermedad, y la paralela irrupción de la ambivalencia emocional frente a la pareja sexual por no participar en el cuidado ni de sí mismo ni de ella.

Esto último, a nivel psicológico, es muy importante pues las mujeres pueden pensar también que han compartido su sexualidad sin reciprocidad de sus parejas en el cuidado de los cuerpos –recordar el caso de la infección por papilomavirus, considerada enfermedad de transmisión sexual– y al mismo tiempo descubrir que las funciones de "cuidado" son para los otros y no para ellas, lo cual genera frustración, por lo menos.

Puede entenderse entonces que la posibilidad de su muerte, evocada por el cáncer –aun cuando no hubiera un diagnóstico tan amenazante, como podrá verse más adelante–, tiene serias repercusiones para su salud psicosocial y la de su círculo familiar. Es lógico pensar que suceda así, ya que en los grupos etáreos de mujeres con cáncer cérvicouterino (alrededor de los 30 años en adelante), ellas se encuentran en la madurez de sus experiencias vitales, sean personales, laborales y/o profesionales, al tratarse de etapas de la vida de la mujer en que el matrimonio o la pareja y la maternidad se convierten en tareas o proyectos importantes como expresión de realización personal (o al menos como parte sustantiva de ella), de adquisición de estatus (para muchas mujeres casarse es el único destino que se los dará), o complemento de otras actividades. Además, como dijo Richters antes, a nivel mundial ellas son casi siempre las únicas responsables de la sobrevivencia de sus hijos.

Esto resalta la importancia en el caso de la atención al CCU, insistimos, de incluir explicaciones que partan de un concepto integral de la mujer, donde se tome en cuenta por igual tanto su experiencia –expresión psicosocial– como la opinión que el médico da de esa corporeidad, de ésta manera las estrategias diseñadas o las que se diseñen tendrán por base un conocimiento real de las mujeres, no la unilateralidad que hasta ahora les caracteriza.

Es posible comprender mejor esa relación asimétrica entre el médico (casi siempre hombre) con la paciente (siempre mujer en el caso del CCU), a partir de la observación de las reglas que rigen los diversos tipos de interacción social, que sistemática y permanentemente están interviniendo en cualquier encuentro entre dos o más personas. Precisamente es Goffman (29), quien con acierto lo define:

> Toda persona vive en un mundo de encuentros sociales...En cada uno de esos contactos tiende a representar lo que a veces se denomina una línea, es decir, un esquema de actos verbales y no verbales por medio de los cuales expresa su visión de la situación y por medio de ella su evaluación de los participantes, en especial de sí mismo. No importa que la persona tenga o no la intención de seguir una línea; descubrirá que en la práctica así lo ha hecho.

De esta manera puede verse que el lenguaje en sí, en sentido amplio, o como discurso contribuye a construir lo social, a manera de instrumento clave para gestar el

poder patriarcal. Y este poder va más allá del mero control de lo que se dice o de lo que no se dice, está dentro del tejido mismo de todas las relaciones sociales, pero se fortalece al reglamentar qué puede ser dicho y qué está prohibido decir. De ahí la necesidad de que un proyecto de igualdad social para las mujeres sea crítico y construya su propio discurso como un arma más para desmantelar el *status quo*.

Al respecto, la idea de Goffman es que las personas asumen tácitamente que hay distancias sociales entre sí, y el contexto de la situación específica del encuentro les marca por ejemplo las expectativas mutuas, el tipo de saludo que deben intercambiar, hasta dónde pueden indagar de sus vidas personales, el lenguaje a utilizar, de qué se puede hablar, etc. Por ello entre personas que por su posición social son diferentes, como entre superior y subordinado –relación médico–paciente femenino–, se puede esperar como lógica una relación desigual en la que el primero se otorga derechos y familiaridades que el otro difícilmente repetiría.

Otro aspecto clave para la interacción social es la delicada reglamentación tácita que rige los límites entre lo apropiado y lo que puede resultar ofensivo y hasta violento para la intimidad de las personas. Pero en el caso de las pacientes ginecológicas todas estas sutilezas de intercambio social suelen pasarse por alto por el personal médico, en una clara demostración de dominio de la mujer–objeto por el médico–sujeto (al respecto ver el capítulo 5).

Cabría preguntarse si la incomodidad que gran número de mujeres experimenta en las visitas ginecológicas, por ejemplo en la situación del examen Papanicolaou, no tendrá que ver con que esta asimetría social presente en la relación médico–paciente se ve reforzada por la obligatoriedad de exhibir los genitales a un extraño, bajo la paradójica consigna de que las mujeres deben considerarlo "natural".

Es incluso probable que la actitud poco propicia a la detección oportuna del cáncer cérvicouterino esté relacionada con una intensa ambivalencia cognitiva y emocional ante la necesidad de cuidar del propio cuerpo, por un lado, y el hecho de verlo en cierta forma "vejado" por la mirada de un intruso –se atenúa un poco cuando lo practica una mujer–, independientemente de toda argumentación racional o intelectual de que se acompañe la situación.

Para comprender las actitudes de las mujeres también habría que entender que hay un peso educativo fuertemente arraigado, alrededor del "pudor" femenino y el ocultamiento del cuerpo. Desde niña se le dice cómo sentarse para no "enseñar" nada (prohibido exhibir); su vestimenta debe cubrir más que mostrar, so pena de ser juzgada peyorativamente; peor aún le va si es víctima de algún delito sexual, ya que las leyes mismas buscan su culpabilidad, *a priori*, por su comportamiento o vestimenta "provocativa"; no se diga en los países musulmanes que hasta prohiben mostrar el rostro, por calificarlo de desencadenante del deseo masculino. ¿Cómo se espera que las mujeres muestren sus genitales con naturalidad, cuando se les pide hacer exactamente lo contrario a lo aprendido con tanta insistencia?

En la problemática de salud de las mujeres, respecto al cáncer cérvicouterino,

están por construirse encuadres teórico–prácticos que cuestionen el trasfondo conceptual discriminatorio del que la medicina clínica parte para organizar las políticas y programas de atención a dicho padecimiento y que realmente conduzcan a disminuir tanto su prevalencia como su incidencia.

Por tanto es imprescindible aceptar que la alta morbimortalidad actual del cáncer femenino (CCU), sólo podrá ser abatida si se acepta su complejidad como problemática epidemiológica comprensible a través de conceptos como género, identidad psicosexual y significación social tanto de la sexualidad como de la enfermedad.

REFERENCIAS

1) LAMAS MARTA (1994). Prólogo. De: AMOROS CELIA. Feminismo. Igualdad y Diferencia. Colec. Libros del PUEG, Coord. de Humanidades–UNAM, p.14

2) BODENHEIMER THOMAS S. (1992). Los Frutos de la Descomposición del Imperio: La Política de Salud Estadunidense en la Era de la Austeridad. En: Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Edit.Fundación Friedrich Ebert. México, pp. 185–206

3) LAURELL CRISTINA, ORTEGA MA.ELENA. (1991). El Impacto del TLC en el Sector Salud. Edit. Fundación Friedrich Ebert. México, pp.6–15

4) LAMAS MARTA. (1994). El Problema de la Igualdad entre los Sexos. En: Antología de la Sexualidad Humana. Grupo Editorial Porrúa–CONAPO, México. Vol.3, p.185

5) WEEKS JEFFREY. (1994). La Sexualidad e Historia: Reconsideración. En: Antología de la Sexualidad Humana. Grupo Editorial Porrúa–CONAPO, México. Vol.1, pp.179–201

6) MONEY J, ERHARDT A. (1992) Desarrollo de la Sexualidad Humana. Citado por DIO–BLEICHMAR E. En: Del Sexo al Género. Revista Psiquiatría Pública. España. Vol.4 (1) Enero–Marzo, pp. 29–47

7) GRAMSCI ANTONIO. (1981). La Alternativa Pedagógica. Editorial Fontamara, Colec. Ensayo Contemporáneo, España. pp.5–251

8) Véase HEKMAN S. (1990). Gender and Knowledge. Elements of a Postmodernist Feminism. Northeastern Univ.Press, Boston.

9) FERNANDEZ ANA M. (1992). Introducción. De: Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias. Edit. Paidós, Buenos Aires. pp.11–23

10) Cfr. en MEDICAL MAG. (1991). Papilomavirus Humano. Tomado del American Journal of Clinical Pathology en Oncología No.1 (Nota No.1602), México. pp.50–51. También ver en Excélsior (2/04/1995), declaraciones del Dr.Gaspar Drusso Vera, del Servicio de Ginecobstetricia del ISSSTE, quien reporta cinco millones de mujeres mexicanas infectadas por el IVPH.

11) RAO BRINDA.(1991). Dominant Constructions of Women and Nature in Social Science Literature. Guilford Publications and Divisions, Univ. of California. Santa Cruz, California. pp.1–27

12) RAO B., op.cit., p.2

13) RICHTERS ANNEMIEK.(1992). Introduction. Social Science and Medicine,Vol.35 (6), Pergamon Press. Gran Bretaña, pp.747–751 14) RAO B., op.cit., p.10

15) RICHTERS A., op.cit., p.747

16) AMOROS CELIA.(1994). Feminismo. Igualdad y Diferencia. Colec. Libros del PUEG-COORD.de Humanidades-UNAM, México. p.27

17) ibíd

18) FERNANDEZ A.M., op.cit., p.19

19) SCHAEFFER H.R., citado por CHODOROW NANCY (1984) en: El Ejercicio de la Maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y la Paternidad en la Crianza de los Hijos. Edit. Gedisa, España. p.116. Véase también MARTINEZ ESTER. (1992). Hacia una Crítica de la Maternidad como Eje de Construcción de la Subjetividad Femenina en Psicoanálisis. En: Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias. Edit. Paidós, Argentina. pp.191-205

20) CHODOROW NANCY. El Ejercicio de la Maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y la Paternidad en la Crianza de los Hijos. Edit.Gedisa, España. pp.319

21) DIO-BLEICHMAR EMILCE. (1992). Del Sexo al Género. Revista Psiquiatría Pública. España. Vol.4 (1), Enero-Marzo, p.42

22) ibíd

23) FOUCAULT MICHEL.(1978). Vigilar y Castigar. Siglo XXI Editores, México. pp.314

24) TUBERT SILVIA.(1991). Mujeres sin Sombra. Maternidad y Tecnología. Siglo XXI Editores, España. pp.10-27

25) FOUCAULT MICHEL.(1977). El Nacimiento de la Clínica. Siglo XXI Editores, México. 3ªEdición, pp.293

26) HEKMAN SUSAN.(1990). Gender and Knowledge. Elements of a Postmodernist Feminism. Northeastern Univ.Press, Boston. pp.31 y 32

27) FLAX JANE. (1989). Postmodernism and Gender Relations in Feminist Theory. En: Feminist Theory in Practice and Process. The University Chicago Press, Chicago. pp.51-73

28) FOUCAULT MICHEL.(1992). La Inquietud de Sí. Historia de la Sexualidad 3. Siglo XXI Editores, México. 5ªEdición, pp.232.

29) GOFFMAN ERVING.(1967). Ritual de la Interacción. Edit. Tiempo Contemporáneo, Argentina. pp.62 y 63

30) ibíd, p.63

CAPITULO 2

LA SIGNIFICACION SOCIAL DEL CANCER

"El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos". M.FOUCAULT

Vigilar y Castigar.

2.1.Sociedad y Enfermedad.

El origen del concepto de enfermedad está estrechamente relacionado con la práctica clínica de la medicina, basada inicialmente en labores empíricas como la observación detallada de signos y síntomas agrupados en síndromes, y centrada en el individuo como ente aislado. Pero, según Almeida Filho (1), dicha práctica desarrollada a lo largo de la historia parece sintetizarse en tres concepciones de enfermedad: la ontológica, la dinámica y la sociológica.

La primera sugiere la existencia de un ente ajeno al organismo sano, al cual invade, provocándole daños que incluso pueden atentar contra su sobrevivencia. Ejemplos de esta concepción pueden verse en las creencias ancestrales, pero también en las prácticas médicas medievales y en las explicaciones de la medicina microbiana del siglo pasado.

Desde esta lógica, para la medicina lo importante es erradicar el órgano infectado, como demonio exorcisado. El cuerpo es visto como un depositario del "mal" (por ejemplo, se habla de tumores malignos todavía).

En efecto, la enfermedad es un mal en tanto actúa en contra del cuerpo, pero hay que recordar que en el discurso están presentes varios componentes que hacen del lenguaje una fuerza social. Así, se juega con la polisemia de los términos y, en este caso, al uso de la palabra mal le subyacen diversas connotaciones, entre ellas principalmente la valoración moral.

Tenemos entonces que bajo el influjo de la valoración moral se atribuye cierta "culpa" de la dolencia al portador (el/a enfermo/a) de la misma, por ello el dolor que le inflingen los tratamientos se vive como una especie de "expiación" de la culpa.

La Antropología ha encontrado interpretaciones de este tipo en diversas culturas antiguas, pues como señala al respecto Berlinguer (2):

> La idea de que la enfermedad es culpa está presente en casi todas las culturas primitivas de la Polinesia, Alaska y Asia. Según esa idea, la enfermedad deriva de la violación de un tabú o de un encantamiento mágico,

que obliga a la expiación... Pero la idea de culpa persiste porque el enfermo es incómodo, embarazoso, a veces odioso, incluso repugnante. Nada mejor, por tanto, que acusarlo de su mal. Eso ocurre en todas las religiones, aun en la religión católica...

En la segunda concepción, llamada por Almeida, dinámica, se parte de la existencia de un supuesto estado de equilibrio entre organismo y ambiente que, al romperse por alguna razón, provoca alteraciones en los procesos fisiológicos, volviéndolos patológicos o disfuncionales. Ejemplo de ello serían las propuestas de Hipócrates y Galeno, la medicina árabe y las prácticas de la medicina tradicional.

Finalmente, en la tercera variante conceptual –sociológica o del rol del enfermo– se considera que la experiencia de la enfermedad se produce por la interacción social. Según esta visión, el enfermo cumple con un papel social pues forma parte de un contexto en el que participan además el equipo médico, la familia y la cultura particular, además de que todos estos elementos configuran los aspectos relacionados con la objetividad y la subjetividad de cada enfermedad y también de la muerte.

Bajo esta forma de entender la enfermedad –de la cual Parsons(3) es el autor más representativo–, se pretende que ninguno de los acontecimientos de la vida humana está excluído del análisis sociológico.

Hay coincidencias entre esta forma de entender la enfermedad y el enfoque sociológico de teorías críticas recientes, algunas inspiradas en el materialismo histórico y otras estructuradas en torno al cuestionamiento de verdades sociales aparentes. En este sentido, está presente en ambas el énfasis sobre la imposibilidad de construir explicaciones satisfactorias de los fenómenos micro–sociales y de la subjetividad, si se dejan de lado su determinación social e historicidad.

En efecto, lo que llamamos vida social no se restringe a las alteraciones de la fisiología orgánica, ni a las amenazas biólogicas que enfrenta el cuerpo, ya que la enfermedad altera también el cómo, el por qué y el para qué se vive. Es decir, que la dimensión psicosocial de –quien debe ser conceptualizado y tratado como– cada sujeto enfermo involucra necesariamente a quienes le rodean y en quienes esa persona también influye. Tal es el caso de las enfermedades crónico–degenerativas, como el cáncer, cuyos afectados requieren ser sometidos a tratamientos de tecnologías costosas e intervenciones médicas altamente especializadas y cuyo estado emocional es importante para su mejoría.

Si bien no todas las enfermedades tienen las mismas implicaciones para el cauce de la vida cotidiana personal, sí es cierto que en mayor o menor medida plantean una serie de modificaciones en la vida social de quien o quienes las padecen. Por tal razón no puede hablarse de las enfermedades separadas de las personas que las presentan, pues las características del enfermo marcan la dimensión de los cambios en la vida social.

Los individuos, según su clase social y el trabajo que desempeñan en la organización social, tienen incluso una valoración subjetiva diferente de sus signos fisiológicos. Así,

un obrero puede no considerar motivo suficiente las primeras manifestaciones de un padecimiento para solicitar atención médica si no le impiden laborar; mientras, puede estarse desarrollando un proceso de morbilidad amenazante.

La explicación de las enfermedades en base a la determinación –no por unicausalidad o multicausalidad–, es imposible sin rebasar los encuadres del biologicismo que omite el contexto de los acontecimientos sociales, dentro del cual la biología humana es transformada (4, 5, 6).

Es indudable, por otra parte, que tanto los acontecimientos de la salud, como los de la enfermedad tienen un referente biológico que es el CUERPO. Como estructura biológica el cuerpo efectivamente vive un desgaste contínuo de sus funciones y componentes. Ese deterioro biológico se inicia desde el nacimiento, pero se ve determinado por las condiciones de vida, inicialmente, y el trabajo concreto que los individuos llevan a cabo después.

La participación en la producción determina también la condición de clase y las prerrogativas a que tienen acceso sus miembros por esa ubicación social, ya que de ella dependerán toda clase de disfrutes y posesión de bienes económicos, sociales, educativos y culturales, e incluso las expresiones particulares de la morbilidad.

Aunado a esto, se necesita entender que también las explicaciones de la medicina han variado e influído de manera diferencial en esa percepción que los grupos de población tienen tanto de su salud como de las enfermedades que padecen. Por ejemplo, en la sociedad griega del tiempo de Plutarco, según Foucault (7), la medicina más que entenderse como método de intervención para atender la enfermedad, contemplaba en su quehacer la definición de

> una manera de vivir, un modo de relación meditada con uno mismo, con el propio cuerpo, con los alimentos...con las demás actividades y con el medio ambiente. La medicina debía proponer... una estructura voluntaria y racional de conducta.

Actualmente la medicina ha abandonado prácticamente esa labor propositiva y más cercana a lineamientos que enfatizan la prevención para centrarse en el aspecto curativo, es decir, en la atención a los procesos de la enfermedad, no a los de la salud. Y sin particularizar esas acciones según los tipos de población a que se dirigen, sus motivos, prácticas culturales e ideaciones acerca de las distintas enfermedades. Hasta qué punto puede el quehacer médico responder: ¿Qué espera el paciente del médico? ¿la curación? ¿debe ser ésta inmediata o mediata, qué tanto está dispuesto a esperar? ¿ acaso, que haga desaparecer el dolor nada más? Como se decía en el capítulo anterior respecto al CCU, aplicable a otras enfermedades, los usuarios responden de distinta manera y esa respuesta puede depender del sexo –por ejemplo, las mujeres asisten más que los hombres, por necesidades de los hijos–, la ocupación, el estado civil, la clase social, etc.; están por conocerse los componentes epidemiológicos del comportamiento.

2.2. Medicina y Hegemonía.

Foucault (8), Berlinguer (9), Chauvenette (10), Donnangelo (11), Damaso (12) y Rosen (13) entre otros autores, han señalado que la medicina es y ha sido una práctica política. En esto coinciden con los planteamientos originales que dieron nacimiento a la Medicina Social (término propuesto por Guérin en 1838), según los cuales la política era la medicina de la sociedad (14), y la práctica médica coadyuvaba al mantenimiento político del poder.

Si se revisa la base epistemológica de la medicina puede detectarse un origen centrado en las evidencias empíricas directas, como se dijo antes. Es así que desde la definición de su objeto de estudio, la enfermedad, se parte de un concepto poco claro, definido tautológicamente: enfermedad es la cualidad que caracteriza al enfermo. Foucault (15): "La clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada".

Esta forma de conocer está destinada exclusivamente al que sabe ver, o sea al especialista, quien a su vez hace partícipes a los médicos en formación de su objeto de observación, y con ello legitima los fenómenos como objetos científicos, gracias al reconocimiento otorgado y retroalimentado por consenso.

La medicina clínica observa y nombra (es nomológica). Es decir, que a una actividad empírica le sigue una denominación y lo denominado se convierte automáticamente, por disposición médica, en trabajo científico: el discurso consensual define lo que es real. Se trata de una disciplina cuyo objeto se define por su presencia o ausencia en la corporeidad o biología del enfermo. A partir de ahí, la relación con el enfermo se reduce al tratamiento de la enfermedad, omitiendo dos elementos: el proceso de salud en relación con la enfermedad, que es más amplio, y la experiencia del enfermo , en tanto sujeto.

Esto explica por qué el ejercicio de la medicina clínica –especialmente–, excluye un concepto de salud y aún más de salud integral, centrándose únicamente en un extremo del proceso, el mórbido o enfermedad.

En consecuencia: 1) resulta inevitable omitir la comprensión de la enfermedad como parte de la realidad social, con lo cual se le entiende como ente separado y autónomo; 2) la medicina erigió a la terapéutica (o curación) en su razón (casi) exclusiva de ser; 3) éste énfasis en la curación ha conducido a la especialización y a su ejercicio exclusivo en instituciones hospitalarias; 4) especialistas y hospitales han convertido a la enfermedad en eje de su quehacer, con lo cual la salud –como meta epistemológicamente deseable–, queda relegada en tanto aspiración teórica y práctica; 5) se soslayan encuadres teóricos y prácticos con mayores perspectivas de acierto, como el de la epidemiología que busca explicar el proceso salud enfermedad por grupos de población, lo cual permitiría incluir sus condiciones particulares de vida, como determinaciones de la morbimortalidad, pero sobre todo para incidir en la preservación de la salud.

Entonces, es explicable que exista un

enfoque limitado en la organización social de la atención a la salud, pues las acciones que se toman en este sentido quedan veladas ante la infraestructura con que se aborda la atención a la enfermedad. En estos términos es comprensible que pierdan interés las medidas tanto de detección temprana como de prevención de las enfermedades y las de educación para la salud. Rubros que, en efecto, han sido desplazados de las prioridades en casi todo tipo de políticas y programas para enfrentar la morbimortalidad.

Sin embargo, este resultado no es producto de situaciones gratuitas o azarosas, le subyacen razones históricas que han sido reforzadas por la participación de la medicina en el desarrollo y mercantilización de la ciencia y la tecnología.

O sea que la medicina ha adquirido estatus como ciencia por diversas razones, algunas de carácter económico social y otras por la historia del desarrollo de algunas disciplinas científicas.

Sobre esto, Donnangelo (16) señala que al tratarse de una práctica antigua, la medicina ha generado la apariencia de neutralidad con respecto a las relaciones sociales determinadas por el modo de producción. Apariencia eficaz que oculta sus vínculos con la industria farmacéutica o su compromiso con el contratante en los ambientes laborales, la defensa de sus intereses gremiales en momentos coyunturales (17) o su medicalización de la salud colectiva (18), por ejemplo, pues desde la teoría hasta la práctica deja de lado las determinaciones sociales para enfatizar la causalidad biológica.

Ahora bien, en lo referente al significado de la relación entre la medicina y el sujeto de la enfermedad, la situación predominante es la descalificación. El juicio del enfermo sobre la realidad, expresión y desarrollo de su propio padecimiento carece de validez para el quehacer médico. Se desdeña la experiencia que el enfermo tiene de su dolencia a través de la infantilización, su palabra no es una referencia segura, carece de relevancia y por eso solo tangencialmente se toma en cuenta: es la palabra del que sabe (médico) contra la del que no sabe (enfermo), reducido a ser "sede" de la enfermedad. Chauvenette dice (19):

> El carácter específico de la medicina como ciencia se debe, a nuestro parecer, al hecho de que ella tiene por objeto reprimir y negar la función del sujeto en su cuerpo, a fin de hacer reinar un cierto orden... sobre el cuerpo y los sujetos.

El desarrollo de la tecnología y de la biología son factores que han contribuído al fortalecimiento de la medicina alópata el cual, a su vez, es el modelo predominante de la práctica curativa y parámetro para calificar o descalificar otras aproximaciones explicativas del proceso salud enfermedad. Pero, ¿qué es curar para los médicos? Al respecto dice Canguilhem:

> Curar significa en principio volver a llevar a la norma una función o un organismo que se han apartado de ella. Habitualmente el médico toma prestada la norma: a) a su conocimiento de la fisiología –llamada 'ciencia del hombre

> mental –, [illegible] a su experiencia vivida de las funciones orgánicas, o a la representación común de la norma en un medio ambiente [illegible] determinado. [20]

Dichos argumentos muestran las secuelas del conocimiento [illegible] plasmadas en aseveraciones epistemológicamente [illegible]. De nuevo se recurre a la vieja combinación de explicaciones biológicas aplicadas a fenómenos sociales, reminiscencia del positivismo social que ha sido [illegible] determinado [illegible] y que ahora, en el caso del [illegible], [illegible] para fortalecer una concepción [illegible] médica hegemónica.

Así, parece estar la tendencia [illegible] entre dicho modelo médico hegemónico y el énfasis en la curación, y [illegible] en la [illegible] que tiene como objeto al cuerpo humano para intervenir en [illegible] sobre el [illegible] para retornar a la normalidad individual [illegible] socialmente. [illegible] de [illegible] y de sus consecuencias patológicas o [illegible] que actúan con cierta frecuencia [illegible] son [illegible] de [illegible].

Como se vio anteriormente, el concepto de enfermedad se ha [illegible] de múltiples y diversas concepciones: desde la [illegible] y el peligro, hasta el carácter de diferenciación [illegible].

Los dos primeros aspectos, muy vinculados [illegible], [illegible] creencias mágicas, religiosas y [illegible]. [illegible] la definición de la enfermedad como [illegible]

cuatro dimensiones que componen la [illegible] enfermo–enfermedad: es [illegible] estar enfermo, sentirse enfermo, identificar la enfermedad y [illegible].

Así como existe la desigualdad en la organización social y económica, también la hay en la distribución [illegible] de las enfermedades. Para las clases subalternas hay mayor [illegible] y [illegible] para que los individuos [illegible] [illegible] y [illegible]; [illegible] sobrevivencia exige el máximo de sus [illegible]. Por ello los grupos [illegible] con frecuencia hacen uso de los [illegible] cuando las enfermedades están avanzadas, cuando [illegible] sus signos son evidentes y el cuerpo ya no "[illegible]" más. [illegible] que las "enfermedades mentales", se [illegible] para las clases medias y altas, que cuentan con recursos para pagar al profesional [illegible] y [illegible] para las clases populares, quienes no [illegible] más que la [illegible], cuando se [illegible] los [illegible] de [illegible].

Además, el [illegible] de [illegible] a [illegible] mentales se diferencia una vez más, según el género. La [illegible] de [illegible] sociales que rigen el cumplimiento de [illegible], la desvalorización social de las mujeres, su [illegible] en el ámbito doméstico y el frecuente aislamiento social que [illegible] a [illegible] perjudiciales al equilibrio psicológico [illegible]. [illegible] las desventajas que viven las mujeres las hacen más [illegible] de cuadros depresivos [illegible] de [illegible]

victoriana (notable por la represión sexual), la histeria era el padecimiento "femenino" por excelencia, en la actualidad lo es la depresión[1].

Por otro lado, también la falta de conocimientos sobre la salud, o cultura sanitaria, se convierte en agravante para la salud de los distintos grupos de población, sobre todo para los más vulnerables por su desprotección social. Como señala Bourdieu (22), los desposeídos del capital económico también ven inhibido su acceso a los bienes del capital cultural –o expresiones del saber humano acumulado–, lo cual a su vez se vuelve en contra suya. Si bien la formación escolarizada transmite conocimientos y permite la adquisición de saberes, no es suficiente como contexto de apropiación de formas, estilos y contenidos que constituyen el amplio acervo de la cultura actual. Si a ello se agrega que dichos sectores de población son quienes presentan un elevado índice de deserción escolar, puede verse cómo se irán agudizando las desigualdades y la consecuente vulnerabilidad del estado de salud de los grupos mayoritarios de población.

En la acepción de la enfermedad como peligro, ésta funcionaría como indicador para el Estado de la necesidad de atender a la salud colectiva, y el caso de las epidemias lo ejemplifica bien. Aunque para algunos autores, como Bodenheimer (23) y Fleury (24), esto se debe a que el Estado ha asumido la tarea de preservar la suficiente –en cantidad y capacidad–, fuerza de trabajo para mantener en marcha el proceso productivo.

Como expresión de diversidad, la enfermedad se ubicaría en el proceso salud enfermedad de los sectores socialmente privilegiados, y es el caso de la epilepsia y la hemofilia, padecimientos asociados a la aristocracia durante mucho tiempo. Otras enfermedades, como la tuberculosis, estuvieron rodeadas de un halo de bohemia, ya que varios artistas sucumbieron ante ella.

Resulta significativo que si bien estas enfermedades han afectado a grupos enteros de la población, curiosamente la manera con que la medicina las ha abordado deja de lado los enfoques de la salud colectiva o epidemiológicos.

Finalmente, en lo que corresponde a la noción de la enfermedad como un estímulo, esto se relaciona con el impulso que las enfermedades han dado al trabajo de investigación y de búsqueda de soluciones prácticas a través de soluciones tecnológicas, con todo y que exista un trasfondo de fuertes intereses comerciales.

[1] En ISIS INTERNACIONAL(1990), hay dos puntos cuya inclusión ayuda a entender esta diferencia por desempeño de roles y su reproducción en la cotidianidad, a saber:
–"La división estereotipada y estereotipante entre mundo privado/mundo público, así como todos los valores puestos en juego durante el proceso de crianza, las figuras de identificación, los mandatos y expectativas acerca del desempeño de los roles sexuales, hacen que varones y mujeres se desarrollen "mutiladamente" en muchas de sus capacidades, deseos, posibilidades. Los estereotipos "clásicos" definen a las mujeres como sostenedoras de lo emocional, lo afectivo, lo doméstico, lo "irracional", como dependientes y "pasivas". Los varones, en cambio. como los sostenedores económicos de la familia, los racionales, los poseedores de la iniciativa sexual, los capacitados para tomar las "grandes" decisiones, los "exitosos", los dominantes."
– "La vida cotidiana es un escenario perfecto donde se despliegan los estereotipos y el sistema reproductor de los mismos. De ahí la importancia que tiene para los/las terapeutas una escucha muy atenta de situaciones aparentemente "rutinarias" o "sin importancia" de la vida cotidiana...". **El Malestar Silenciado.** La Otra Salud Mental. Ediciones de las Mujeres No.14, Chile, p 8

2.3. El Papel de la Medicina en el ejercicio de la normatividad social.

Las formas en que se desarrolla actualmente el control de los cuerpos cae dentro de lo que hace un tiempo Foucault (25) llamó la "tecnología política del cuerpo". En efecto, se han abandonado las prácticas bárbaras del suplicio, la mutilación y el desmembramiento público como formas de castigar el desafío del Poder, pero ello no significa su abolición, pues han sido reemplazadas por otras formas de sujeción y sometimiento; ahora, propone el mismo autor, son las "disciplinas" quienes se encargan de ello. Entre éstas, la práctica médica destaca por su participación no sólo como instancia de ejecución sino, y principalmente, como fuente de elaboración de criterios del qué y cómo llevar a cabo dicho control de los cuerpos.

En primer lugar, la práctica privilegiada por la medicina, es decir, la terapéutica o curación tiene por objetivo restaurar el estado "normal" de los individuos. Son dos, según Canguilhem (26), las acepciones de normalidad que maneja la medicina: la primera se refiere al orden, la segunda a su cáracter de producción y modificación de normas.

El autor –en Lo Normal y Lo Patológico– presenta esta vinculación entre lo normativo y lo normal como una red de interrelaciones donde a través de normas que rigen el cuerpo y las prácticas que le conciernen (normatividad) se establecen sanciones sociales sobre la aceptabilidad de dichos comportamientos (lo normal),quehacer del que en gran medida se ha ocupado la medicina. Inicialmente, Canguilhem atribuyó esta función normativa a explicaciones de corte más bien fisiologicista, pero veinte años después (en 1969) señaló en el epílogo:

> Para poder identificar la composición social con el organismo social... sería necesario poder hablar de las necesidades y de las normas de una sociedad del mismo modo en que se lo hace de las necesidades y normas de vida de un organismo, es decir, sin residuo de ambigüedad. Pero basta con que un individuo se interrogue en una sociedad cualquiera acerca de las necesidades y las normas de esta sociedad y las impugne.. para que se capte hasta qué punto la sociedad, sede de disidencias contenidas o de antagonismos latentes, está lejos de plantearse como un todo"

Resulta interesante encontrar que recientemente algunos [redacted]s de la salud colectiva en América Latina, como Damaso (27), señalan el desinterés existente en este campo hacia autores como Canguilhem y Foucault. En su opinión el concepto de normatividad propuesto por el primer autor, contiene capacidad explicativa favorable para construir la mediación requerida entre los fenómenos de la enfermedad orgánica y los eventos que constituyen el contexto social de las enfermedades.

Sin embargo, surge la necesidad de incorporar también la perspectiva del género para atender de manera integral la salud de las mujeres. Experiencias llevadas a cabo tanto por médicos mujeres, psicólogas y psiquiatras en Argentina, Chile e Italia, han

constatado que las mujeres de grupos tanto marginales como de clase media, ubican los problemas y necesidades de salud en relación con los otros: la pareja (disfunciones sexuales, trastornos emocionales), los hijos, el contexto familiar. O cuando exponen sus malestares, se expresan de manera indirecta o terciada, como en el caso de trastornos psicosomáticos y de la violencia familiar. Es raro, coinciden Charnes, Daskal y Ravazzola[2], que las mujeres describan el problema directamente en primera persona.

Otro orden de ideas importante también, es el que señala la perspectiva teórica de la Medicina Social (28–31), cuyas múltiples aportaciones analizan la desigual distribución de la morbimortalidad en relación directa con la participación en el proceso productivo, ya que los cuerpos se ven sometidos a procesos diferenciados tanto de desgaste físico y psíquico, como de exposición a los distintos tipos de riesgos y de limitación en el acceso a los servicios de salud. Sobre éste último punto y la situación de mujeres y niños, incluso hasta el Fondo Monetario Internacional (en boca de su director Michel Camdessus), la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la ONU reconocen el predominio de condiciones de vida marcadamente desventajosas para las mujeres en casi todo el mundo[3].

Pero cabe retomar una vez más a Canguilhem pues su crítica a la medicina aporta una serie de herramientas útiles para este trabajo. En primer lugar señala que la medicina toma como objeto de estudio a una entidad aislada, la enfermedad, separándola de la totalidad a la que pertenece, el cuerpo.

Además, la disciplina médica al comparar el estado fisiológico con el estado patológico, reemplaza los síntomas por los mecanismos, los cuales en un estado de enfermedad funcionarían de manera desviada. Sin embargo, dice el autor, esta tendencia analítica de carácter positivista si bien logra negar las diferencias cualitativas existentes entre ambos estados –fisiológico y patológico–, no consigue suprimirlas. Esta idea es central para el replanteamiento del quehacer médico, ya que plasma la necesidad de entender que tanto la salud como la enfermedad son modalidades de la normalidad.

Pensar así la enfermedad implica que su aparición alude al necesario reestablecimiento de una vida "normal", aunque diferente (sobre todo cuando se trata de padecimientos graves como el cáncer), a la forma de vida que la persona llevaba antes de que aquella se presentara.

No actuar en este sentido significa que la medicina hace foco de su intervención a las manifestaciones patológicas y su erradicación, concepto insuficiente por que deja

[2] Véase especialmente, en ISIS INTERNACIONAL [illegible] El Malestar Silenciado. La Otra Salud Mental– [illegible] GABRIELA. Por Una Salud Integral. pp.135–1[illegible] DASKAL ANA MARIA. La Vida Cotidiana de las Mujeres [illegible] y RAVAZZOLA MARIA C[illegible] "Dejarse Abusar No Ayuda". pp.[illegible]–115. Ediciones de las Mujeres No. 14, Chile.

[3] Ver Periódico "El Universal". Afecta la pobreza [illegible] mente a mujeres y niños, indica Camdessus, Agosto 29 de 1991, Secc Internacional. [illegible] periódico "No habrá desarrollo sostenible si no se [illegible] importancia femenina. Exige la secretaria general de la Cuarta Conferencia de la Mujer (Gertrude Morgan), [illegible] sexo femenino como pilar de la economía". Por Alejandro Torres, Agosto–1994, también OPS.(1993) Discusiones Técnicas, 1992, Sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Boletín de OPS 114 (4), Washington, pp 368–371. En el Periódico "El Financiero". Equidad entre hombres y mujeres, [illegible] del desarrollo. D[illegible] del Director del FNUAP–ONU en la Cumbre de Desarrollo Social. [illegible]

de lado esa nueva normatividad que el/la enfermo/a genera para vivir con la enfermedad y que es común en los casos de enfermedades crónico–degenerativas.

> Dice: Que la ciencia de la vida tome como objetos de igual importancia teórica y susceptibles de iluminarse mutuamente a los fenómenos llamados 'normales' y a los llamados 'patológicos', con el fin de adecuarse a la totalidad de las vicisitudes de la vida, a la variedad de sus modos de andar, es algo urgente y no meramente legítimo... El comportamiento del organismo puede estar en continuidad con los comportamientos anteriores y seguir siendo otro comportamiento. (32)

Toda cultura, desde las más antiguas, ha desarrollado rituales apropiados para encarar los eventos biológicos como el nacimiento, la enfermedad y la muerte, en tanto partes del ciclo de la vida humana. Sin embargo, la práctica médica predominante ha medicalizado dichos eventos a tal grado que actualmente se rigen por criterios acordes con esa normatividad. Es decir, ha desplazado las prácticas culturales, constituyentes de redes sociales entre los distintos grupos de población, que están al servicio del reconocimiento por las personas de cada uno de los rasgos fundamentales que caracterizan lo viviente (33–36).

No obstante, esto no significa que las clases subalternas sean grupos de personas pasivas, sin capacidad de incidir y de oponerse, meras receptoras de las acciones hegemónicas. Así lo demuestran las expresiones de otros saberes sobre la salud y la enfermedad (como la medicina tradicional), o de los conocimientos especializados de producción que se transmiten dentro de las comunidades de, digamos, pescadores, campesinos, etc., en la vida cotidiana (37, 38), que perviven paralelamente a las predominantes.

Pero es indudable que el ejercicio del poder se apoya ampliamente en la construcción de discursos que lo legitimen y justifiquen su existencia.

Los discursos no pertenecen a una clase social en particular, y su efectividad consiste en la versatilidad para infiltrarse en todos los ámbitos de la vida social, especialmente en la vida personal y el ámbito de la subjetividad, discursos relacionados directamente con lo que Foucault (39) llama la microfísica del poder.

En el quehacer médico cotidiano se recurre a lenguajes que marcan distancias entre los grupos sociales: los que detentan el saber–poder se mantienen al margen de los que no poseen poder social. La terminología técnica permite en gran medida que ambos sujetos conserven el lugar socialmente necesario para preservar el orden y la normatividad social.

La expresión de la normatividad médica para las mujeres se hace más patente en el caso de la maternidad. Se trata de una función convertida en eje de vida y valoración personal para aquellas, que si bien se ha atenuado en las sociedades con influencia occidental, su impacto psicológico como parte de la identidad sigue muy vivo.

2.4. La significación social del cáncer.

Además de que existen diferencias sociales en base al sexo de nacimiento, es necesario incorporar otro aspecto relevante: que cada enfermedad tiene una significación social difundida a distintos niveles. Ese significado anclado en el imaginario colectivo, como plantea Castoriadis (40), pudo haber tenido bases reales pero a menudo se trata del conjunto de creencias culturales que predominan en las reacciones y valoraciones populares. Así sucedió con la lepra y la sífilis y es actualmente la situación del cáncer y el sida.

Sobre este punto, Holland (41) en su breve reseña histórica sobre el cáncer –en la que parcialmente establece correspondencia entre actitudes, significados sociales, imaginación colectiva y quehacer médico–, hace una diferenciación entre ese conjunto de imágenes sociales y habla de actitudes sociales hacia la enfermedad y la muerte, que tienden a entremezclarse ante la mínima referencia al cáncer.

La literatura, la prensa, y el uso del término –cáncer– en el lenguaje popular, pero también la literatura médica, articulan una tendencia especial que Kauffman (42) llama la "ideología del ocultamiento". A través de ella se resaltan los aspectos destructivos, irreversibles de la enfermedad, se ocultan las dudas e incertidumbre médicas respecto a los resultados de los tratamientos y pronósticos, no se divulgan los avances médicos y científicos o se manejan fragmentos de dicho conocimiento; tampoco se hacen las precisiones pertinentes sobre las diferencias que hay entre uno y otro tipo de cáncer, ni se destaca el impacto de los pacientes que se recuperan, ante estos se destaca siempre el dato de quienes murieron. En general es poco el interés mostrado tanto por quienes diseñan las políticas sanitarias, como por los gremios médicos en enviar mensajes claros al público lego para disminuir la ansiedad, los temores, y las ideas irracionales que aún tienen arraigo en la imaginación colectiva.

Especialmente a nivel de la literatura popular las utilizaciones de la palabra cáncer se han convertido en sinónimo de destrucción inexorable o de muerte inminente, lo cual no se corresponde exactamente con lo que a nivel de la salud ocurre, donde es fundamental determinar el tipo de cáncer, su estadio, las condiciones de vida de la persona enferma, la respuesta de su organismo a los tratamientos, etc, para emitir un pronóstico.

Kauffman dirige su atención a la fuerza de la imagen (en tanto elemento de significación) del cáncer como enfermedad letal *per se*, que al ser una enfermedad valorada como acontecimiento social catastrófico comienza a operar efectivamente como tal, desde el momento del diagnóstico.

Las ideas se transforman muy lentamente, en especial las que se anclan en mitos, temores, miedos y prejuicios. Es decir, que en la sociedades se tienen conceptos particulares de las distintas enfermedades, que llevan a actitudes diferenciadas. Así, se ve con compasión y simpatía a los niños afectados por enfermedades graves. Mientras otras, como la epilepsia o la hemofilia, mucho tiempo estuvieron rodeadas de temor respetuoso. En cambio, todas las enfermedades de transmisión sexual se desaprueban y son vistas como castigo por

en las comunidades cercanas que los niños [illegible] 1974, [illegible].

[illegible] la Revolución [illegible]

[illegible] décadas [illegible] un cambio [illegible]. El primero de ellos ocurrió a mediados del siglo XIX, con la utilización de [illegible] (1846), lo que permitió la [illegible] de tumores siempre y cuando estuvieran localizados.

El siguiente logro fue la aplicación de la radioterapia (a inicios de 1900), procedimiento que con el tiempo [illegible] la confianza en la curación del cáncer e impulsó el cambio de la imaginación colectiva hacia el mismo.

¿Pero qué ocurrió entre uno y otro hito? Según Holland, los esfuerzos se encaminaron hacia la educación para la salud como vía para la detección temprana, en un intento por garantizar la intervención quirúrgica en un punto temprano de la enfermedad que auguraba cierto éxito. Esto sucedió inicialmente en Europa y se movió pronto a Estados Unidos. [illegible] la cirugía pudo ofrecer una posible cura para el cáncer ya que implicaba la [illegible] del tumor antes de que se [illegible], se volvió necesario que las personas [illegible] lo más temprano posible [illegible].

Este primer esfuerzo de intervención epidemiológica [illegible] para que [illegible] XX [illegible] (1982) [illegible].

[illegible] Cuestionando [illegible] de los programas [illegible] para la salud.

Volviendo a la [illegible] historia de Holland, [illegible] cuando se [illegible] un cambio [illegible] importante en torno al tratamiento de los casos terminales, ya que incluyó grupos de apoyo social para los enfermos [illegible] por personas [illegible]. Estos grupos [illegible] que sufrieron [illegible] del personal médico que [illegible] la presencia de [illegible] Holland señala.

[illegible] experiencias especiales, los médicos reconocieron [illegible]

que el papel de los pacientes para apoyar y dar valor a otros con el mismo diagnóstico y tratamiento, era único y muy útil. (44)

Casi de manera paralela a este evento empezó a utilizarse la quimioterapia, cuyo uso elevó considerablemente las probabilidades de curación, hecho que impulsó de manera sustancial pero no suficiente la modificación de la imágen social del cáncer, en tanto que el pronóstico se volvía favorable.

Con la introducción de este método terapéutico que prolongaba la sobrevivencia se dio un desplazamiento de la atención que proporcionaba la institución médica, ahora ésta se centró en que los enfermos aprendieran a ver su padecimiento como un proceso crónico. Pero también las tareas de los médicos cambiaron, antes giraban alrededor del encaramiento de la muerte como eventualidad única, es decir, como desenlace único del cáncer. Ahora, además de proporcionar el tratamiento surgía la necesidad de hablar sobre el tema con pacientes y familiares, para informarles de la evolución de su enfermedad y posibles pronósticos.

A partir de la década de los sesenta, según el mismo autor, ha ido abriéndose la discusión acerca de los distintos eventos que rodean a la enfermedad, especialmente aquellos relacionados con el diagnóstico, los tratamientos, el pronóstico, la pertinencia de la información, el cómo transmitirla, a quien y por qué, así como las consecuencias psíquicas en los enfermos de cáncer de recibirla o que les sea negada o dosificada, y si realmente compete a los médicos el papel de transmisores de dicha información debido a las carencias de manejo personal de sus propios esquemas cognitivos y afectivos sobre la muerte y el fracaso de los tratamientos que, a fin de cuentas sintetiza su intervención. Y en términos psicosociales, las experiencias vividas como fracaso no son fáciles de aceptar ni asimilar.

Estos planteamientos permiten detectar algunas actitudes del quehacer médico que podrían estar muy relacionadas, además, con ciertas reacciones del paciente, como la demora en la búsqueda de tratamiento, una vez recibido el diagnóstico, o la deserción, el abandono del seguimiento, la automedicación, la desobediencia, entre otros aspectos que requieren de exploración más profunda. Todo esto se ve reforzado por que en algunos estudios se ha hecho énfasis exclusivo en el papel del enfermo sin contemplar que como tal, un individuo debe dejar de lado su autonomía personal cuando intervienen las instituciones sociales que norman la salud, la enfermedad y la muerte.

En ese sentido, al enfocar unilateralmente algún evento de morbi-mortalidad se hace abstracción de un fenómeno social bastante más complejo, el institucional. Las enfermedades graves, específicamente, implican la intervención de instancias de reglamentación compleja, legitimadas socialmente, para abocarse a su atención, ya que dichas enfermedades han tendido a convertirse en problemas de salud colectiva, epidemiológicos o de salud pública. Además, mientras más grave sea una enfermedad, más estrecha se vuelve la interacción entre el equipo terapéutico y el enfermo, con el consiguiente aumento de depen-

dencia de éste hacia aquel y la indeseada (para la persona enferma) pérdida de autonomía.

Por ello es indudable que las enfermedades crónicas y las graves, como el cáncer, transforman el orden de la vida del enfermo en todos sentidos y en consecuencia se genera una crisis.

Vivir en crisis por la presencia de una enfermedad grave significa que se ha generado un nuevo estado, una nueva forma de vida, es decir, se trata de un proceso irreversible por que no se ha de volver al estado anterior al del diagnóstico. El rompimiento o dislocación que implica ha introducido modificaciones a la vida. Canguilhem señala que la presencia de la enfermedad provoca restricciones en la capacidad individual de posibilidades de privilegiar cualquier comportamiento, ya que la enfermedad coarta el margen de elección de comportamientos con que cuenta una persona para restablecer la normatividad de su propio cuerpo:

> No hay ningún tipo de vida sin normas de vida, y el estado mórbido es siempre una cierta manera de vivir.. Más que el estado normal, el estado fisiológico es el estado sano. Es aquel que puede admitir el paso a nuevas normas. El hombre es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente. (45)

Dichas modificaciones que conlleva una crisis, pueden significar un replanteamiento positivo de lo vivido. Con más frecuencia, en el caso del cáncer, genera trastornos y sufrimiento. De una crisis por enfermedad, sin embargo, algunas personas pueden obtener una reflexión sobre el estilo personal e interpersonal de vida, pero también puede representar un estancamiento en ella, con pérdida y/o abandono del individuo enfermo a su suerte, y la proyección de este resultado en el presente y el futuro de quienes forman parte de su entorno.

El sentido de la vida que cada persona le imprime a la suya se ve influido, sin que se lo proponga, por un contexto social matizado por las imágenes sociales, o conjunto de ideaciones, o mitos, afectos e interpretaciones valorativas que, en el caso del cáncer, el enfermo hace suyos cuando recibe un diagnóstico de cáncer.

A menudo sucede que el peso de la imagen social del cáncer como sinónimo de muerte, al que se suman los efectos de la crisis psicosocial en todas las personas involucradas, dificultan que el enfermo desarrolle una serie de normas nuevas, necesarias para adaptarse a esta nueva forma de vida que es el vivir enfermo.

Esto significa que la forma más frecuente en que los 'actores' de esta situación límite se relacionan entre sí, acentúan la soledad y la fragilidad del enfermo, en lugar de participar junto con el o ella en la construcción de una matriz de apoyo psicosocial, donde al acompañarle se hace de este proceso un hecho social aun cuando sea doloroso y perturbador. Aún recientemente –1980–, en un estudio realizado por Aïach (46) entre la población francesa, las personas entrevistadas asociaban casi tres veces más al cáncer con un desenlace de muerte, que a las enfermedades cardíacas –las cuales, al menos en México ocuparon el primer lugar como causa de mortalidad general en 1992.

Así, el diagnóstico de cáncer, para la imaginación colectiva marca la finitud de la vida por que es una enfermedad estigmatizada y estigmatizante hasta hoy. Para Goffman, estigma puede entenderse como una atribución aplicada para desacreditar y que es usada para "designar situaciones que indican la desviación en relación con una norma establecida, y que por tanto puede ser castigada por la ley". (47)

Por otra parte, Kauffman (48) piensa que la experiencia que cada persona tiene de la enfermedad es particular, pero depende de cómo se relacionen entre sí los actores involucrados –enfermo, médico y familia. Por tal razón la enfermedad no es un evento biológico ajeno al contexto social de la persona que la sufre en su cuerpo.

Por lo tanto, para las mujeres con cáncer cérvicouterino, que viven atadas a ideas patriarcales e ideológicas sobre su sexualidad el cáncer asociado con la vida sexual se convierte en una experiencia generadora de angustia y desestabilización psicosocial por que, además de ser una amenaza a su vida, lo es de su feminidad.

Si, según la cultura patriarcal, el valor social de la mujer se deposita en ser deseable y en ser madre, el diagnóstico enfrenta a las mujeres a la posibilidad de la mutilación, a la desvalorización, al abandono. Resulta comprensible que se convierta en una fuente de angustia que se desee evitar.

Cuando en el quehacer médico se ignoran estos factores que están presentes en la situación social del cáncer, se puede caer en juicios valorativos o que no aportan nada al conocimiento sobre las actitudes y comportamientos de las mujeres ante todo tipo de acciones médicas. Como puede verse, predomina la divergencia entre las formas de pensar, reaccionar e interactuar de las mujeres respecto de las que siguen los médicos.

A manera de síntesis puede decirse que el encuadre teórico centrado en conceptualizaciones de la enfermedad como evento biológico no alcanza a explicar las distintas reacciones y estilos psicosociales con que la persona enfrenta la morbilidad o bien se abandona a ella, ni la diversidad de reacciones de apoyo o de indiferencia del cuerpo médico y paramédico, ni las vicisitudes y repercusiones o ajustes que la familia se ve obligada a hacer o a padecer ante la presencia del cáncer en la constelación familiar.

Centrarse en la "curación" del cáncer sin entender su significación social y la situación psicosocial de las mujeres que lo padecen, es decir, no abordar desde otras perspectivas su dimensión impiden avanzar con seriedad y verdadera voluntad política, en la educación para la salud de las mujeres, en la detección temprana y la prevención, y en el impulso a la investigación de los comportamientos particulares de los diferentes grupos de población femenina. Además, se frena la organización de experiencias reeducativas para el personal médico y paramédico que contrarresten su visión predominantemente biologicista impregnada de prejuicios y estimaciones moralistas que sólo han contribuído a obtener el resultado que ya todos conocemos: la mortalidad creciente por cáncer cérvicouterino.

REFERENCIAS

1) ALMEIDA [illegible] MARIA DE [illegible], Epidemiologia dos Sinais dos Sentidos Clínica [illegible] Guanabara Koogan, Editora Campus, Brasil, pp [illegible]

2) [illegible] GIOVANNI [illegible], in Sonos, Clínica, Medicina Psicossomática de Barvão de Souza, São Paulo, pp 170

3) PERSIO TAGETT, citado por ALMEIDA [illegible] (1980) em Epidemiologia dos Sinais dos Sentidos, Editora Campus, Brasil, pp [illegible]

4) GUSTAVO [illegible] HOUZE, [illegible] J. (1997), [illegible] Medicina [illegible] Mental [illegible] Conferencia Clínica de Fadiga. Revista [illegible] medicina, Fundación Jorge Gaona, [illegible], pp [illegible]

5) [illegible] [illegible], [illegible] Social Science in Health Policy and Practice. Social Science and Medicine, Gran Bretaña. Vol [illegible], pp [illegible]

6) MACINTYRE [illegible] (1990). The Sociology of Health in Social Medicine in Contemporary Britain. Quarterly in Sociology in Europe. Revista Sociología Medicina. Vol [illegible] 1993, pp [illegible]

7) FOUCAULT MICHEL (1973), La Sociedad de la Medicina de la Sociedad. Siglo XXI Editores, México, 9 Edición, pp [illegible]

8) ———— (1976), Vigilar y Castigar. Siglo XXI Editores, México, pp [illegible]

9) PINTO [illegible] (1993), Medicina y Poder, [illegible], pp [illegible]

10) CHAMORRO ALTONEN [illegible], Historia y Gestión de los Grupos de Riesgo Biológico y Cultural. Edit Nueva Imagen, México, [illegible], pp [illegible]

11) [illegible] [illegible] (1992), El Medicamento de Masas. Edit Siglo XXI Editores, México, pp [illegible]

12) [illegible] [illegible], Salud y Pobreza. Edit Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, pp [illegible]

13) [illegible] [illegible], Salud y Pobreza en la Política Sanitaria. Edit Universidad Autónoma de Guadalajara, México, pp [illegible]

14) [illegible] [illegible], [illegible] Medicina Social. Edit [illegible] Editores, México, pp [illegible]

15) [illegible], pp [illegible]

16) FOUCAULT MICHEL (1970), El Nacimiento de la Clínica. Siglo XXI Editores, México, pp [illegible]

17) [illegible] [illegible], [illegible] (1993-1970). [illegible] en la Sociedad de Grupos. Edit Taller y Vivienda, Grupo Los Cerezos, San Paulo, pp [illegible]

18) [illegible] CAROLINA [illegible], Crisis Política Económica y Salud. Edit Pueblo y Política, Córdoba el Neoliberalismo, Edit Publicación Fundación Flor, México, pp [illegible]

19) [illegible] [illegible] et al, MORO L. (1990), Social Complexity of [illegible]. Determinants, Implications [illegible] Edit Gran Bretaña Fundación Pedro, Fergusson Press, Gran Bretaña, Vol [illegible], pp [illegible]

20) CHAMORRO ANTONIETTA (1995), Salud y Gestión de los Grupos de Riesgo Biológico y Cultural. Edit [illegible], México, pp [illegible]

21) CANGUILHEM GEORGES, (1966), Lo Normal y lo Patológico. Edit Siglo XXI Editores, México, [illegible]

22) SCHNEIDER MICHAEL (1993), Nuevos Ángeles de Dios. Edit Siglo XXI Editores, México, 2 Edición, pp [illegible]

23) VIDAL [illegible] PANIAGUA [illegible], La Situación actual [illegible] Medicina [illegible] Revista [illegible] Tecnología de la Salud Pública Contemporánea, Centro de Salud Pública, [illegible], México. [illegible] GARCIA CANCINO [illegible], Crisis y Organización Popular General en Cuba. Tesis de la [illegible] en Medicina Social, [illegible] [illegible] México.

24) [illegible] [illegible] (1992), Los Costos de la Desregulación [illegible] Impacto en Salud. Ponencia en la Universidad Autónoma, Edit Política Social y el Neoliberalismo. Edit Fundación Friedrich Ebert, México, pp [illegible]

25) FLORES TRUJILLO [illegible] (1993), [illegible]

Teórico sobre [illegible] y [illegible]. En la [illegible]. [illegible]. Ed. Universidad de Guadalajara, [illegible], pp. 75-89

26) FOUCAULT MICHEL (1976). Vigilar y Castigar. Siglo XXI Editores, México, p. 314

27) [illegible] (19[illegible]). [illegible] y la Psicología. Siglo XXI Editores, México, 7ª Edición, pp. 96-113

28) [illegible]

29) [illegible] (199[illegible]). [illegible], pp. 132

30) [illegible] (1999). Política de Salud y [illegible] Epidemiológica. Revista Salud Pública de México, Vol. 40 [illegible], México, pp. 19-28

31) [illegible] (1998). Salud y [illegible]. Revista Salud Pública de México, Vol. 39 [illegible], México, pp. 41-48

32) [illegible] (199[illegible]). [illegible] Siglo XXI Editores, México, pp. 73-85

33) [illegible] Siglo XXI Editores, México, [illegible]

34) [illegible] (19[illegible]). La [illegible] de la Muerte. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, pp. 35-139

35) ROMERO [illegible] (1993). Hacia un enfoque integral de la Salud y la Enfermedad. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 2, No. 1, Ed. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, Marzo, pp. 11-38.

36) [illegible] (1980). Research Trends in Death and Dying. Social Science and Medicine. Great Britain, Vol. 14 A, No. 3, pp. 271-277

37) [illegible] (199[illegible]). [illegible] La Otra Salud Mental. [illegible] Mujeres No. 14, Chile.

38) [illegible] (199[illegible]). [illegible] Representación del Saber Popular de Familia y Salud en la Educación Popular. [illegible] No. 8, [illegible]

39) [illegible] (199[illegible]). [illegible] No. 3, [illegible]

40) [illegible] de la Sociedad. [illegible] Siglo XXI Editores, México, 7ª Edición.

40) CASTORIADIS CORNELIUS. La institución imaginaria de la Sociedad. Citado por [illegible] (1998). [illegible] Colectivo. [illegible] Desarrollo y [illegible]. Ed. Paidós, Argentina, pp. 11-40

41) HOLLAND JIMMIE (1990). Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, p. 4

42) KAUFMAN [illegible] (1995). [illegible] En: La Institución [illegible] y [illegible]. Ed. Paidós, [illegible] pp. 11-[illegible]

43) [illegible] (19[illegible]). Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, p. [illegible]

44) [illegible], p. [illegible]

45) CASTORIADIS CORNELIUS (19[illegible]). La [illegible] y la [illegible]. Siglo XXI Editores, México, [illegible]

46) [illegible] (19[illegible]). [illegible] En: La Institución [illegible] y [illegible]. Ed. Paidós, pp. 89-125

47) [illegible] (19[illegible]). [illegible] de la [illegible]. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, p. 223

48) [illegible] (19[illegible]). [illegible], pp. 21-40

CAPITULO 3

EL CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO. LA SITUACION EN MEXICO.

"generalmente las mujeres no son vistas más que como usuarias o receptores. Como ciudadanos de segunda clase en todo el mundo, se espera que estén contentas con lo que obtengan...no importa lo poco que sea. Están encadenadas a ideas, normas y estereotipos viejos sobre la debida conducta de las mujeres como madres, compañeras, esposas, trabajadoras y pacientes" (1)

Actualmente, el cáncer cérvicouterino (CCU) es un serio problema de salud pública a nivel mundial y en México figura como tal desde 1986, como se señala en la Norma Técnica No.53 (Ver Anexo 1). Tal situación no es exclusiva de los países en desarrollo, puesto que en los países desarrollados se ubica como segunda causa de morbilidad por cáncer en las mujeres. Sin embargo, el panorama sí empeora en los países periféricos porque no sólo su tasa de morbilidad sino también la de mortalidad van en aumento

Sobre la situación del CCU en países centrales, reporta Lambley (2) que la incidencia de morbilidad en Estados Unidos rebasa los 16,000 nuevos casos por año, con una tasa de mortalidad en 1989, de 3.5 –con 4487 casos de todas las edades (3)–; mientras que en el caso del Reino Unido fue de 4000 casos nuevos, con una tasa de mortalidad del 6.4 para 1991, con 1668 casos nuevos tan solo en Inglaterra y Gales. Aun cuando las medidas tanto en detección oportuna como terapéuticas han avanzado notablemente en los últimos veinte años, se calcula que la mortalidad puede alcanzar a casi la mitad de los casos nuevos detectados.

Respecto a la situación en México, se detecta una tendencia creciente muy desfavorable para la salud de las mujeres. Desde 1982, según declaraciones de la Secretaría de Salud (4), era la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres mayores de treinta años. En 1983, la tasa fue de 3083 casos y en 1987, de 3811. La misma dependencia estimaba que para 1990 (5,6), la mortalidad rebasaría los 4000 casos, y en 1992 reportó 4346 casos, convirtiéndose en la segunda causa de defunción general femenina (7).

Con esto, México ocupa ahora uno de los primeros lugares a nivel internacional por esta causa de mortalidad. ¿A qué se debe que lejos de disminuir, o al menos de esta-

bilizarse, van aumentando alarmantemente tanto la morbilidad como la mortalidad por éste cáncer?

En primer lugar la respuesta más cercana puede obtenerse al revisar ciertos aspectos de las políticas sanitarias, como es el caso de la Norma Técnica, que se ocupa de reglamentar a nivel oficial por qué y cómo van a ser atendidas las distintas enfermedades. En segundo lugar, diversos estudios desde la perspectiva de género han destacado otras determinaciones que explican cómo se articula la desigualdad social para las mujeres y, en tercer lugar, se encuentran algunos análisis sobre los comportamientos colectivos, con enfoques de la psicología social y la sociología que es importante incluir.

3.1. Las políticas sanitarias y los programas de atención al CCU.

Las políticas sanitarias abordan la problemática de la atención al padecimiento desde el nivel de la Atención Primaria a la Salud. Es decir, dentro de una estrategia donde se enfatizan la detección temprana y las medidas preventivas, apoyadas necesariamente por la educación para la salud como táctica para elevar la participación activa de los distintos grupos poblacionales en el cuidado de su propia salud (Ver Anexo 1).

En los países desarrollados, las bajas tasas de mortalidad se asocian a los programas ginecológicos periódicos que se llevan a cabo para detectar tempranamente los estados precancerosos y cancerosos del cérvix. Incluso se han visto mejores resultados en lugares como Suecia –en 1989 su tasa de mortalidad de 4.0, con 173 casos en todas las edades (8)–, donde se efectúan con mayor eficacia que en otros como Noruega e Inglaterra que actúan con menor sistematicidad (9) en sus sondeos. Incluso así, tanto en Estados Unidos como en Costa Rica se ha encontrado relación importante entre la pobreza, la edad, la falta de seguridad social y la ausencia de visitas al ginecólogo o al obstetra, con la ausencia de frotis papanicolaou (10).

También se señala que aunque dichos programas de tamizaje han probado su eficacia para la detección, son insuficientes por que no son programas preventivos, es decir, no suplen la necesidad de actuar sobre la ocurrencia del padecimiento. En efecto, centrarse únicamente en programas así, puede traslapar el alcance de cada una de las acciones, dando por sentado que al realizar la detección, automáticamente se cumple con la prevención.

En contraste, los países en desarrollo no suelen realizar ni lo uno ni lo otro. La detección es escasa, la prevención inexistente... o casi. Además, en México interviene otro aspecto. A nivel presupuestal hay un franco favorecimiento a los programas terapéuticos, por encima de detección y prevención. Si bien es clara la necesidad de la investigación y de la atención especializada requerida por los tratamientos, por este motivo no se justifica el estado de práctico abandono en que se encuentran los otros dos tipos de acciones que, paradójicamente, son las más urgentes y menos costosas.

Los anuarios estadísticos de la Secretaría

de Salud, desde 1989 hasta 1993, por ejemplo, sólamente hacen referencia a la prevención en general y puede inferirse con mucha cautela que ahí está incluída la relativa al cáncer. El contraste entre ATENCION PREVENTIVA (menos del 11%) y ATENCION CURATIVA (más del 43%), puede verse en el Cuadro No.1 acerca del ejercicio presupuestal de esos años a nivel nacional (11–16).

CUADRO 1 PRESUPUESTO APROBADO, MODIFICADO Y EJERCIDO, SOBRE ATENCION PREVENTIVA, ATENCION CURATIVA Y FOMENTO A LA SALUD 1989–1993

AÑO	CLAVE	ESTRUCTURA %
1989	DJ ATENCION PREVENTIVA	9.76
	03 Detección Oportuna de Enfermedades	0.21
	06 Orientación para la Salud	0.06
	DK ATENCION CURATIVA	45.54
1990	DJ ATENCION PREVENTIVA	10.69
	01 Control de Enfs. Prevenibles por Vac	2.83
	02 Control de Enfs. Transmisibles	5.83
	03 Detección Oportuna de Enfermedades	0.17
	05 Planificación Familiar	1.79
	06 Orientación para la Salud	0.07
	DK ATENCION CURATIVA	45.26
	3X REGULACION Y FOMENTO DE LA SALUD	1.78
1991	DJ ATENCION PREVENTIVA	10.34
	01 Control de Enfs. Prevenibles por Vac.	3.23
	02 Control de Enfs. Transmisibles	4.91
	03 Detección Oportuna de Enfermedades	0.17
	05 Planificación Familiar	1.99
	06 Orientación para la Salud	0.05
	DK ATENCION CURATIVA	43.06
	3X REGULACION Y FOMENTO DE LA SALUD	1.64
1992	DJ ATENCION PREVENTIVA	10.00
	01 Control de Enfs. Prevenibles por Vac.	23.80
	02 Control de Enfs. Transmisibles	54.00
	03 Detección Oportuna de Enfermedades	4.20
	05 Planificación Familiar	16.60
	06 Orientación para la Salud	1.40
	DK ATENCION CURATIVA	43.70
	3X REGULACION Y FOMENTO DE LA SALUD	1.80
1993	DJ ATENCION PREVENTIVA	9.50
	01 Control de Enfs. Prevenibles por Vac.	19.90
	02 Control de Enfs. Transmisibles	57.00
	03 Detección Oportuna de Enfermedades	4.90
	05 Planificación Familiar	15.20
	06 Orientación para la Salud	1.20
	07 Gobierno	1.70
	DK ATENCION CURATIVA	44.10
	3X REGULACION Y FOMENTO DE LA SALUD	1.90

FUENTE: En base a los ANUARIOS ESTADISTICOS DE LA SSA DE SALUD, 1989, 1990, 1991, 1992 y 1993. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección de Estadística, Informática y Evaluación. México.

Pero es desde la Norma Técnica que queda reducida a su mínima expresión el peso dado a las medidas preventivas: "informar respecto al problema de Salud Pública, acudir a examen periódico, (apoyar la integración y capacitación de grupos para impartir pláticas sobre los factores de riesgo y manera de prevenirlos" (ver Anexo 1).

Muy a grandes rasgos, el panorama histórico ha sido el siguiente: en 1940, la Secretaría de Salubridad implementó una acción inicial con la "Campaña de Lucha contra el Cáncer", cuyo objetivo era prevenir mediante la detección oportuna de la enfermedad, aplicando el papanicolaou. Una década después, el Hospital de la Mujer formaliza esta acción y a ella se suman IMSS e ISSSTE posteriormente (17). Desde entonces y hasta ahora se ha procedido aplicando 'regularmente' las citologías, siguiendo en teoría las recomendaciones que sugiere OPS –Org.Panamericana de la Salud–(18).

Pese a todo, desde 1986 los alcances de detección distan de ser satisfactorios, tal como lo señalaron Soberón, Kumate y Laguna: "En el país como un todo, entre las tres instituciones del Sector, para el año 1986 se hicieron estudios con una cobertura bastante baja, de sólo el 11% de la población en riesgo"(19). Y continúa siendo baja, ya que durante dos sexenios la tendencia del estado neoliberal ha sido aplicar recortes presupuestales y desmantelar los servicios públicos de salud, hechos que parcialmente explicarían que no haya habido aumento en el número de citologías con respecto a 1983 (ver Anexo 2).

Frente a esto, la población que requiere de cobertura de detección oportuna va en ascenso, mientras que ésta última parece ir en proporción inversa, pese al aumento de citologías reportado en 1992 por la SS, de 1'009 229, en contraste con 718 796 de 1991. Ese comportamiento está en concordancia con la tendencia antes señalada de aplicar recortes al presupuesto, iniciada desde el sexenio de Miguel de la Madrid, especialmente en educación y salud, y sostenida por Salinas de Gortari.

Pero dichas acciones se han dado de manera diferenciada, pues en contraste con IMSS e ISSSTE, la Secretaría de Salud es del sector salud quien más drásticamente ha comprimido dichas aportaciones. Esto significa que es la población abierta directamente, no la derechohabiente, la que va a resentir más agudamente este abandono de la atención pública. Como dice López Arellano:

> ... el peso de la reducción se traslada con mayor intensidad a las instituciones que atienden a población sin seguridad social, a los programas de desarrollo de infraestructura y de prevención.. en contradicción abierta con los objetivos planteados por la política declarativa. (20)

El abandono de las políticas sociales, aunado al hecho de que las mujeres pobres y sin seguridad social son las que presentan menos probabilidad de acceso a las citologías y quienes constituyen la población mayoritaria, junto a la clara necesidad de programas de educación para la salud que deberían destinarse a esta población y no se hacen, en síntesis, todo

apunta a esperar su repercusión en tasas aún más elevadas de morbimortalidad por CCU.

Puede antojarse exagerada la vinculación entre las políticas neoliberales y el comportamiento de la morbimortalidad de ciertos grupos de población, pero el caso de Estados Unidos durante la Era Reagan (21), ilustra con claridad cómo al llevarse a cabo sistemáticamente el adelgazamiento económico para la atención de la población mayoritaria los principales grupos afectados fueron las mujeres, los niños y las minorías étnicas. De ahí que reaparecieran brotes de sarampión o tuberculosis, inconcebibles en un país altamente desarrollado.

Las políticas sociales han sido gradualmente abandonadas por el Estado en nombre de la privatización y, por tanto, aplicada de manera indiscriminada, mientras que paralelamente se amortiguan sus efectos y tensiones sociales que provocan a través de modalidades sexenales de neobeneficiencia –léase Pronasol–, para soslayar lo que ya desde la Constitución figuraba como el derecho a la salud (22–23).

En consecuencia, es factible pensar que el número de citologías realizadas en 1994, con respecto a 1986, es menor o por lo menos igual al de ese año, lo que significa que no alcanza siquiera aquel 11% mencionado, por que la población femenina en riesgo si ha aumentado. Además, las actuales (igual que las pasadas) políticas sanitarias son incapaces de responder a una demanda de citologías tan elevada como la que requiere la población de mujeres en riesgo. Por que la población femenina de 12 a 65 y más años, según su estado civil, arroja un total de 17'701,263 mujeres con vida sexual activa o ya iniciada (24), puesto que se trata de las casadas, en unión libre, separadas, divorciadas y viudas.

De este cálculo se han excluído 10'936,621 solteras de todas las edades, en los mismos rangos de edad señalados, para guiarnos exclusivamente por el estado civil, sin que esto signifique que no supongamos que miles de ellas tienen una vida sexual activa. Con todo y que eleváramos el número de mujeres que están "fuera de riesgo", por que la Norma Técnica señala que quienes lo están son las mujeres mayores de 30 años, pero dado que esto debe vincularse a la multiparidad donde tenemos un promedio de 2.0 hijos en el grupo de edad de 25 a 29 años (25), las incluiremos como parte de la población en riesgo, con lo que tendríamos en base a los datos de INEGI (26), una población de 12'560,250 mujeres de 25 a 65 y más años (excluídas todas las solteras en las edades comprendidas más los casos no especificados, y sin restar a las derechohabientes), a quienes debe aplicársele si no anualmente, al menos cada dos años, una citología PAP. ¿Y qué es lo que la Secretaría de Salud reporta sobre su cobertura?

Reporta, a través del Registro Nacional del Cáncer, de la Dir. Gral. de Epidemiología, un total de 718,796 citologías en 1991 a nivel nacional, y de 1'009,229 para 1992, en todo el país y con la salvedad de que esas citologías no equivalen a igual número de personas. Esto indica que en dos años se aplicaron 1'728,025 citologías únicamente (ver Anexo 2).

Podría argumentarse que el factor único de la vida sexual no es suficiente para hablar de necesidades tan grandes de cito-

logías ya que existen otros factores de riesgo. Sin embargo, hay que señalar hallazgos importantes directamente relacionados con la vida sexual y el desarrollo del CCU, como es el caso de la IVPH (Infección por Virus del Papiloma Humano), considerada de trasmisión sexual e ignorada por las reglamentaciones de la Norma Técnica, lo cual ilustra la necesidad de que ésta sea modificada a fondo.

Por otra parte, el cálculo realizado es hasta cierto punto conservador porque aunque la Norma señala como factores de riesgo no sólamente la edad –mayores de 30 años–, y el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad y la "promiscuidad" sexual, etc., aquí han sido excluídas las mujeres de menor edad, con todo y que el comportamiento sexual actual de hombres y mujeres en el país muestra una tendencia a la baja en cuanto a la edad del debut o inicio sexual frente al de otras generaciones (27,28). Por tanto, varios miles de mexicanas más están ahora también en riesgo.

Como puede verse en el Cuadro 2, la mortalidad está alcanzando a mujeres de menor edad a la prevista, sobre todo si se toma en cuenta que al tratarse de una enfermedad crónico–degenerativa, el lapso de desarrollo del padecimiento, desde el nivel inicial de las displasias (ver Cuadro 2 y Anexo 3), y del CCU In Situ o su símil, la NIC III (Neoplasia Intraepitelial Cervical severa) hasta el cáncer invasor transcurre un tiempo que es desaprovechado para atajar la mortalidad. Según criterios de OPS:

> Frecuentemente el cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva; comienza con cambios neoplásicos intraepiteliales que pueden transformarse en un proceso invasor en un período promedio de 10 a 20 años. El objetivo principal de los programas...es prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras, cuando es posible lograr una tasa de curación cercana al 100%. (29)

CUADRO 2. MORTALIDAD POR CCU SEGUN GRUPO DE EDAD 1992

GRUPO EDAD	TOTAL GENERAL DEFUNCIONES	TOTAL DEFUNCIONES x TUMORES MALIGNOS	TOTAL DEFUNCIONES POR CCU
25–34	6,300	915	249
35–44	8,761	2,217	703
45–64	33,220	8,159	1,823
< 65	89,543	10,713	1,544
TOTAL	137,824	22,004	4,319*

FUENTE: Elaborado en base a datos de INEGI. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.10 México, 1994. pp.45 a 65.

* NOTA: Hay disparidad de 27 casos, en el original, entre la sumatoria y el total reportado en CUADRO III.1 Principales Causas de Mortalidad General 1992, donde el total es de 4346 casos

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
TOTAL	[illegible]

FUENTE: [illegible]

En relación con la mortalidad, el Cuadro 5 da un panorama de la prevalencia e incidencia [illegible].

Aun cuando se reconoce como "logros" [illegible] años de [illegible] que los [illegible] mujeres [illegible] a nivel nacional.

Finalmente, la OPS propone también una serie de indicadores para evaluar la calidad de los programas de detección [illegible] para realizar las citologías [illegible] las condiciones [illegible] para las [illegible] de una red [illegible] de [illegible] y [illegible] de [illegible] de [illegible] (tiempo y [illegible]), el registro completo y confiable para identificar a las mujeres y garantizar su [illegible] el registro de mujeres que no [illegible] resultados y las medidas que se [illegible] por la institución para informarles, la calidad informativa de los materiales propagandísticos en cuanto a la definición de riesgo, beneficios del examen y su periodicidad, entre otros criterios.

Los hechos habrían de ser presentes como [illegible] de la colonización interna a la cual las políticas sanitarias tradicionalmente atendieron con gran eficacia. ¿Por qué? Un pensamiento podría ser lo que este grupo social no está lejos de convertirse en una epidemia a la cual se haría respuesta con medidas coercitivas, como ha sido la norma predominante en gran parte de las políticas sanitarias de los últimos siglos.

También podrían deberse a que no son [illegible] de grupos de población estratégicos, cuyo estado de salud ponga en riesgo la producción o [illegible]. O tal vez se trate de la combinación de estas y otras razones. Pero lo que sí resulta es que una vez más la educación y el significado del papel social de la mujer, son previamente valorados por las políticas sanitarias, hecho que refleja la presencia de una actitud patriarcal dominante en estas últimas.

Desde la legislación oficial, en el diseño de la Norma Técnica correspondiente, se plasma un discurso superficial, [illegible] y redundante [illegible] la necesidad de sensibilizar a la población femenina sobre las dimensiones del problema, la importancia de la detección oportuna y el desarrollo de una actitud [illegible] frente a la propia salud, entre otras cosas. Hasta ahora, a lo que los discursos oficiales [illegible] atención [illegible] de detección [illegible] por que el [illegible] la prevención, y las [illegible] no saben lo que [illegible] la prevención.

A nivel de la práctica, el sistema oficial se dificulta la importancia de incorporar la percepción de las mujeres que [illegible] por cualquier [illegible] porque en los [illegible] se las envía a hacerlo. Se da por hecho que, por ejemplo, [illegible] experiencia [illegible] por lo tanto, [illegible] de información [illegible] las mujeres [illegible] información [illegible] para que en la [illegible] y [illegible]. La bibliografía señala que [illegible] parte de [illegible] que se [illegible] médicos [illegible]. Por [illegible] para [illegible] de ser identificadas [illegible] en riesgo.

[illegible] programas de [illegible].

La detección [illegible] la presencia de la enfermedad, mientras que [illegible] con el [illegible] para [illegible] enfermedades [illegible] la salud.

(prevención de primer nivel) y también el mismo discurso con los grupos en riesgo (prevención de segundo nivel). Por todo puede concluirse que hoy, respecto al cáncer cervicouterino se ha logrado un nivel de información suficiente para promover la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

3.2. La perspectiva de género y la sexualidad por CEM

El cáncer cervicouterino, como muchos otros cánceres de causalidad específica, pero su presencia y desarrollo ha sido asociado de manera cada vez más insistente con ciertas condiciones y estilos de vida que dan prioridad a factores de riesgo.

Salleón, Kumar y Lagunas (1991) reconocen que el grupo de más alto riesgo es el de las mujeres mayores de treinta y cinco años, con antecedentes familiares de cáncer, "promiscuidad" sexual, multiparidad, prácticas inadecuadas de inserciones sexuales y tabaquismo masculino en la pareja.

La revisión más detallada de los diversos factores de riesgo muestra que, en primera, la edad no significa gran cosa en la presencia de la vida sexual activa y el resto de los factores reproductivos a que alude casi todos los demás. En segundo lugar, por lo menos seis de estos factores de riesgo se pueden obtener una explicación más coherente con el análisis del contexto social, cultural y patológico en que se forman y que implica, necesariamente, pensar el marco de las explicaciones biológicas, culturalistas, preventivistas, y como la propia Salleón (1990).

También, (1) por ejemplo, ha señalado la complejidad de los factores médicos que están presentes en la etiología de todo tipo de enfermedades, subraya entre los principales avances logrados en la prevención cómo se debe al análisis del contexto social, económico y ecológico dentro del cual ocurren las enfermedades.

Si se toma en cuenta cómo esta clasificación de los factores de riesgo se ahuda, precisamente, a la sexualidad, dos hechos salen. El de todos sabido, como lo ha venido evidenciando la pandemia del sida y la aparición de nuevas enfermedades de transmisión sexual (ETS), que México carece de programas de educación sexual permanentes, sistematizados y rigurosamente evaluados para los distintos grupos de población, adolescentes o adultos. Esto da lugar para pensar que adolescencia la población carece de un marco conceptual, de carácter, y sobre todo en calidad, de información sobre psicosexualidad, así como de estructuras propicias para un ejercicio responsable y maduro.

Una encuesta realizada (2) sobre y entre jóvenes estudiantes de la población de Tlalnepantla muestra que la edad del debut sexual entre menores de veinte años, oscila entre los 15 años, promedio para las mujeres, y a los 16 años, promedio en los hombres. Es decir, se ve que las personas encuestadas inician la sexualidad en promedio antes de los 18 años, en promedio para los hombres y antes de 17 años, en promedio para las mujeres.

Significado también que el comportamiento sexual de los mismos grupos de referencia al hombre se vuelve casual sobre

[illegible] que le de las genera[illegible] con lo que es posible [illegible] en la propagación [illegible] "infecciones genitales [illegible]" [illegible] de mujeres jóvenes, [illegible] falta de educación sexual [illegible] de educación sanitaria en general.

El siguiente factor de riesgo, la "multiparidad", [illegible] [illegible] en el [illegible] con las políticas de planificación [illegible] en el cuerpo femenino [illegible] la [illegible] de las mujeres.

[illegible] los métodos más utilizados son la esterilización y los anticonceptivos hormonales (61), y de estos últimos existen evidencias de que su uso prolongado disminuye la inmunidad hacia las infecciones virales, al igual que los otros, los métodos de barrera más propiamente dichos en los [illegible] y el [illegible] o [illegible] [illegible] de la [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] significa, por tanto, que el papel del (la/los) compañero(s) sexual(es) como factor de riesgo para las mujeres es más importante para la etiología de la enfermedad, de lo que hasta hoy se ha admitido. Consecuentemente, hasta se le ha omitido de todo programa de atención y sólo se le menciona de pasada como factor de riesgo, [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

Sin embargo, su relevancia es cada vez mayor como elemento clave que favorece el desarrollo de las infecciones virales, de las displasias y del CCU, ya que de los comportamientos sexuales de las mujeres que la [illegible], el varón participa en: 1) el inicio de la vida sexual, 2) los embarazos [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] general [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] utilización o no del condón, y su uso adecuado y frecuente, como medio de prevención de ETS.

La fuerte vinculación entre el CCU y los comportamientos sexuales, presenta entonces una situación similar a la del sida o del herpes genital, ya que es mayor la probabilidad de riesgo [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] de higiene y de utilización del condón, o el tipo de intercambios sexuales que favorecen el contagio por ETS, el contagio [illegible].

Cierto número de estudios expresa que una mujer puede ser puesta en riesgo por la actividad sexual de su compañero [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

han mostrado estar en un riesgo mayor que las mujeres cuyas parejas no lo son. (45. Ver además 46 y 47)

Con todo, especialmente digno de análisis es el uso de la palabra "promiscuidad". En primer lugar, llama la atención el uso de un término tan impreciso, carente de rigor discursivo e impregnado de una visión religiosa, judeocristiana principalmente, del cual nunca se da una definición no prejuiciada y con ello se le deja conservar su intensa connotación de juicio de valor peyorativo y condenatorio de ciertas prácticas sexuales, atribuidas sobre todo a las mujeres. En el diccionario (48,49), se habla de mezcla, de confusión y, curiosamente, de la combinación de carnes como alimento durante la vigilia.

Ante tal ambigüedad resulta significativo el uso de ese tipo de nociones bajo las que subyacen criterios de valoración moral como ejes para estructurar políticas sanitarias y atender los problemas de la salud colectiva de hombres y mujeres. Especialmente cuando –como se señaló en otro capítulo–, se ha visto que es histórica la atribución de significados y valoraciones morales que las distintas culturas elaboran invariablemente acerca de las enfermedades, independientemente de la objetividad que contengan, la cual por lo general no suele predominar, y cuya transformación se da muy lentamente. Por eso es cuestionable que todavía se favorezca la presencia de palabras culturalmente culpígenas frente a las cuales el gremio médico y los diseñadores de las políticas siguen mostrándose apegados, en una "incomprensible" ambigüedad que entorpece la intervención epidemiológica pertinente.

En una segunda acepción, el término hace alusión a gran número de parejas sexuales, pero nunca se especifica cuál es la cantidad desde la cual va a hablarse de promiscuidad, y lo que es más importante y delicado aún: quién va a decidir cuántas parejas son el criterio y por qué, ni si va a juzgarse por igual si se trata de hombre o de mujeres con "muchas" parejas

Tercero, si se supone que tener más de un consorte implica la realización de prácticas "promiscuas", tampoco se señala en ningún lugar que la duración de las relaciones con cada compañero/a sexual juegue algún papel en su definición, por tanto parecen enjuiciarse por igual los contactos casuales que los permanentes, si es la conducta sexual femenina la que va más allá de la monogamia.

Así, se deja libre curso a la valoración condenatoria de la sexualidad femenina y, al mismo tiempo, se velan los riesgos de contraer por ambos, alguna ETS. Si se pensara en la salud colectiva, se haría el suficiente énfasis en la prevención de dichas enfermedades como parte de la salud sexual de la pareja.

En efecto, desde la Norma Técnica hasta los programas de atención al cáncer, incluso el lenguaje médico, están influídos por un discurso ideológico bajo el que prevalecen valoraciones sexistas y patricarcales, de ahí que se excluya la relevancia de los comportamientos sexuales masculinos como factor de riesgo en los procesos mórbidos del CCU.

Es así como la sexualidad entendida como hecho cultural, social y de ejercicio del poder político puede esclarecer varios

aspectos sobre la salud de las mujeres que han sido abordados desde perspectivas basadas en apreciaciones distorsionadas.

De la Peña y Toledo (50), en la encuesta que realizaron en 1992 acerca de las actitudes y prácticas sexuales usuales entre la población del Distrito Federal, encontraron que:

> Sólo dos de cada 5 personas sexualmente activas han tenido contacto únicamente con otra persona. Una cuarta parte ha tenido relaciones con dos o tres parejas distintas, mientras que otra quinta parte lo ha hecho con entre 4 y 10 personas, siendo únicamente la séptima parte quien ha tenido prácticas sexuales con más de 10... Es así que mientras las mujeres reportan apenas un poco más de 2 parejas sexuales en su vida, habiendo tenido un único compañero sexual casi 2 terceras partes, los varones reportan más de 8 parejas sexuales y sólamente la séptima parte reporta una única compañera sexual, siendo UNO de cada CUATRO los que afirman haber sostenido relaciones sexuales con más de diez mujeres. *(El subrayado es nuestro)*

Dichos resultados muestran que, efectivamente, el comportamiento sexual por sexos difiere entre sí –por lo menos respecto al número de parejas–, a tal grado que enfatiza la inconsistencia, imprecisión, parcialidad e inconveniencia del calificativo "promiscuidad" aplicado al comportamiento sexual de la población femenina mexicana ya que, en caso de ser aplicable, lo es más al estilo sexual masculino, lo cual apoya de nuevo la necesidad de considerar a la pareja sexual como factor de riesgo en los programas de atención al CCU. Sin embargo, asociaciones de tal índole han prooporcionado un fuerte apoyo cultural para generar una valoración distinta y desfavorable para la sexualidad femenina.

Respecto a las valoraciones culturales acerca de las enfermedades, juega aquí un papel importante la tendencia tradicional a culpabilizar al enfermo por su padecimiento –como se vio en el capítulo anterior–. Berlinguer (51), Donnangelo (52) y Rosen (53), entre otros, han descrito las transformaciones históricas de los conceptos de enfermedad en distintas culturas, y así tenemos que se les ha asociado con pecado, culpa, castigo, etc. En este sentido también la práctica médica actual en tanto producto histórico cultural, parece estar reproduciendo dichasvaloraciones en el caso del CCU al calificar de "negligencia", "ignorancia", "resistencia", "apatía", "indiferencia", etc., los comportamientos de las mujeres frente a las infecciones genitales u otros signos más silenciosos, o bien por no practicarse una citología sencilla como el papanicolaou.

Pero el comportamiento de los distintos grupos de mujeres, sobre todo de los grupos mayoritarios menos escolarizados, es perfectamente lógico si se analiza su contexto social e ideológico–cultural. El CCU, al tratarse de una enfermedad del "sexo", despierta en las sociedades donde predomina el catolicismo una actitud cultural frecuente de condena hacia la sexualidad en general y la femenina en particular, por lo que es casi automática la asociación entre pecado–sexo y castigo–cáncer. A su vez

esto refuerza creencias ancestrales, bastante arraigadas y vigentes de que la enfermedad es una forma de expiar actos censurables. En tales circunstancias las mujeres optan por guardar silencio sobre sus síntomas: sea por creencias culturales, sea por temor a ser enjuiciadas incluso por sus propias parejas o por los médicos. Por ejemplo, entre los grupos marginales las histerectomías (método muy utilizado en casos de CCU), se consideran formas que inutilizan sexualmente a la mujer ("la vaciaron"), por lo que para ella representaría una amenaza de posible abandono por el compañero sexual, muchas veces el principal proveedor económico a quien las mujeres ven como tal aunque no lo sea (ver capítulo 5).

Lagarde (54) opina que los diversos ámbitos o instancias avalados socialmente como propios de la existencia y el desarrollo de la mujer, en realidad son expresiones del cautiverio donde se reproduce su opresión social. Hay que agregar, para el caso de la salud de la mujer, que el cuerpo femenino es el primero de ellos. Para las concepciones patriarcales el cuerpo femenino es desencadenante del deseo masculino –por eso el islamismo prescribe que la mujer oculte incluso el rostro–. Así, mientras el cuerpo y la sexualidad masculinos están hechos para responder y actuar, la mujer atrae y recibe. Ella está al servicio del Otro, su existencia tiene sentido en tanto se da a los demás: padre, esposo, hijos.

De ahí la atribución de "naturaleza" biológica, inmutable y eterna a la feminidad, impermeable a las transformaciones y como en oposición a la historicidad, a la influencia social, al cambio, características del mundo construído por la acción masculina. De igual manera se presenta como hecho "natural" la existencia de las organizaciones sociales patriarcales que privilegian y exaltan las diferencias establecidas por el sexo biológico. Para transformar el status quo tendría que aceptarse que dichas diferenciaciones se deben a relaciones de poder, históricamente establecidas para perpetuar la desigualdad social de las mujeres.

Por tanto, y volviendo a la situación del CCU, en una sociedad patriarcal en la que lo masculino tiene mayor estatus, si un hombre ignora o niega que tiene una infección por papiloma, ¿qué peso tiene la opinión o el conocimiento que la mujer posea de sus prácticas sexuales personales? Aunque ella esté segura de que no ha tenido contacto más que con su pareja (lo cual concuerda con la encuesta mencionada antes), y si su compañero niega que él haya tenido otros contactos, ¿quién tiene social y culturalmente más credibilidad?

Resulta menos difícil entender la serie de imprecisiones de que está impregnada la definición de un problema de salud pública, en la Norma Técnica, así como las actitudes sociales que de ahí derivan, gracias a autores como Foucault (55,56), para quien el ejercicio del poder implica predominio y validación del conocimiento que lo respalda, a través de la consecuente prohibición o la aplicación del silencio a aquellos discursos que le contradigan. Con ello asegura su efectividad, funcionalidad y permanencia y, sobre todo, que ese poder se ejerza permeando todos los niveles e instancias de la vida social, no sólamente en aquellos espacios que detentan el poder o están a su servicio abiertamente. El gran aporte de

Foucault, según Lichtman, es fundamental para entender que "el poder no está localizado en una esfera social, económica o política, sino que más bien se difunde a través de una multitud de instituciones que constituyen la sociedad" (27).

En un sentido crítico se replantea el sentido y explicar la relación médico–paciente, donde las mujeres están subordinadas a la figura y autoridad médicas, tanto en su calidad de sujetos como de usuarias (28,29). Este último aspecto ha sido señalado también por grupos de mujeres, ya que la manipulación de que es objeto el cuerpo femenino por medio de las tecnologías reproductivas aporta numerosos ejemplos de violación de derechos sobre el propio cuerpo, a un concepto de salud restringido, limitado a vivir los avances propios de la reproducción sin la intervención de regeneraciones médicas, a la legitimación de las necesidades de salud de las mujeres por encima de los intereses médicos y demográficos.

En el caso del SSR y otras experiencias de tipo ginecológico, puede hablarse de una actitud predominantemente sexista que como resultado focaliza el interés en los resultados de salud pública, por lo que el tercer dato es que tanto la morbilidad como la mortalidad siguen en aumento. Esto se inicia desde la definición misma, el diseño de las políticas de atención y el peso depositado en cada una de ellas, por que se parecen producir enfoques unidisciplinares que responsabilizan unilateralmente a las mujeres.

Además se enfatiza la individualización de los problemas de salud en las mujeres, cuando debe desplazarse hacia la práctica de la intervención médica, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, se utilizan de manera acrítica, descriptiva y desordenada, términos con una gran connotación peyorativa, que no pueden modificarse para poder aceptarse para cualquier disciplina seria. Es el caso concreto del término "promiscuidad" que debe ser reconsiderado por la relación con diversas parejas sexuales de alto riesgo, basado en cuanto alude a prácticas poco favorables –como por ejemplo no usar condón– a la salud de las personas independientemente del sexo.

La vieja frase "salud para todos en el año 2000" sigue siendo poco probable para la realidad de las mayorías, especialmente las femeninas, pero que se sigan tomando en sus intereses, necesidades, opiniones y cuidados, supone que indudablemente van más allá de los procesos biológicos de la reproducción en otros factores de riesgo para su salud.

3.3 El contexto médico-cultural del SSR.

Tradicionalmente, el objeto de estudio de la medicina, es decir, la enfermedad, se ha convertido en el parámetro para determinar la existencia de la salud.

Loría (30) señala que en la tercera década de la medicina se han visto los aspectos de la vida social a relacionar con padecimientos propios de la medicina clínica los ámbitos sociales, a determinar la patología o la normalidad de los seres humanos y de los fenómenos sociales, convirtiéndose su con-

pacientes por imponer o aplicar normas o reglamentaciones y, así, dejaron poco espacio.

Dentro de esta línea, el del médico mítico Hipócrates, quien aconsejaba del lado sobre cómo cuidar a los enfermos, por eso ha expulsado aquellas ciencias que remedaban la especificidad, como la psicología y el psicoanálisis. No obstante, aumentaron cada vez más los sindicatos sobre la importancia del estado emocional, por ejemplo, o de la calidad de vida de la persona que enferma de cáncer, como factores que ocupan también cierto lugar de cura del equipo médico, en los hábitos de "curación".

Los escritos de Sontag (91), Ariès (92), Holland y Lindley (93), vuelven sobre la cuestión de la enfermedad y la muerte, se acompañan también con aquellos que se dedican a la medicina y de atención hecha en los hospitales "por sentido adicionales" (94), como son los médicos del paciente y los otros propios enfermos.

Sontag (95) por su parte, plantea que cada individuo tiene una experiencia específica de la enfermedad diferenciada, no obstante, con representaciones sociales más amplias.

A través de diferentes medios como la propaganda formal e informal, la literatura, las películas y espectáculos, revistas, etc., las actitudes hacia desarrollo del cáncer una imagen social que la asocian con la muerte inminente.

Los efectos se notan, al más pronto, cuando los alumnos en médicos médicos son instituidos para intervenir aunque hasta la cuarta intervención -al menos en Chile-, en el transcurso de cualquier año de nuevo, los alumnos que a cargo, sin embargo, hacen el descubrimiento, no generalizado de la enfermedad (mediados del siglo XIX), la radioterapia en la década de los veinte y la quimioterapia a finales de los cuarenta, hasta muy recientemente, hoy dicen: ha comprendido que enfermedades incurables, incluyendo el cáncer, es que durante generaciones nunca se han venido estableciendo sin que les haya llegado a comprender ciertos polos de diagnóstico científicos de enfermedades sanas que resultan las víctimas cuando tratamientos. Y estado general del conocimiento sobre los diferentes tipos de cáncer.

Si profundizamos, también hemos de contribuir a "sacar" la atención del enfermo, la enfermedad del cáncer como parte de de Jesucristo inevitable e inevitable (como lo es la muerte), alrededor de la imaginación popular, lo cual dificulta la aceptación de cáncer como enfermedad grave -que amenaza la vida-, por lo tanto, es culturalmente aceptado sobre su creación, sino también, y a pesar, como nada por evolución hasta la prevención como la población, trabajo e incluso la información.

Esto significa también que las personas comunican necesidades de forma diferencial, con respecto a otras enfermedades graves para su salud, dependiendo de su edad e importancia para cubrir los recursos económicos, afectivos y sociales (familiares) adecuados para enfrentar el cáncer, lo cual es que generan diagnósticos diferenciados al que también tienen, al menos, otra forma de vivir de acuerdo a diferencia entre la lectura

especializada (médica) y la de divulgación científica en general, donde aquélla participe en la construcción de una idea más objetiva, menos "mítica" y catastrófica del cáncer en la cultura popular.

Para Holland (66), la detección temprana del cáncer está estrechamente ligada a la educación para la salud. Fue así que una vez que se avanzó técnicamente, se volvió imprescindible motivar a la gente para buscar tratamiento lo más tempranamente posible, mas para logarlo había que organizar acciones de información y convencimiento que no siempre han podido sostenerse con sistematicidad.

El diagnóstico de cáncer, desde el momento mismo en que es anunciado genera una experiencia de fatalismo que a nivel psicológico se acompaña de reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre y preocupación por el futuro. Inquietudes como estas están pues presentes en el caso del CCU que afecta principalmente a grupos de mujeres adultas con responsabilidades sociales importantes, donde la eventualidad de su muerte traería repercusiones muy serias para su círculo familiar, por lo menos. En estos grupos de edad las mujeres se encuentran en la madurez de experiencias personales, profesionales o laborales, pues son etapas de la vida de la mujer en que el matrimonio o la vida en pareja y, comúnmente, la maternidad, se convierten en tareas o proyectos importantes como expresión de la realización personal o, al menos, como parte sustantiva de ésta. Las mujeres en estas edades juegan un papel decisivo en la estructuración social, en relación directa con el funcionamiento familiar (reproducción social).

De esta manera puede entenderse que las enfermedades crónicas y graves como el cáncer transformen el orden de la vida del enfermo en todos sentidos y, en consecuencia, se generen crisis. Vivir en crisis significa que no se ha de volver al estado anterior aldel diagnóstico, ya que el rompimiento o dislocación que implica ha introducido modificaciones irreversibles en la vida.

Canguilhem (67) propone entender la presencia de la enfermedad como fuente de una reacción catastrófica orgánica. El enfermo ve restringidas sus posibilidades de privilegiar cualquier acto, ya que la enfermedad restringe el margen de elección de comportamientos con que cuenta el cuerpo para restablecer el orden en su vida. Las modificaciones que acarrea una crisis, dependiendo de su gravedad, pueden implicar un replanteamiento positivo del sentido de la vida. Pero también, lo que es más frecuente, provocan trastornos y sufrimiento que desestabilizan a quien la padece. De una crisis por enfermedad se puede obtener un replantamiento del estilo personal e interpersonal, o puede representar un estancamiento en ella, con pérdida y/o abandono del individuo enfermo a su suerte y la proyección de este resultado hacia su entorno personal y social.

Comúnmente sucede que el peso de la significación social del cáncer = muerte, al que se suman los efectos de la crisis -laborares, familiares, económicos, psicoafectivos, etc.- en toda persona involucrada, dificultan que el enfermo desarrolle una serie de normas nuevas, necesarias para adaptarse a esta nueva forma de vida que es el vivir enfermo. Hasta ahora lo que sucede respecto a la atención del enfermo de

cáncer, especialmente en los casos terminales, es que se acentúan la soledad y la fragilidad del enfermo, cuando más necesita de redes de apoyo social para enfrentar el proceso de la enfermedad y la muerte propia. Ante el CCU se incrementa la experiencia de peligro potencial para la salud, por que si bien la mayoría de las mujeres busca con gran prontitud la atención médica, otras serefugian en estados emocionales que anulan su capacidad de actuar o de continuar con los tratamientos. A lo cual contribuye, también, la falta de información en términos accesibles al nivel de escolaridad de las mujeres, no de los especialistas, y no alimentar ideas irracionales o tendencias a negar la dimensión del padecimiento, o a no darle importancia al seguimiento –reacciones que suelen presentarse.

Surge nuevamente la relación médico–paciente como un aspecto clave para incidir en la actitud de las mujeres hacia la prevención, la detección, los tratamientos y, paralelamente, hacia el significado social del cáncer, así como la valoración moral que las mujeres imprimen a su responsabilidad personal tanto en el "contagio" como en el desarrollo de la enfermedad, y la actitud de mayor o menor compromiso hacia su propia salud.

Otro punto relacionado con este binomio es el manejo de la información sobre diagnósticos y pronósticos. No se sabe cuál es el criterio seguido para dar un diagnóstico en términos de cáncer algunas veces, y otras de "infección fuerte" en el caso de las displasias y las NIC. De ahí que surjan algunas interrogantes: ¿Depende de las características personales de la paciente, tales como escolaridad, edad, nivel de demanda de información, hermetismo, estabilidad emocional (percibida por el médico en turno)? ¿Depende de la personalidad particular e ignorada de cada médico? ¿De su propia estabilidad emocional, de la empatía con la paciente, de su humor en el momento de la consulta?...

Son más las preguntas que las respuestas y gran parte de la dificultad para responderlas estriba en la falta de acceso para estudiar psicológicamente al gremio médico pues éste, además de que excluye de su paradigma teórico cualquier alusión a la subjetividad, descalifica las disciplinas que lo hacen. Lo que sí queda claro es que la tónica pre-valeciente en la relación médico–paciente es la ambigüedad. Cuando no predominan discursos especializados de por sí poco accesibles a la comprensión de personas escolarizadas y que se vuelven crípticos para la población abierta, de baja escolaridad. O dichos discursos tienen connotaciones valorativas que se viven por la mujer como un juicio sobre su conducta sexual, que la más de las veces carecen de validez y bases reales, pero sí oscurecen la comprensión y actuación objetiva y pertinente para encarar el problema.

Amir (68), quien realizara una interesante investigación acerca de éste tema, con médicos de diversos hospitales –en Israel–, encontró que por su formación, su experiencia profesional y su posición personal, el médico carece de instrumentos para enfrentar los aspectos psicológicos que presenta el enfermo de cáncer en su demanda de información sobre diagnósticos y pronósticos. Para Krant (69), esas dificultades del gremio médico en la transmisión

del mensaje se deberían a que: "informar significa legitimar su desconocimiento y hacer frente a nuevas demandas (apoyo psicológico, receptor de angustias y/o agresiones, solicitud de protección, etc.), para las que no está capacitado."

Señalar las limitaciones de la práctica médica es parte necesaria para mostrar qué tan urgente es modificar el modelo conceptual del que parte y que da operatividad a políticas y programas fallidos, precisamente porque desde su raíz adolece de serias anomalías. Ignorar los contextos social y psicológico de los procesos salud y enfermedad, no intentar explicar en detalle esa determinación, impide actuar de manera adecuada sobre el problema ya que sólo se toma parcialmente el objeto de estudio, dejando de lado la naturaleza psicosexual, cognitiva y emocional de los distintos grupos de la población femenina.

Seguir en el desconocimiento de las experiencias, opiniones y evaluaciones que tienen las mujeres sobre los servicios de salud, es renunciar a la retroalimentación necesaria para rediseñar los programas de atención al CCU, ya que hasta hoy el foco de las estrategias está puesto en la enfermedad y no en la salud de las mujeres.

Por ejemplo, se ignora el significado que las mujeres dan al examen papanicolaou, necesariamente distinta a la del personal médico y paramédico, cuya incomodidad (al menos puede aceptarse que la hay), pudiera motivar que se retrase hasta volverse inevitable, es decir, hasta que aparezcan signos o síntomas inquietantes; de hecho, para las mujeres no es una experiencia frecuente o que forme parte de su vida cotidiana el mostrar los genitales ante extraños. Por el contrario, para quienes toman la muestra es un asunto rutinario y suelen impacientarse con las conductas femeninas "incomprensibles".

En síntesis, podría decirse que en todos los programas que ya están operando, las campañas propagandísticas y otras acciones, debe incluirse la consideración de éstos y otros hechos psicosociales y culturales importantes que al parecer están ejerciendo una influencia decisiva en los comportamientos femeninos hacia su salud y lo relacionado con la detección oportuna y la prevención del cáncer cérvicouterino.

REFERENCIAS

1) RICHTERS ANNEMIEK. (1992). Introducion. Social Science and Medicine. Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol 35 (6), pp 747-751

2) LAMBLEY PETER. (1993) The role of psychological perspective. British Journal of Medical Psychology, Gran Bretaña. No 66, pp 43-60

3) OMS/ORG MUNDIAL DE LA SALUD. (1993) World Health Statistics Annual. 1992. Impreso en Ginebra, Suiza, pp D-171 y D-301

4) SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J. (1988) Problemas y Programas Prioritarios de Salud en México. En: La Salud en México. Testimonios 1988. Edit SSA-F C.E, México. Tomo II, pp.168-171

5) PERIODICO "EL DIA". Octubre 5 de 1990,

Secc.Estados,pp.1 y 3

6) PERIODICO "LA JORNADA". Febrero 20 de 1993, pp.16 y 17

7) INEGI. (1994). Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.10, México, pp. 45–65

8) OMS (1993), op.cit., p.D–311

9) LAMBLEY P. (1993), op.cit , p.43

10) Véase: HERRERO ROLANDO ET AL. (1993). Variación Geográfica del Cáncer Invasor del Cuello Uterino en Costa Rica. Boletín de OPS, Washington. Vol.114 (2), pp.130–140. TAmbién: KIRKMAN–LIFF BRADFORD, JACOBS K.J.(1992). Access to Cancer Screening Services for Women. American Journal of Public Health, EUA. Vol.82 No.2, Mayo. pp.733–735. Y: BOSS LESLIE, GUCKES F.(1992) Medicaid Coverage of Screening Tests for Breast and Cervical Cancer. American Journal of Public Health, EUA. Vol.82 NO.2, pp.252–253

11) SSA/SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (1989). Anuario Estadístico 1988. Dir. Gral. de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales, Dir de Estadística México

12) SS/SECRETARIA DE SALUD. (1990). Anuario Estadístico 1989. Dir.Gral.de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales. Dir. de Estadística. México, Septiembre.

13) SS/SECRETARIA DE SALUD. (1991). Anuario Estadístico 1990. Dir.Gral.de Estadística. México. Bajo la coordinación de la Lic. Adriana Guerra Gómez. pp.351–353. Cuadro III 3.1

14) SS/SECRETARIA DE SALUD. (1992). Anuario Estadístico 1991. Subsecretaría de Coord.y Desarrollo, Dir.Gral.de Estadística, Informática y Evaluación México. Bajo la coordinación de Lic. Constanza Rodríguez H. y Lic. Susana Manjarrez, pp.369–371. Cuadro IV 3.1

15) SS/SECRETARIA DE SALUD. (1993). Anuario Estadístico 1992. Subsecretaría de Coord.y Desarrollo, Dir Gral.de Estadística, Informática y Evaluación México. Bajo la coordinación del Dr. Jorge Morales y Lic. Susana Manjarrez P., pp.453–455 Cuadro IV 3.1

16) SS/SECRETARIA DE SALUD. (1994). Anuario Estadístico 1993. Subsecretaría de Coord.y Desarrollo, Dir. Gral.de Estadística, Informática y Evaluación. México, pp. 441–443. Cuadro IV 3.1

17) SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J. (1988), op cit., p 170

18) OPS/ORG.PANAMERICANA DE LA SALUD. (1989). Guías para la Evaluación de los Programas de Detección Precoz del CCU. Boletín de OPS, Washington. Vol.107 (5), pp.454–457

19) SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J. (1988), op.cit., p.171

20) LOPEZ ARELLANO O. (1991). Modernización de la Política Sanitaria Mexicana. 5º Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Venezuela. Marzo. Dcto. de la Maestría en Medicina Social, UAM–XOCHIMILCO.

21) BODENHEIMER THOMAS. (1992). Los Frutos de la Descomposición del Imperio: La política de salud estadunidense en la Era de la Austeridad. En: Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Edit. Fund. Friedrich Ebert, México, pp.185–205

22) LAURELL CRISTINA, ORTEGA M.ELENA. (1991). El Impacto del TLC en el Sector Salud. Edit.Fund.Friedrich Ebert, México. Documentos de Trabajo No.36, pp.6–15

23) LOPEZ ARELLANO O. (1991). ¿Desmantelamiento o Modernización de la Política Social? En: Políticas Sociales en América Latina. Escola de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. (Mimeo), pp.25

24) INEGI. (1990). Resultados definitivos XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. México

25) INEGI–ENCUENTRO NAL. DE MUJERES LEGISLADORAS. (1992). La Mujer en México. (Una visión a través de estadísticas nacionales). México, p.20

26) ibíd

27) DE LA PEÑA RICARDO, TOLEDO ROSARIO. (1991). El Sexo en México. Encuesta realizada por el Gabinete de EStudios de Opinión, S.C. para el Suplemento Dominical del periódico "EL NACIONAL", México, Mayo 11 a 14.

28) PICK SUSAN (1989). Bases para el desarrollo de un nuevo enfoque de Educación Sexual Adolescente: Planeando Tu Vida. En: Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. GALEANA P. (Compiladora). Dir. Gral. de Intercambio Académico–UNAM, México, pp.97–106

29) OPS. (1985). Manual de Normas y Procedimientos para el Control del CCU. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.6, Washington., pp.49

30) OPS. (1989). op.cit., p.455

31) HOWARD JAN. (1987). Avoidable mortality from Cervical Cancer: Exploring the concept. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.24 No.6, pp.507–514

32) SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J. (1988), op.cit., p.171

33) HOLLAND JIMMIE. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ. Press. New York, Capítulos 1 y 2

34) LAMB M.A. (1990). Psychosexual Issues: The Woman with Gynecological Cancer. Seminars on Oncology Nursing, EUA, Vol.6 No.3, pp.237–243

35) LERMAN C., CAPUTO C., BRODY D. (1990). Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients. Journal of American Board of Family Practitioners, EUA. Vol.3 (3), Jul–Sep., pp.151–156

36) WEIJMAR S.W., WIEL H.B van, BOUMA J, JANSENS J., LITTLEWOOD J. (1990). Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study. CANCER, EUA, Vol.66 No.2, pp.402–407

37) LAUVER D., RUBIN M. (1990). Message framing, dispositional optimism and follow–up for abnormal papanicoalou tests. Research in Nursing and Health, EUA, Vol.13 (3), pp.199–207 38) SAWYER J., EARP J., FLETCHER R., DAZYF F., WYNN T. (1990). Pap Tests of rural black women. Journal of General and Internist Medicine, EUA, Vol.5 (2), pp.115–119

39) LAMBLEY P. (1993), op.cit., p.44

40) DE LA PEÑA R., TOLEDO R. (1991), op.cit.

41) DE LA FUENTE MARTHA. (1991). Epidemiología de la salud de las mujeres y enfermedades reproductivas en América Latina. En: Informe Final del Primer Seminario Regional Latinoamericano sobre salud y Derechos Reproductivos. Sao Paulo. Edit. Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, Impreso en Amsterdam, pp.28–43

42) LAMBLEY P. (1993), op.cit., p.48

43) RED MUNDIAL DE MUJERES POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. (1987) Cáncer Cervical: Causas. Boletín, Ene–Mar, Amsterdam, p.20

44) AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL PATHOLOGY. (1991). Papilomavirus Humano. Vol.95 (4), pp.467–479 y 540–546. Citado en ONCOLOGIA No.1, México, Nota 1602, pp.50–51

45) LAMBLEY P. (1993), op.cit., p.46

46) ANDERSON JOHN, DAHLBERG LINDA. (1992). High–risk sexual behavior in the general population. Results from a national survey, 1988–1990. Sexually Transmitted Diseases, Vol.19 (6) EUA, Nov–Dic., pp.320–325

47) ROSENBERG M., DAVIDSON A., CHEN JIAN–HUA, JUDSON F., DOUGLAS J. (1992). Barrier contraceptives and sexually transmited diseases in women: A comparison of female–dependent methods and condoms. American Journal of Public Health, EUA, Vol.82 NO.5, pp.669–674

48) DICCIONARIO LAROUSSE (1987). Edit. Larousse, México.

49) ENCICLOPEDIA DEL IDIOMA. (1982). Edit.Aguilar, México. Vol.III, p.3410

50) DE LA PEÑA R., TOLEDO R. (1991), op.cit.

51) BERLINGUER GIOVANNI. (1988). A doença. Editora Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Sao Paulo. pp.150

52) DONNANGELO M.CRISTINA, PEREIRA LUIS. (1976). La medicina en la sociedad de clases. En: SAlud y Sociedad. Libreria Dos Ciudades, Sao Paulo, pp.67

53) ROSEN GEORGE. (1958). A History of Public Health. MD Publications Inc., New York, pp.50–80

54) LAGARDE MARCELA. (1990). Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Coord.Gral. de Estudios de Posgrado, Fac.de Filosofía y Letras–Centro de Estudios sobre la Universidad–UNAM, México, pp.851

55) FOUCAULT MICHEL. (1978). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Siglo XXI Editores, México. 2ªEdición, pp.314

56) ———————— (1978). La Voluntad de Saber. Historia de la Sexualidad 1. Siglo XXI Editores, México. 3ªEdición

57) HEKMAN SUSAN. (1990). Gender and Knowledge. Elements of a Postmodernist Feminism. Northeastern Univ.Press,Boston, p.186

58) HARDON A.P. (1992). The needs of women versus the interests of family planning personnel, policy-makers and researchers: Conflicting views on safety and acceptability of contraceptives. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.35 No.6, pp.753–766

59) TUBERT SILVIA. (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Siglo XXI Editores, España. pp.10–20

60) ILLICH IVAN. La Némesis Médica. Citado por TUBERT SILVIA. (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Siglo XXI Editores, España. pp.11

61) SUDNOW DAVID. (1971). La organización social de la muerte. Edit.Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, pp.78–197

62) AIACH PIERRE. (1989). El pacto entre el enfermo y su médico. En: La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales. Edit.MacGraw Hill–Interamericana, España, pp.107–164

63) HOLLAND JIMMIE, ROWLAND JULIA. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. Oxford University Press, New York. Capítulos 1 y 3

64) ARMSTRONG DAVID. (1987). Silence and truth in death and dying. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.24 No.8, pp.651–657

65) KAUFFMAN ALICE. (1989). Los enfermos frente a su cáncer. En: La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales. Edit. MacGraw Hill–Interamericana, España, pp.29–105

66) HOLLAND JIMMIE. (1989). op.cit., capítulo 1

67) CANGUILHEM GEORGE. (1986). Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores, México. 7ª Edición, p.175

68) AMIR MARIANNE. (1987). Considerations guiding physicians when informing cancer patients. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.24 No.9, pp.741–748. Véase también: FIRTH–COZENS JENNY, FIELD DAVID. (1991). Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. British Journal of Medical Psychology, Gran Bretaña. No.64, pp.263–271

69) KRANT J.M., citado por AMIR MARIANNE (1987), op.cit., p.742. Véase también: CANCER. ¿Qué espera de su médico el paciente con cáncer?. Citado en NOta 1601 de ONCOLOGIA, No.1. México 1991. Medical Mag 1992, pp.37–39. Ver además: MURRAY THOMAS. (1986). Divided loyalties for physicians: social context and moral problems. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña, Vol.23 No.8, pp.827–832. Y: TOULMIN STEPHEN. (1986). Divided loyalties and ambigous relationships. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.23 No.8, pp.783–787

CAPITULO 4

LA ATENCION PSICOSOCIAL EN EL CASO DEL CANCER CERVICOUTERINO

4.1 Psicología y Oncología

En el contexto de la psicología de la salud y de la psicooncología existen diversas propuestas explicativas acerca de cómo los procesos psicológicos (léase cognitivos, afectivos y conductuales), estarían involucrados en el proceso salud–enfermedad. Especialmente a partir de los sesenta, se da un impulso en los ámbitos hospitalario y académico –en Estados Unidos–, por encontrar nexos entre los estados mentales y las enfermedades.

Algunos autores sugieren la existencia en el enfermo de cierta predisposición hacia el desarrollo del cáncer, es decir que estarían presentes rasgos de la personalidad favorables a su evolución aun cuando no se hubieran manifestado antes de alguna otra manera, como factores predisponentes. Uno de éstos –o en el que más se ha insistido– es la depresión, que inspiró diversos estudios, aunque como señalan Levenson y Bemis (2), en su mayoría presentan deficiencias metodológicas, como falta de especificidad en cuanto a la definición de la "depresión", lo cual favorece que algunas reacciones frecuentes de desesperanza y desamparo se confundan con respuestas depresivas.

También se ha considerado que el cáncer representa una especie de clímax de somatizaciones y que las personas enfermas cuentan con historias infantiles marcadas por pérdidas significativas, además de que a nivel cognitivo en dichos individuos predominan estilos de evasión o negación para afrontar las situaciones críticas, lo cual a veces sí sucede.

Las explicaciones de carácter psicosomático serían el ejemplo más claro de ésta tendencia espontánea a reunir medicina y psicoanálisis como recurso para abordar de manera integral la atención a las enfermedades y, por tanto, se busca responder en términos de conflictos psicodinámicos a padecimientos de etiología imprecisa que la medicina clínica no sabe cómo resolver. Haynal en una breve revisión histórica destaca a Alexander, French y Pollock –psicoanalistas notables en ésta línea–, para quienes la vulnerabilidad física centrada en un órgano o sistema somático específico, desarrollará el padecimiento cuando la persona enfrente una

situación exterior que movilice sus "conflictos primitivos y altere las defensas que ha elaborado contra ellos" (3). A ésto Haynal añade que la hipótesis de la "especificidad" hay que circunscribirla a cierta temporalidad; en todo caso se hablaría de especificidad de "ciertos rasgos predominantes de los conflictos intrapsíquicos y del estilo interpersonal".

Otros autores, como Wolff, consideran que tal especificidad más que relacionarse con conflictos de personalidad, se vincula con una "respuesta funcional" individual (4). Así, ante el estrés el individuo echa a andar sus reacciones físicas de adaptación, protección, defensa o ataque, en las que participan los sistemas orgánicos respectivos.

En otros momentos de su historia, la medicina psicosomática ha explicado esta vinculación mentecuerpo a través de la enfermedad, como la expresión simbólica de los órganos (Groddeck), como interacción "oferta-demanda" en la relación médico-paciente (seguidores de Balint), o como somatización de afectos rechazados (Mitscherlich). Más recientemente predomina un modelo multifactorial, según el cual la alteración psicosomática sería resultado de tres tipos de factores: los inespecíficos -y que se refieren al sistema individual "de defensas"-, los que generan el condicionamiento orgánico y los que sobredeterminan psíquicamente la respuesta física.

Para el caso del cáncer, sin embargo, Haynal (5) opina que no pueden hacerse afirmaciones tajantes sobre "factores de personalidad que influyan" en su desarrollo, lo cual no invalida que la evolución del padecimiento sí se vea marcada por la personalidad del sujeto enfermo. Con todo, no hay todavía suficiente evidencia para establecer asociaciones de posible causalidad, criterio que parecen seguir, ya que gran parte de los estudios que les sirven de base carecen de rigor metodológico, conceptual y/o analítico, de ahí que se deban tomar sus afirmaciones con cautela.

En otro sentido -de ésta búsqueda de enfoques integrales-, Spiegel (6), plantea que la relación mente-cuerpo en los procesos de la morbilidad puede ser registrada y evaluada a partir de las formas en que las personas reaccionan ante emociones como el enojo o el estilo habitual con que suelen encarar los reveses del ciclo vital o estrés psicosocial. Agrega que cierto número importante de estudios destaca la relevancia del apoyo psicosocial, en cualquiera de sus formas para prolongar los períodos de sobrevivencia en enfermos oncológicos terminales.

Cabe aclarar que lo que Spiegel llama "apoyo social" incluye una gama amplia de modalidades de intervención como: prácticas de apoyo grupal, educación, o asesorías psicológicas. Tal afirmación se basa en experiencias de psicoterapia grupal llevadas a cabo en grupos de mujeres con cáncer mamario invasor, atendidas en sesiones semanales durante un año como parte de los tratamientos. Algunos de los temas abordados en dichos grupos, fueron: 1) miedo a morir y a la muerte; 2) formas de enriquecimiento personal en el período de sobrevivencia; 3) mejoramiento de la comunicación médico-paciente; 4) fortalecimiento de las relaciones familiares, 5) expresión y manejo del duelo ante las pérdidas de compañeras del grupo, 6) construcción só-

lida del sentido de apoyo mutuo y 7) uso de la hipnosis para controlar el dolor y otras manifestaciones somáticas.

Este grupo de investigadores hace una acertada crítica a las intervenciones psicoterapéuticas –inspiradas en interpretaciones psicoanalíticas ortodoxas y las que piden al paciente la "visualización" de la enfermedad, que atribuyen el avance o la remisión del cáncer al "deseo" del paciente, pues generan intensos y contraproducentes sentimientos de culpa en ellos/as. Sobre esto Spiegel dice:

> Si el fracaso en la expresión de emociones lleva al desarrollo del cáncer, entonces una mujer que lo presenta no solo paga con su vida la enfermedad, hay que suponer que se sienta culpable tanto por presentarla en sí misma como por no haber manejado mejor sus sentimientos y relaciones...Muchos pacientes resienten amargamente esta carga de culpa que es la otra cara de la moneda del supuesto control psicológico sobre el desarrollo o la extensión de la enfermedad. (8)

Ciertamente los resultados de los grupos de Spiegel mostraron que las mujeres participantes sobrevivieron más tiempo que las no participantes, además, su calidad de vida se vió sustancial y positivamente modificada al generar una sólida red de apoyo social. Dichos logros son muy alentadores respecto al impacto de la psicoterapia para la sobrevivencia del enfermo de cáncer. Aunque también es importante adoptar una actitud mesurada al respecto pues como lo ha señalado Stefanek (9), los resultados de Spiegel no son evidencia suficiente todavía como para aceptar una correlación sólida. Con todo, sí puede considerarse una aportación real, metodológicamente coherente y obtenida adecuadamente, que apuntala el papel potencialmente positivo de la psicoterapia grupal y su viabilidad de aplicación con mujeres atendidas en instituciones de salud para población abierta.

Además, se suma a otros estudios en psicología social y antropología que apoyan las consecuencias favorables para la salud de quienes cuentan con grupos de apoyo social (3, 10–14), no únicamente en casos de enfermos terminales de cáncer sino en una gama más amplia de padecimientos, lo que enfatiza las consecuencias negativas de la tendencia habitual hospitalaria a establecer el aislamiento físico y sobre todo el aislamiento social del enfermo, como norma de funcionamiento.

Resulta comprensible que en el caso del cáncer avanzado, la salud de los enfermos resienta un agravamiento si a la perspectiva real y cercana de la muerte física se agrega la acción institucional del aislamiento social que, como en otro capítulo mencionamos, hace alusión a una "muerte social". Pareciera que los enfermos de cáncer son los actuales condenados al destierro, como lo fueron los leprosos en la edad media. (15).

Por lo visto hasta aquí, diversos autores coinciden –hecho que además pudimos constatar durante la fase de intervención (cap.5)– con la existencia de una valoración cultural del cáncer como "enfermedad catastrófica" o "grave" que despierta una "actitud pública" –como le nombra Silberfarb (16)– cargada de horror por sentírsele como una "sentencia de muerte".

Son dos factores, al menos, los que podrían alimentar esta actitud. El primero se relaciona con la imposibilidad del paciente de conservar su capacidad para intervenir en su curación, es decir, se ve reducido a la impotencia (en mayor o menor grado, según el tratamiento a que se le someta o haya sometido). En este caso hay coincidencia con Canguilhem en su explicación de la enfermedad como estado de restricción individual en el establecimiento de la normatividad personal. (17)

El segundo factor se relaciona con el pronóstico, que provoca –aun sin quererlo–, un alto grado de incertidumbre y temor a una muerte segura, precisamente por el significado social generalizado en el que se ignora que hay diversos tipos de cáncer con etiologìas particulares y distintos estadios de desarrollo, que son hechos fundamentales para evaluar las posibilidades de cura y/o sobrevivencia. Es decir, no hay UN cáncer sino varias formas de cáncer, lo cual no ocurre con otras enfermedades crónicas, también recurrentes. Pero la, llamémosle así, "atmósfera social" que rodea a esta enfermedad, obnubila en un gran número de casos todas las particularidades.

Colabora a generar éste "halo" de fatalidad el que en la atención curativa se maneja el cáncer como enfermedad aguda y crónica, a la vez, así se contribuye a alimentar versiones de que todos los recursos médicos se han ido agotando y por ello se aplican medidas radicales de urgencia. El uso de tratamientos radicales tiende a generar una analogía importante entre el padecimiento y la aniquilación inexorable.

Esto no significa negar que el cáncer como enfermedad sea un padecimiento grave, pero también es necesario generar un ambiente cultural diferente, más propicio y favorable a la prevención y a la modificación de pautas de vida en los distintos grupos de población. Lo cual requiere de cambics en, al menos, dos aspectos : 1) la difusión masiva por medios de comunicación y literatura, que equipara la destrucción inevitable de lo social y personal, con el cáncer y 2) la difusión excesivamente restringida de la literatura médica especializada sobre los avances científicos y tecnológicos. Con éstos puede darse un panorama realista y desmistificante del cáncer que, por ende, debe popularizarse para propiciar, gradualmente, una significación colectiva distinta.

Por ello en este trabajo se pretende incorporar la atención psicosocial para todas las mujeres atendidas en las unidades oncológicas, aun de aquellas que presentan estadios iniciales como las neoplasias intraepiteliales cérvicas (NIC).

Mientras eso no suceda, resulta inevitable la presencia de crisis psicosociales y emocionales ante la percepción de una amenaza real a la salud y a la vida, con las consecuentes expresiones psicológicas desfavorables y algunos modos de reacción que comúnmente se identifican bajo el término estrés, aunque no sean los únicos que se presentan.

Sobre este punto, Ostell (18) propone que las situaciones de estrés psicológico sean pensadas como las que surgen cuando las personas perciben en un problema costos elevados o significativos que propician una gran exigencia a sus recursos psicológicos al intentar solucionarlo. Es decir, que la

solución a un problema involucra al menos las siguientes actividades psicológicas: 1) cambiar el estado real de las cosas, al estado deseado; 2) cambiar lo que se desea (en términos de creencias u objetivos), para que sea consistente con lo que ocurre; o lo que es más frecuente, 3) adaptar las circunstancias deseadas y reales a una especie de transacción o compromiso.

A su vez, estas opciones de respuesta cognitiva pasan por otros procesos –continúa Ostell–, igualmente importantes como: la "necesidad" de darle sentido a la información; de efectuar una toma de decisiones sobre la reacción ante la información; realizar una valoración inicial entre costos y beneficios; efectuar un procesamiento conceptual y, encarar la respuesta emocional que se presenta.

Cabe señalar que la autora no hace ningún tipo de señalamiento diferencial sobre la dimensión de las respuestas cognitivas y las afectivas suscitadas ante un diagnóstico de enfermedad grave, pero resulta de gran utilidad aplicar algunos de sus planteamientos para diseñar métodos focalizados de intervención apropiados al contexto institucional.

Especialmente por que una característica común reportada por la bibliografía sobre la problemática de quienes padecen cáncer es la existencia de reacciones emocionales. Si bien algunos sólo las mencionan y describen, y otros han intentado precisar cuáles, por qué, cuándo y cómo se presentan. En efecto, hay coincidencia en destacarlas como componente importante que requiere explicación y abordaje adecuados.

Según opinión de Levenson y Bemis (19), las variables psicosociales que han sido estudiadas con más frecuencia –independientemente del rigor conceptual y metodológico, o los errores de que adolezcan los distintos estudios– son los estados afectivos, los estilos de defensa o afrontamiento, las tendencias de personalidad, las conductas y los eventos estresantes de la vida. Cabe preguntarse, ¿ es realmente necesario enfatizar el papel del componente afectivo para entender y atender la problemática psicológica de las mujeres con cáncer cérvicouterino? Varios autores que han explorado más de cerca al enfermo de cáncer responden afirmativamente. Y lo hacen especialmente por que las reacciones emocionales derivan en consecuencias importantes para la búsqueda de tratamiento médico inmediato por los pacientes (al conocer su diagnóstico), su confianza en los tratamientos y la importancia decisiva del seguimiento.

Por otro lado, Silberfarb y Green (20) opinan que hay cierto tipo de respuestas emocionales constantes en el enfermo de cáncer en general, como son: 1) tristeza y desesperanza, 2) ansiedad, 3) enojo, 4) culpa, 5) reacciones de negación, 6) dudas sobre el autocontrol ante la enfermedad, 7) alteraciones en la vida sexual (dependen del estadio de la enfermedad y de los tratamientos), y 8) disminución de autoestima.

Si se analiza este conjunto de emociones como una pauta psicológica de reacción, bajo la óptica propuesta por Ostell sobre el estrés psicológico, tendríamos que cuando una persona enfrenta un diagnóstico de enfermedad grave, como cáncer, es altamente probable que su capacidad cognitiva

atraviese grandes dificultades por lo menos en la fase de la solución de problemas. Por ejemplo, la negación del problema o su evitación –esto en efecto sucede, al menos entre algunas mujeres (ver cap. 5)–, puede retrasar la búsqueda de tratamiento cuando se recibe un diagnóstico positivo de cáncer cérvicouterino (21), o bien propiciar la precariedad de respuestas preventivas o favorecer el abandono del seguimiento y la posibilidad de actuar oportunamente sobre las recurrencias.

Ahora bien, para Silberfarb y Green habría dos tipos de "factores" que influirían en el estado emocional de los enfermos de cáncer: el psicosocial y el orgánico–demográfico. El primero se refiere a la presencia de algún tipo de desarrollo psicológico premórbido o previo al estado de enfermedad, a las características culturales, a la calidad y cantidad del apoyo emocional, a las experiencias previas con la enfermedad y a la situación dentro de la que aquella se desarrolle.

Este primer conjunto de factores de refiere a la influencia del estilo de encaramiento predominante (coping style) del paciente o sus necesidades habituales de defensa que se ven intensificadas durante el proceso de morbilidad. Sin embargo, también se requiere conocer las pautas particulares de respuesta emocional de cada cultura, así como la valoración personal que el enfermo haga de las redes básicas de apoyo social (familia, amigos, cuerpo médico), y lo concerniente a la situación específica que el enfermo atraviesa en el momento del diagnóstico.

En cuanto al segundo grupo de factores, se incluyen la edad, el sexo, la profesión, el ciclo vital con sus tareas correspondientes, además del análisis de los tratamientos, cuyo carácter impersonal acentúa la incapacidad del paciente en el manejo de su situación, y propicia sentimientos de impotencia.

Antes de continuar quisiera precisar un punto respecto a lo que se entiende por reacciones al estrés en el enfermo de cáncer.

Zabora et al. (22) consideran que hay reacciones emocionales exacerbadas, disfunciones conductuales, dificultades de adaptación por el escepticismo frente a los tratamientos, y empobrecimiento en la capacidad de resistir (al sentirse abandonado socialmente, se abandona también), pero no consideran que estas respuestas sean sinónimos de estrés. Lo cual estaría señalando que hay necesidad de imprimirle precisión al término, por lo menos cuando se aplica a la problemática del enfermo de cáncer, ya que son frecuentes las confusiones en la evaluación de la ansiedad y la depresión como componentes de perturbaciones afectivas por estrés o como expresiones de dichos trastornos en sí.

Los autores señalan, además, que ni siquiera en la población "sana" resulta fácil separar esos aspectos, dada su similar caracterización. De ahí que sea recomendable manejar con cierta prudencia los términos al no poder concluirse nada definitivo por la carencia de estudios más rigurosos sobre la definición conceptual de estos constructos tan usuales en la categorización de las conductas emocionales. Entre otras cosas, podrían estarse haciendo generalizaciones con poca fundamentación como el plantear que a mayor gravedad por enfermedad físi-

ca hay mayor estrés emocional, lo cual no ocurre así necesariamente.

En su trabajo, Rowland y Holland (23) enfatizan la importancia de instruir al personal oncológico en el conocimiento de las características psicosociales del enfermo de cáncer, en términos de tareas y vicisitudes del ciclo vital. En efecto, esto contribuiría en gran medida a que dichos especialistas ampliaran el paradigma predominante sobre el proceso salud-enfermedad, o que al menos en la práctica médica se enfatizara menos la enfermedad y se recalcara la búsqueda y preservación de la salud, como eje de toda modalidad de intervención .

Otro punto importante a resaltar de la lectura de Rowland es que en los países desarrollados puede hablarse de la incorporación estructural del servicio de apoyo psicológico en las políticas sanitarias –por apoyo psicológico entendemos aquí cualquier modalidad en que el equipo terapéutico, psicólogo, trabajador, social, médico, enfermeras, etc., interactúa con el paciente, desde la asesoría y evaluación hasta la psicoterapia y su seguimiento.

Aunque no se parte de un modelo teórico de la salud como un todo, al menos se rescata parcialmente la complejidad del proceso salud-enfermedad en los individuos. Y con ello, también, se rebasa un modelo estrictamente biomédico y se apoya la visión de un constructo "biopsicosocial", es decir, el modelo multifactorial común en la epidemiología clásica.

Precisamente por su carácter de enfermedad crónica, estos padecimientos involucran un conjunto de reacciones psicosociales (como decíamos anteriormente al menos en la tríada enfermo–médico– familia), que requieren de abordaje concreto y aún hay mucho por conocer acerca de los métodos de hacerlo y el por qué de los mismos. Sobre todo en los países periféricos y en la atención de la población abierta, más expuesta y desprotegida social, cultural y legalmente hablando, donde la omisión de información amplia para que el paciente elija, es la práctica habitual e institucionalmente establecida.

El concepto calidad de vida, parte constitutiva de los recientes planteamientos sobre el mejor conocimiento de la problemática salud enfermedad en el caso del cáncer, es un constructo teórico que permite incluir, también, la atención psicosocial como parte integral y necesaria de los programas de atención al cáncer cérvicouterino. Al respecto, se ha encontrado que cuando los enfermos de cáncer reciben psicoterapia de grupo, se refleja en una significativa mejoría de su calidad de vida, donde ésta es entendida en términos de mayor bienestar en estado de ánimo, vigor, disminución de dolor y adaptación favorable.

Desafortunadamente, en México, el panorama es otro. Apenas recientemente (1990) en el Instituto Nacional de Cancerología se abrió una especialidad de formación en Psicooncología,a nivel superior, y aunque en otras dependencias del sistema nacional de salud existen modalidades de atención psicoterapéutica, carecen de estatus institucional suficiente para incidir en los programas de atención al paciente oncológico en forma consistente.

Esto ocurre por la predominancia de un paradigma de corte biomédico en la práctica médica, modelo que ejerce una influencia "primaria" en los profesionistas clínicos

por ser la que reciben desde su formación inicial, es decir, desde el pregrado. Como estudiantes, los futuros médicos tienen poco acceso a una cultura psicosocial de la población sobre la que actuarán. En contraste, en el contexto cultural de la población general existen mitos arraigados sobre el carácter "protector" o "paternal" depositado en la figura del médico. El enfermo, en su indefensión, se convierte en un ser "paciente" que se somete a la ingerencia de su "salvador". Pero, ninguno de éstos fenómenos que señalan las ciencias sociales es revisado al interior de las aulas en la formación del médico, ni en los contenidos del currículum.

Otro punto importante de reconocer es que a medida que la complejidad de un fenómeno aumenta, se requiere de la intervención de diversas disciplinas, cuyos conocimientos puedan nutrirse mutuamente. En este sentido, autores como Almeida (25),señalan que la epidemiología toma como objeto de estudio a los grupos de población. Según él, por las condiciones de vida, el trabajo desempeñado, la clase social a la que se pertenece, las creencias que rigen los comportamientos, es decir, las determinaciones que moldean formas concretas de vivir se derivan las dolencias o enfermedades particulares, no de uno o dos individuos, sino de la colectividad, unidad básica que organiza la vida humana en cualquier grado de civilización.

Este punto de vista puede extenderse al estudio de las mujeres con cáncer cérvicouterino,y resulta muy conveniente como advertencia para organizar las investigaciones que desde la psicología se emprendan. Especialmente en nuestro país, donde el cáncer cérvicouterino sigue siendo un grave problema de salud pública y específico de la salud femenina. Es decir que para lograr la disminución de su morbimortalidad, se vuelve urgente actuar en dos direcciones: una teórica y otra práctica. Pero tanto en una como en otra y desde el diseño deben concebirse de manera integral, entendiendo a las pacientes oncológicas como personas que pertenecen a grupos con características sociales, biológicas y psicológicas que sólo se conocen en parte, y por lo mismo requieren de mayor profundización.

4.2. Caracterización psicosocial del enfermo de cáncer .

Como se dijo anteriormente, en su mayoría las referencias bibliográficas coinciden al recalcar que el enfermo de cáncer, además del padecimiento fisiológico, sufre las consecuencias de un hecho social que constribuye desfavorablemente a su situación. Se trata de la atribución espontánea de incurabilidad y mortalidad inevitable, lo que acarrea consigo un cierto tipo de mortalidad inminente, que es la muerte social.

Psicólogos como Erikson (26) proponen la existencia de momentos críticos que todo individuo atraviesa a lo largo del ciclo vital. Es decir, cada persona enfrentaría en distintas fases de su vida una serie de tareas que se le plantean como dilemas cuya resolución o irresolución significarían progreso o estancamiento para el desarrollo cualitativo de su vida personal. Esto resulta particular-

mente importante de considerar en los enfermos de cáncer, ya que la fase de la vida de una persona a quien se diagnostica cáncer indicará qué tipo de apoyo psicosocial requiere, quién, y cómo es conveniente proporcionárselo.

Por otro lado, Moos y Schaeffer (27), hablan de ajuste o adaptación a la enfermedad física. Podría establecerse cierto paralelismo con lo que Canguilhem llama ejercer una normatividad autónoma o capacidad del individuo para establecer normas que rijan su funcionamiento fisiológico personal.

Es pertinente mencionar que Canguilhem se refiere, aunque no las llame así, a enfermedades que amenazan la vida como el cáncer, que excluyen en gran medida al enfermo de participar en su curación, pero las propuestas e investigaciones más recientes, sobre todo las que enfatizan la calidad de vida o de sobrevivencia para el enfermo, obligan a complementar sus propuestas, a darles una conceptualización distinta. Ya que, en efecto, visto el enfermo sólo como ente fisiológico, es decir, como ser cuyo organismo experimenta casi exclusivamente la vulnerabilidad, se ve desprovisto de toda ingerencia en la normatividad de su fisiología, pero si se piensa en términos de sujetos enfermos, es decir, de individuos con existencia psicosocial, sus perspectivas de participación en la organización cualitativa de su existencia, se amplifican y profundizan. Es decir, que en Canguilhem se acentúa el poder médico por ser éste el conductor de la manipulación del organismo enfermo, pero precisamente habría que ampliar esa visión excesivamente fisiologicista e incluir uno de los más críticos señalamientos que el autor hace en "Lo Normal y lo Patológico", referente a la abstracción del sujeto como único poseedor de la experiencia de su enfermedad. Desde esta perspectiva resalta una vez más la posibilidad de gestar en el sujeto–enfermo la capacidad de expresar un discurso y reafirmar su papel protagónico en el proceso de la salud–enfermedad, capaz de generar una normatividad distinta a través de la instauración de un espacio de desarrollo psicosocial y del ejercicio de habilidades cognititivas y afectivas de las que puede apropiarse. El sujeto–enfermo, conocedor de los alcances y limitaciones de la tríada diagnóstico –tratamientos–pronóstico, y constantemente asesorado e informado desde el punto de vista psicológico, puede conducirse más favorablemente para sí mismo, hacia la consecución relativa de su salud. Parte de la relevancia que adquieren la multiplicidad de estudios que, principalmente desde la psicología, se han llevado a cabo con sujetos enfermos de cáncer, tiene que ver con el replanteamiento del paradigma explicativo que proponen. En la atención a esta enfermedad se vuelve una condición *sine qua non*, pasar de un concepto en que el enfermo es objeto de manipulación–médica a otro que proponga entender al sujeto–enfermo, pues la cronicidad de la dolencia hace imprescindible la participación individual para beneficiar su calidad de vida.

Por otra parte, puede hablarse –siguiendo a Rowland (29)– de trescontextos amplios que componen el aspecto psicosocial, y que requieren de intervención, a saber:

- recursos intrapsicológicos
- recursos interpersonales
- estadio del ciclo vital

En el primer grupo se encontrarían variables relacionadas con la personalidad del sujeto–enfermo, su estilo de afrontamiento, esquemas cognitivos, pautas predominantes de conducta, entre otros aspectos.

Los recursos interpersonales abarcan las redes de apoyo social con que cuenta la persona, grupos de amigos, los núcleos de sostén que resuelven aspectos operativos como manutención, transporte, tipo de cuidado en el hogar, etc.

En el tercer conjunto de variables se aludiría a aquellas tareas, responsabilidades, preocupaciones, inquietudes y compromisos establecidos por la edad del paciente y que se suponen, en gran parte, determinados por el ciclo vital humano.

La importancia de esta organización de componentes del aspecto psicosocial estriba en que sus tres ramas hacen comprensible, identificable y accesible la intervención organizada del equipo terapéutico en cualquier ámbito hospitalario.

Tanto médicos como enfermeras pueden comprender qué tan amenazante puede resultar un diagnóstico de CCU para las mujeres de 35 a 45 años, comprometidas con múltiples obligaciones familiares y laborales, al encontrarse en la fase de crianza de hijos, o de hijos adolescentes, por ejemplo.

O también, podrían percatarse de la importancia que los grupos de coetáneos tienen para las mujeres de 60 ó más años, en su calidad de redes de apoyo psicosocial, y entenderían más claramente qué metas u objetivos a corto y largo plazo podrían verse afectados por un estadio avanzado de la enfermedad, lo cual repercutiría en capacidad para detectar y atender mejor los estados depresivos en lugar de propiciar que por ignorancia dicho personal se refugie en actitudes defensivas para no involucrase emocionalmente con los enfermos, mismas que se han venido traduciendo en comportamientos de rechazo o indiferencia. Otro punto de gran relevancia que los autores mencionados proponen, complementa esta propuesta de abordaje. Tiene que ver con lo que ellos llaman patrón general de áreas de perturbación:

1) relaciones interpersonales alteradas/ (distanciamiento)
2) nexo dependencia–independencia/ (dependencia)
3) alteración del logro/ (inhabilitar)
4) imagen corporal–sexual e integridad/ (desfiguramiento)
5) problemas existenciales/ (defunción)

Este punteo funcionaría, junto con la detección del estadio de desarrollo y sus tareas psicosociales específicas, como un manual de identificación inmediata de indicadores para la planeación del plan de intervención más adecuado para cada tipo de paciente.

Respecto al área de los recursos interpersonales, habría que considerar la exploración de la cantidad y calidad de los grupos o personas con que cuenta el sujeto–enfermo, por dos aspectos al menos. Uno tiene que ver con las fuentes probables de apoyo emocional y el segundo, con qué personas puedan otorgar

ayuda de tipo logístico.

Para ello, dada la diversidad cultural de la población atendida por el sector salud para población abierta, se vuelve necesario el conocimiento de las particularidades de costumbres, valoraciones, creencias e interpretaciones que cada grupo elabora en torno a la enfermedad y la muerte. Antecedente clave para elaborar un espacio intrahospitalario que incluya lo que ahora se califica de situaciones de excepción, pero que hacen real la presencia de los apoyos sociales para algunos enfermos que lo requieren así.

Para Rowland (31), es necesario el apoyo social porque:

1) interviene directamente y altera la probabilidad de ocurrencia de un evento estresante (por ejemplo, al proveer de dinero, al ocuparse del cuidado de un niño y /o al proporcionar informaciòn sobre estrategias adecuadas para evitar un problema).

2) reinterpreta el significado de la situación, por lo cual se presenta menos amenazante...

3) influye en el uso de estrategias de afrontamiento (por ejemplo aportar distracción o estimular el humor),

4) ayuda a que las personas cambien su estado fisiológico (por ejemplo, proporcionan comida, bebida o asesoría para relajarse),

5) modifica y fortalece la autoestima, generalmente erosionada por los eventos estresantes.

Puede decirse que, en términos generales, la bibliografía reporta diversos y originales intentos por incorporar de manera funcional la organización del apoyo psicológico para los enfermos de cáncer en general.

Sin embargo, aunque en ella se alude a intervenciones relacionadas con los tipos de neoplasias que representan problemas para la salud pública, o con relevancia en tasas de morbimortalidad de los países en los que dichas experiencias han sido realizadas, hay pocas referencias sobre la problemática psicosocial de las mujeres con cáncer cérvicouterino.

Esto podría deberse a que en los países desarrollados el cáncer cérvicouterino tiene bajas tasas de mortalidad femenina, y por ello existen escasos estudios que puedan ilustrar la variabilidad de situaciones psicosociales que presentan los grupos de mujeres afectadas de población abierta en países como el nuestro y que,por ello, se requiere generar aproximaciones propias, tanto prácticas como analíticas de tipo preventivo, de intervención y de seguimiento.

No es el caso del cáncer mamario, que por ser un padecimiento de mayor incidencia en los países desarrollados – y que en México está desplazando al cáncer cérvicouterino en mortalidad, al menos en el D.F. (32)– ha recibido mayor atención para su manejo psicoterapéutico y apoyo más constante para emprender investigaciones, desde instituciones formales como institutos u hospitales, hasta grupos de ciudadanas mastectomizadas comprometidas.

En México, donde la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino es más alta que por cáncer mamario no hemos obtenido evidencia de que existan grupos específicos de autoayuda, lo cual se presta a pensar que

sería conveniente hacer diferenciaciones más detalladas en cuanto a la valoración cultural atribuída a cada enfermedad. Y en el padecimiento que nos ocupa parece inevitable pensar que el halo de la vergüenza, de la tacha moral a la sexualidad y de la culpabilidad individual, siguen imponiéndose en actitudes no asumidas racionalmente entre la población femenina. Esto se complica por que la intervención de psicoterapeutas y psicólogos no está aún establecida de manera estructural y sistemática en la atención oncológica, aunque ya se cuenta con algunas experiencias concretas, si bien se trata de estudios disímbolos, poco vinculados entre sí y con diversos grados de rigor conceptual y metodológico.

En la Psicología es tradicional aproximarse al conocimiento de los diversos fenómenos a través de los instrumentos de medición como las pruebas, inventarios o encuestas, para construir –o intentar hacerlo– explicaciones apoyadas fuertemente en la estadística.

También en el caso de la psiconcología, la psicología de la salud y de las psicoterapias de apoyo, individual o grupal, se ha recurrido a su utilización e incluso al diseño de aquellos instrumentos técnicos que puedan captar en forma más dirigida los procesos psicológicos afectados, alterados o exacerbados por el cáncer, así como las experiencias subjetivas de las personas sobre su enfermedad, el diagnóstico, el pronóstico, los tratamientos, la curación y la eventualidad de la propia muerte.

Esta vertiente es importante especialmente por la dimensión epidemiológica del cáncer y las limitaciones presupuestales y de personal que caracterizan hoy día a los distintos niveles de atención a la salud de los grupos mayoritarios de países como el nuestro. Es decir, que hay por un lado una elevada demanda cuantitativa de servicios en nombre de la cual se suele sacrificar el aspecto cualitativo del servicio que se presta para satisfacerla. Mas, por otro lado, existe una necesidad de modificar la atención prestada a los grupos de enfermos de cáncer para incluir un proceso permanente de reaprendizaje e incorporación de pautas psicosociales de vida diferentes, en pos de la generación de nuevos estilos de vivir y pensar que se engranen de manera simultánea a la intervención médica, como parte de una estrategia de abordaje integral de la salud.

Ello implica que el psicólogo/a recurra al uso de instrumentos –de aplicación grupal o colectiva–, para evaluar al menos parcialmente pero en forma sistematizada las características psicológicas clave como reacciones a la ansiedad, a situaciones de crisis, o tendencias a la ira, la depresión, la negación, la cooperación, etc. Esto con el fin de diseñar las intervenciones más adecuadas– a corto y largo plazo–, tanto para el paciente como para el equipo terapéutico, en cuanto a propiciar mejores resultados en cada nivel de atención, por ejemplo la continuidad en los tratamientos, la importancia del seguimiento, la prevención, el cuidado de la salud y una modificación de actitudes hacia el cáncer en las familias y otros grupos de apoyo social que rodean a cada paciente, quienes con frecuencia sólo conservan una valoración negativa en su experiencia con la enfermedad, perpetuando el "fatalismo" cultural que le caracteriza hasta ahora.

Aun cuando es controvertida la opinión sobre las ventajas que la modalidad grupal como intervención psicoterapéutica aporta en el tratamiento del enfermo de cáncer, en éste trabajo se considera (un poco siguiendo a Spiegel) que para instituciones de salud destinadas a la atención de la población abierta es la vía màs adecuada para proporcionar apoyo psicológico de manera sistemática y generalizada a las mujeres con CCU desde sus estadios iniciales y medios hasta los terminales.

El modelo propuesto se plantea lograr los siguientes objetivos: 1) impartir apoyo psicológico , 2) optar por la psicoterapia grupal en combinación con la psicoterapia breve, 3) incluir evaluación estructurada y analizable, previa a la experiencia de apoyo psicológico, 4) contemplar sesiones espaciadas de seguimiento.

La elección de la psicoterapia grupal obedece a características culturales de las mujeres mexicanas de estratos económicos marginales cuyas estrategias de sobrevivencia implican la ayuda mutua en multiplicidad de expresiones, y que favorecería teóricamente la aceptación de la experiencia, con todo y que podría objetarse la baja cultura "psi" que la población poco o nada escolarizada tiene y que la haría poco favorable a aceptar la exteriorización de contenidos subjetivos o muy personales.

En este sentido, la amplia bibliografía recabada por los estudios de la mujer, desde una perspectiva de género o desde la antropología, por citar dos líneas teóricas, demuestran que ésto depende más de la teoría y la metodología en que se base el investigador que de la población a atender.

En cuanto al criterio de agrupabilidad, es decir, por qué optar por el grupo más que por la atención individual, tiene que ver también con la elección de la intervención breve, en el sentido de que se opta por un foco u objetivo para cada sesión, a manera de eje que ayudará a vertebrar todas las intervenciones de las participantes así como el trabajo informativo, formativo e interpretativo del psicoterapeuta que conduce al grupo. Por otro lado, hace necesaria la planeación de cada sesión de trabajo en sí misma y como parte de un plan global de intervención , para lograr los objetivos parciales y el objetivo general.

Además, algunas de las características de personalidad que se atribuyen a quienes padecen cáncer sirven de referencia para esperar una mayor frecuencia de comportamientos pasivos, evasivos, de negación o evitación de problemas, con dificultades para expresar afectos, por citar algunos, aun cuando no pueda hablarse de una personalidad predisponente. Esto sin embargo favorece el diseño de estrategias que propicien la participación y la empatía, disminuyan recelos o desconfianzas, siembren un ambiente de "reciprocidad" –el terapeuta les da atención, información, sugiere ideas y tácticas a seguir a cambio de su participación–, no sólo de intervención sin consultarlas, sino de construcción de un ámbito psicológico 'hospitalario'.

Díaz–Portillo (33) y Bellak y Small (34), consideran que un programa psicoterapéutico es breve cuando no rebasa las quince sesiones de intervención y, además, se guía por un foco de intervención. Como en este estudio se siguen ambos criterios, se ubica en el modelo de la psicoterapia breve y de tendencia psicodinámica amplia.

Otro factor que influye en la necesidad de crear modelos y someterlos a prueba, es la carencia de aproximaciones conceptuales adecuadas en el enfoque con que la medicina clínica se aproxima a las enfermedades crónico–degenerativas. Además, parte de esas aproximaciones explicativas imposibilita construir un planteamiento cualitativamente más avanzado, al menos por las siguientes razones.

El encuadre teórico del proceso salud–enfermedad excluye el área de la subjetividad (la experiencia del enfermo), en general y, psicológica (procesos cognitivo, afectivo y conductual) en particular. Por ello en la atención (campo de aplicación), la práctica médica sólo interviene en una parte del problema: su locus biológico.

La medicina clínica enfatiza la responsabilidad del individuo como depositario casi exclusivo de su salud. En este sentido omite las condiciones concretas de vida de grupos de población que presentan las distintas dolencias, en este caso, de los grupos de mujeres que son susceptibles de desarrollar CCU.

Dentro de lo que compete a la psicología respecto a la atención de las mujeres con cáncer, el paradigma clínico en la práctica médica omite la posibilidad de establecer programas sistemáticos de apoyo psicológico como componente del análisis y el diseño de programas de atención integral de la enfermedad, paralelo a la intervención médica, por que en su ejercicio la práctica clínica se centra en cada individuo como "responsable" parcial o total (por ejemplo, los fumadores en cáncer de pulmón, o la "promiscuidad" en las mujeres con cáncer cérvicouterino), de la alteración de su biología.

Un elemento adicional que compete a la psicología, es que debido a la fuerte influencia de la práctica médica en la práctica de la psicología clínica, también se tiende a buscar explicaciones de corte individualista, sin considerar las condiciones de vida, ni el contexto social o la influencia grupal en las características de personalidad y de interacción social de las mujeres. Se llega así a dar explicaciones 'psicopatológicas' de las reacciones poco comprendidas de las mujeres.

La medicina clínica, por su lado, en tanto ejecutora de una normatividad implícita, pareciera aplicar sus tratamientos como símiles de medidas punitivas a aquellos "transgresores", los enfermos, pues de alguna manera si enfermaron fue por culpa suya. Se aborda el conocimiento del cáncer cérvicouterino como una enfermedad de mujeres sometidas a ciertos "factores de riesgo", mismos que se relacionan muy estrechamente con la sexualidad y la vida reproductiva. Sin embargo, la atención médica continúa la exclusión sistemática del papel de las parejas sexuales en la vida de las mujeres afectadas, lo cual es grave si se toman en cuenta los indicios médicos sobre la participación de los varones como se revisó anteriormente.

Si bien se asume en el discurso médico que las enfermedades por cáncer se relacionan con el estilo y la calidad de vida, se suelen considerar muy poco estos elementos a la hora de tomar decisiones sobre tratamientos cuyas consecuencias pueden ser drásticas y afectarlos severamente, en especial por que presentan más dificultades para la adaptación a nuevas formas de vida social, en la reincorporación laboral y, en particular, para la reanudación de la sexua-

lidad. Aunado a esto no suele existir preparación psicológica previa (por lo menos asegurarse de que el paciente esté bien informado), y tampoco posterior (a menos que las reacciones emocionales del paciente sean tan graves o perturbadoras para el médico que ameriten su derivación a consulta psiquiátrica).

A manera de síntesis puede decirse que la dimensión del problema del cáncer cérvicouterino como fuente de elevada morbimortalidad femenina, podría disminuirse con la aplicación sistemática de un enfoque psicosocial en la atención que se dé a las mujeres, desde la detección oportuna y la prevención, hasta los tratamientos. Así, en el siguiente capítulo se describirá la experiencia de apoyo psicológico que se llevó a cabo con un pequeño grupo de mujeres atendidas en un hospital de tercer nivel para población abierta en 1992.

4.3. La atención de la sexualidad en mujeres con CCU.

En su etiología, desde los casos iniciales de éste cáncer se presentan como síntomas importantes la dispareunia (o dolor durante el coito), las leucorreas (flujos sanguinolentos y desagradables) y la inflamación constante del vientre, entre los más frecuentes. Las mujeres responden de distinta manera ante éstas manifestaciones corporales, algunas buscan rápida atención y otras se adecúan a la situación volviéndola algo habitual de su cuerpo y continúan su vida sexual en estas condiciones. En ocasiones es hasta que se presenta un embarazo, cuando solicitan atención ginecológica, que las circunstancias las enfrentan a un diagnóstico no esperado. Está tan asumida entre la mayoría de las mujeres que su sexualidad está al servicio del hombre (frases comunes son "me usa", "quiere que le sirva", "ya no le sirvo", por ejemplo), que parecerían vivir una especie de genitalidad anestesiada. A reserva de que ésto requiere de exploraciones profundas, sólo una especie de despersonalización corporal explicaría esta falta de respuesta a las señales que el organismo emite a través de los órganos sexuales, o al menos a su habituación por períodos prolongados. Por tanto, una de las primeras tareas a realizar en todos los casos es facilitar tanto el conocimiento como el reconocimiento de la imagen corporal, elemento básico para desarrollar un sentido de identidad personal, de discriminación de indicios que son extraños al cuerpo y de una reacción de búsqueda de atención adecuada.

Tan solo el alto número de casos nuevos de CCU que se detectan anualmente, en distintos estadios de desarrollo, no se diga la utilización de tratamientos muchas veces drásticos como las cirugías radicales en los casos avanzados y la prolongación de la vida que se logra con esas intervenciones, hablan de la necesidad de incluir acciones de adaptación y rehabilitación sexual para las mujeres. No se trata sólamente de mantener con "vida" a la persona, importa mucho más que la calidad de vida a que tienen derecho las mujeres, en realidad sea alta.

Importa también que el equipo terapéutico rompa el silencio en torno al tema de la sexualidad, pues en la mayoría de los casos

es el personal quien encuentra embarazoso el pensar siquiera en la sexualidad de las pacientes, o considera –de manera defensiva– que es asunto de ellas y que si no hablan de él es por que ni siquiera se les ocurre pensarlo, pero en la bibliografía se dice lo contrario. Según reporta Auchincloss (36):

> Al estudiar a pacientes con CCU, Vincent y sus colegas (1975) encontraron que el 80% deseaba más información de sus médicos acerca de la sexualidad; sin embargo, el 75% dijo que no lo plantearían por ellas mismas, lo cual enfatiza la necesidad de que el personal tome la iniciativa de hablar sobre el impacto del tratamiento en la vida sexual.

Pensar en la calidad de vida para las mujeres afectadas por CCU implica también ofrecer apoyo psicológico para modificar el impacto de los mitos alrededor del cáncer (el contagio del cónyuge o temor al dolor en el coito, por ejemplo), y los sentimientos de culpa por no haber cuidado su salud o, la sospecha común, del "mal comportamiento" sexual femenino, como la "promiscuidad"

Tal atmósfera de culpabilización, de ambigüedades alimentadas por términos imprecisos y, peor aún que juegan un papel toral en el diseño de criterios y acciones de las políticas sanitarias, como consta en la reglamentación oficial, son factores que estarían contribuyendo poco a superar la actual situación epidemiológica.

REFERENCIAS

1) LEVENSON JAMES L., BEMIS CLAUDIA. (1991). The Role of Psychological Factors in Cancer Onset and Progression. Psychosomatics, Vol.32 no.2. The Academy of Psychosomatic Medicine, E. U.A., pp.124–132

2) ibid

3) HAYNAL A., PASINI W.(1986). Manual de Medicina Psicosomática. Editorial Toray–Masson, S.A. España, p.16

4) WOLF, G. Citado por HAYNAL A., PASINI W.(1986).op.cit., p.18

5) HAYNAL A., PASINI W. (1986). op. cit., p.230

6) SPIEGEL DAVID.(1990). Can Psychotherapy Prolong Cancer Survival?. Psychosomatic. Vol.31, no.4. The Academy of Psychosomatic Medicine, EE.UU., pp.361–365

7) ibid

8) ibidem, p.363

9) STEFANEK M.(1991). Psychotherapy and Cancer Survival: A Cautionary Note. Psychosomatics. Vol.32 No.2, The Academy of Psychosomatic Medicine, EE.UU. pp.237–238

10) EYER JOSEPH, STERLING PETER.(1977). Mortalidad Relacionada con el Estrés y la Organización Social. The Review of Radical Political Economics (URPE). Traducción de la Fac.de Ciencias Médicas, Univ.de San Carlos, Guatemala. (Mimeo).pp.1–62

11) LAMBLEY P. (1993). The Role of Psychological Processes in the Aetiology and Treatment of Cervical Cancer: A Biopsychological Perspective. British Journal of Medical Psychology, Gran Bretaña, No.66, pp.43–60.

12) LEIBER LILIAN, PLUMB MARJORIE, GERSTEN-

ZANG MARTIN, HOLLAND JIMMIE. (1976). The Communication of Affection Between Cancer Patients and Their Spouses. Psychosomatic Medicine, E.U.A. Vol.38 No.6, pp.379–389

13) KAUFFMAN ALICE. (1989). Los Enfermos frente a su Cáncer. En: La Enfermedad Grave: Aspectos Médicos y Psicosociales. Edit. MacGraw Hill-Interamericana, España, pp.29–115

14) SUDNOW DAVID.(1971). La Organización Social de la Muerte. Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires. pp.78–198

15) ROSEN G. (1958). A History of Public Health. MD Publications Inc., New York, pp.50–80

16) SILBERFARB PETER, GREEN STEVEN. (1982). Psychological Concomitants of Cancer: Clinical Aspects. American Journal of Psychotherapy, E.U.A., Vol.36 No.4, pp.470–477

17) CANGUILHEM GEORGE.(1986). Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores, México.

18) OSTELL ALISTAIR. (1991). Coping, Problem Solving and Stress: A Framework for Intervention Strategies. British Journal of Medical Psychology. Gran Bretaña. No.64, pp.11–24

19) LEVENSON JAMES L., BEMIS CLAUDIA. (1991). The Role of Psychological Factors in Cancer Onset and Progression. Psychosomatics, Vol.32 No.2. The Academy of Psychosomatic Medicine, p.126

20) SILBERFARB PETER, GREEN S., op.cit., p.473

21) LAMBLEY P., op.cit., pp.43–44

22) ZABORA J., SMITH-WILSON R., FETTING J., ENTERLINE J. (1990). An Efficient Method for Psychosocial Screening of Cancer Patients. Psychosomatics. Vol.31 No.2, The Academy of Psychosomatic Medicine, EE.UU., pp.192–196

23) ROWLAND J. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ.Press, New York Capítulos 3, 4 y 5

24) HOLLAND JIMMIE. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ.Press, New York, Capítulo 1

25) ALMEIDA FILHO A. (1989). Epidemiología Sem Números. Uma Introduçao Crítica à Ciência Epidemiologica. Editora Campus, Brasil. pp.9–69

26) ERICKSON ERIK. (1978). Notas Autobiográficas sobre la Crisis de Identidad. En: Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI Editores México, pp.5–72

27) MOOS RUDOLPH, CRONKITE RUTH, BILLINGS ANDREW, FINNEY JOHN. (1983). Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Veterans Administration and Stanford University Medical Centre, Palo Alto California, pp.18–23

28) CANGUILHEM GEORGE.(1986). Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores, México.

29) ROWLAND JULIA. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ.Press, New York, Capítulo 3

30) HOLLAND J., ROWLAND J., op.cit., p.26

31) ROWLAND J., (1989). op.cit., Capítulo 5

32) INEGI. (1994). Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno no.10, México. pp.45–65

33) DIAZ-PORTILLO ISABEL.(1987). Terapia Grupal Breve. III Congreso de AMPAG (Asoc. Mex. de Psicoterapia Analítica de Grupo), pp.13–23 (Mimeo)

34) ——————————.(1987). Criterios de Agrupabilidad. III Congreso de AMPAG (Asoc. Mex. Psicoterapia Analítica de Grupo), pp.3–12

35) BELLAK LEOPOLD, SMALL LEONARD. (1986). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Edit. Pax, México. pp.23–61

36) AUCHINCLOSS SARAH. Sexual Disfunction in Cancer Patients: Issues in Evaluation and Treatment. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ. Press, New York. Capítulo 33, pp.383–413

CAPITULO 5

EL MODELO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL

El primer hecho enfrentado en este estudio fue la escasez de referencias sobre modalidades de intervención psicológica directa grupal con mujeres que padecen cáncer cérvicouterino, en distintos estadios de desarrollo y dentro de ámbitos hospitalarios para población abierta. Fue poca la bibliografía encontrada sobre este aspecto, en países desarrollados, que pudiera servir de base para diseñar experiencias basadas en las particularidades nacionales, por ello se consideró necesario partir de las condiciones de funcionamiento real del hospital y de la selección de un grupo de mujeres para diseñar una propuesta de intervención psicológica que buscaba los siguientes objetivos: a) impartir apoyo psicológico, b) a través de la psicoterapia grupal combinada con la psicoterapia breve, y c) incluir procedimientos de evaluación analizable en términos cualitativos, con aplicación previa a la experiencia grupal.

El objetivo perseguido contenía un doble propósito: a) detectar las características psicológicas de los grupos de mujeres atendidas en el servicio de atención oncológica inicial –función que cumple el servicio de colposcopía–, que contara con un diagnóstico médico de CCU In Situ, o NIC (neoplasia intraepitelial cérvica) II y III; b) explorar los alcances del apoyo psicológico proporcionado en una experiencia grupal intrahospitalaria que, a su vez, contara con dos objetivos: proporcionar formación e información sobre el proceso salud –enfermedad en el caso del CCU, y abrir una red de apoyo emocional basada en experiencias comunes, por determinación genérica, para las participantes voluntarias.

Para diseñar el modelo se tomó como base teórica una articulación sui generis de tendencias psicoanalíticas contemporáneas que enfatizan el papel de los procesos yoicos –Kohut (1), Hartmann (2), Erikson (3)–, y las determinaciones de género en la conformación de la subjetividad en las mujeres –Bleichmar (4), Chodorow (5), Money (6), Grupo Argentino (7)– y la psicoterapia grupal breve como modalidad de intervención adecuada para las instituciones –Bellack (8), Holland (9), Spiegel (10)–.

Además, se consideró necesario que el conocimiento determinante de la identidad subjetiva del individuo (en este caso mujeres), reconocido por el psicoanálisis debía

vincularse con ciertos planteamientos de las teorías cognoscitivistas –Lazarus (11), Rowland (12), Ostell (13)–, que al reconocer la interrelación cognición–afecto–conducta, permiten construir un engranaje conceptual favorable al autoconocimiento y manejo personal de la subjetividad en situaciones de crisis.

Por otro lado, desde el punto de vista metodológico, se adoptaron algunos principios que rigen al análisis cualitativo, por considerar que los datos recabados en este estudio obtienen su validez por captar experiencias subjetivas cuya comprensión y caracter de evidencia es asequible si se les interpreta desde su riqueza cualitativa y no por su significación numérica. A grandes rasgos, en base a Strauss(14), el análisis cualitativo se entendería como la tendencia a utilizar diversos materiales como datos necesarios para la investigación que requieren de una teoría efectiva –en términos de su riqueza y alcance explicativo– en tanto que ésta puede aportar un enfoque interpretativo de los fenómenos y sus variaciones.

La escala ERESI (Escala de Respuestas ante Eventos y Situaciones Importantes de la Vida) forma parte de un instrumento más amplio llamado Health and Daily Living Form, diseñado por Rudolf Moos et al. (1983), que busca explorar y clasificar algunos indicadores sociodemográficos, recursos y comportamientos sociales, eventos estresantes y respuestas psicológicas con que la gente suele adaptarse y encararlos.

Con el propósito de hacer más comprensible el desarrollo del estudio exploratorio llevado a cabo, éste capítulo se ha organizado en las siguientes partes: Antecedentes, Descripción de las Sesiones Psicológicas, Análisis de la Encuesta, Análisis de los cuestionarios ERESI aplicados e Integración global de la experiencia.

–Antecedentes.

A continuación se hará la descripción y el análisis de una experiencia piloto llevada a cabo en la Unidad de Oncología del Hospital General de México (S.S.), con el apoyo del Servicio de Psicología de dicha unidad, de febrero a octubre de 1992.

A. La propuesta de intervención.

Originalmente se planteó un estudio cuasiexperimental de intervención psicológica grupal para mujeres con cáncer cérvicouterino in situ (CCU IN SITU). Era cuasiexperimental por no poderse garantizar ningún tipo de aleatorización para conformar dos grupos de mujeres con dicho diagnóstico entre la población atendida de febrero a junio del año mencionado, en el Servicio de Colposcopía y con altas probabilidades de curación si son atendidas cuando se puede asignar tal diagnóstico (ver Anexo 4). Es decir, es ese estadio en el que se encuentra la frontera con las displasias, pero al decir de OPS (16), desde las NIC II y III ya puede hablarse de cáncer.

En la UO (Unidad de Oncología), dichos casos se atienden en el Servicio de Colposcopía generalmente con técnicas de criocirugía que suelen ser muy eficaces,

pero el problema para la salud de las mujeres por el avance del padecimiento tiene que ver con el seguimiento y la falta de entendimiento de la prevención.

El propósito inicial de este estudio tuvo que ser modificado por el funcionamiento institucional propio de la Unidad, y también por el ambiente laboral tradicional en el gremio médico, altamente jerarquizado, que dificultó tener acceso directo a la información por esa vía para obtener datos precisos sobre edad, diagnóstico y lugar de residencia, información básica en la delimitación del grupo de interés, lo cual determinó que hubiera de abandonarse la idea original y se le reemplazara por un estudio aproximativo, de carácter cualitativo y poco concluyente sobre el tema estudiado, debido al reducido tamaño de la muestra y lo limitado de sus alcances. Sin embargo, dada la escasez de evidencias empíricas sobre el tema y el difícil acceso a la población atendida bajo reglamentaciones institucionales, ésta experiencia resulta de valor indicativo por aportar bases más definidas para la intervención psicológica directa en grupos de mujeres afectadas por cáncer cérvicouterino en estadios iniciales, a partir de un enfoque que contempla la experiencia subjetiva de la enfermedad desde una perspectiva psicosocial, es decir, que explica los aspectos psicológicos como producto cultural y de experiencia de género.

Fue así como mediante la búsqueda directa en expedientes de la información necesaria se pudo convocar–mediante telegrama– a 22 mujeres con diagnóstico médico de CCU IN SITU, NIC II o NIC III.

Por edades, se les agrupó de la siguiente manera:

- de 20 a 29 años: 5 mujeres
- de 30 a 39 años: 9 mujeres
- de 40 a 49 años: 6 mujeres
- de 50 a 59 años: 1 mujer
- de 60 y más años: 1 mujer (de 74 años)

No se contempló la edad como factor determinante, sino su lugar de residencia: todas las mujeres debían radicar en el Distrito Federal y zonas conurbadas. Esto era especialmente importante porque la atención de apoyo psicológico que recibirían sería en las tardes y la mayor parte de las mujeres habitaba en suburbios alejados, eran madres de familia con cargas importantes de trabajo, poco tiempo libre y escasos recursos económicos. Todo esto había que tomarlo en cuenta para valorar el esfuerzo que iban a hacer para asistir y entender de antemano la alta probabilidad de deserción.

A la convocatoria respondieron doce de las mujeres. En un primer momento hubo necesidad de explicarles con mucho detalle el motivo de la convocatoria, para tranquilizar la alarma que el telegrama les había causado. Todas reportaron haber pensado que su estado de salud se había agravado; incluso algunas sintieron enojo al saber que se trataba de invitarlas a participar en un grupo de atención psicológica, aún cuando se hizo especial énfasis en la importancia de su participación en el estudio.

A todas ellas se les aplicaron dos instrumentos: la Escala de Eventos Importantes de Moos (proporcionada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, al cual se le hicieron cambios de términos para adecuarlo al nivel de escolaridad predominante en el grupo de mujeres. Ver Anexo 4), y un

cuestionario elaborado expresamente para explorar la situación de transmisión del diagnóstico, como medio de investigación directa (Ver Anexo 5).

En esta sesión también se estableció un acuerdo tentativo acerca de aspectos operativos como día, hora y asistencias, y se les proporcionó información acerca del funcionamiento del grupo, duración de la experiencia, su propósito, etc.

La duración total de la experiencia grupal fue de 9 sesiones, incluída ésta, aunque el modelo inicial contemplaba 15.

A continuación se darán los resultados obtenidos, y partiendo de la fuente de datos con menor evidencia cuantitativa, como lo fue la participación grupal y para cuya clarificación serán descritas las sesiones. En segundo lugar, se expondrán los resultados del auto-reporte, que aporta datos semicuantitativos. Finalmente se presentarán los resultados del ERESI.

– Descripción de las sesiones.

Una característica de la modalidad psicoterapéutica de intervención breve es la organización de las sesiones en torno a un foco o eje. Alrededor de éste se conducirá la participación de cada participante; esto no implica trabajar con rigidez que impida la inclusión de otros puntos por una necesidad individual o grupal, pero al contrario de la experiencia grupal psicoanalíca que permite la "libre asociación" grupal, la psicoterapia breve necesita circunscribir el tema a tratar en cada encuentro.

En ese sentido, en las sesiones de este modelo esa fue precisamente una característica central.

En la primera sesión se abordó el significado de la enfermedad.

Básicamente se habló del diagnóstico. De las cuatro asistentes sólo una había recibido el diagnóstico de cáncer, las demás manejaban como información el tener el virus del papiloma humano (IVPH) y de ahí un alto riesgo de desarrollar cáncer. Un hecho revelador en ésta sesión fue el reconocimiento por una de ellas que había "negado" el cáncer al aferrarse a la información sobre el IVPH, ya que en su historia individual existía un antecedente doloroso: ella había atendido y visto morir a un familiar de cáncer hepático.

Todas coincidieron en que tenían múltiples dudas respecto al porqué ellas habían desarrollado esta enfermedad y, sobre todo, se sentían "ofendidas" por comentarios –a manera de explicación– de los médicos (de ambos sexos), con connotaciones valorativas sobre su comportamiento sexual: "ya vé, por portarse mal" o "esas enfermedades dan por andar con muchos hombres".

Tales opiniones con connotaciones moralistas, de las que se habló en el capítulo 2, expresan valoraciones claras y exclusivas sobre la sexualidad femenina por el personal médico y/o paramédico, sin revisar su correspondencia con los datos que las mujeres reportan. Si bien podría argumentarse que ellas estarían diciendo verdades parciales, lo mismo puede aplicarse a las opiniones médicas basadas más en actitudes e ideas prejuiciosas que en la informaciòn arrojada por el registro inicial para solicitar atención en Colposcopía, o por la que se asienta en los mismos expedientes

que muestra la relatividad del número alto de compañeros sexuales, a medida que aumenta el número de expedientes revisados.

En las sesiones de apoyo psicológico, al respecto, dos de ellas reportaron 1 compañero sexual, el resto reportó dos en toda su vida sexual activa. Otra, al confesar que había ejercido la prostitución aunque no dió un número exacto, se dedujo que tuvo varios compañeros, pero cabe señalar que en su expediente ella había reportado dos, o sea, dos varones con quienes había sostenido relaciones prolongadas y no casuales; esto indica que: 1) la imprecisión en el planteamiento de las preguntas está contribuyendo de manera importante a la obtención de información distorsionada, 2) no parecen corresponderse de manera suficientemente clara los criterios y juicios del médico con el significado de relación que las mujeres aceptan para su propia sexualidad, 3) no hay razón de peso para otorgarle mayor credibilidad al juicio del médico sobre la sexualidad de las pacientes, frente a la información que éstas dan sobre sus propias experiencias.

El cuadro No.1, elaborado en la fase de delimitación de la muestra de estudio, permite ver cual es la tendencia sexual más frecuente en las mujeres atendidas.

Pero volviendo al contexto de la primera sesión grupal, el hecho de que un elemento del grupo introdujera como experiencia personal la prostitución provocó dos reacciones. La primera fue el asombro acompañado de la disculpa en nombre de la maternidad de la conducta socialmente censurada ("Sí, pues se entiende porque como ella dice, lo hizo por que tenía que mantener a sus hijos, verdad?"). Y en segundo lugar dio pie para expresar afectos ambiguos sobre sus parejas sexuales: por un lado había surgido la duda sobre la "fidelidad" de sus parejas, en conflicto con el deseo de que no fuera así; por el otro, la sospecha de la participación de las parejas en el desarrollo de la enfermedad, por tener el IVPH, generaba ira y una situación también de conflicto por el temor de que sus parejas

CUADRO 1.

Número de Compañeros Sexuales de la Población atendida de Enero a Mayo de 1992 en el Serv.de Colposcopía (U.de Oncología del Hospital General-SS).

TOTAL= 187

# Comp.Sex.	1	2	3	4	5	6	Hasta 10	0	S/ Dato
# Mujeres	101	38	12	4	2	1	2	2	25
%	38	26	6.4	2.1	1.1	.5	1.1	1.1	13.4

FUENTE: Investigación Directa 1992, en base al Registro de Consulta Externa del Servicio de Colposcopía, U.Oncología, HG-SS.

pudieran negarlo y revertirles la duda sobre su propia fidelidad. Todas pensaban en la posibilidad de que el mismo hecho de pedir explicaciones se volviera en contra suya.

Esto les llevaba a adoptar tácticas psicológicas de negación, represión, inhibición y un estilo conciliador de evitación de conflictos en la relación de pareja, y fue claramente expresado así por ellas: "no quiero decirle que tengo esto por que (yo) le reclamaría.. y si no me dice... puede haber problemas", "no sé que... y no quiero que se deshaga mi familia" (la paciente proviene de una familia desintegrada), "él dice que por qué le reclamo, que ha de ser porque yo he de tener alguna movida".

La sesión, como espacio–tiempo de apoyo psicológico, logró un segundo objetivo al permitir la expresión y reconocimiento de afectos soterrados por motivos y razonamientos que en el contexto biográfico de estas mujeres, era comprensible, pero psicológicamente inconveniente. Además, desde la perspectiva psicoterapéutica se requería propiciar: a) la legitimación de las emociones existentes por un representante institucional (en este caso la psicóloga); b) la desinhibición en la expresión de las emociones (dentro del encuadre adecuado); c) la reciprocidad, o mutuo compartir como factor de desarrollo de la cohesión grupal.

Una duda importante, aunque sin repuesta posible, es la de las causas de la enfermedad. Esta demanda de información puede ser abordada en términos de las limitaciones de la ciencia, por una parte, y por la otra, como experiencia que obliga a una reflexión personal profunda sobre el sentido que cada persona quiere dar a su vida, así como la elaboración de los propios modos de existir en ella (tomando la idea de Canguilhem).

Lo relevante de la segunda sesión fue la necesidad de exteriorizar sus historias personales, especialmente en relación con la sexualidad, la cual es vivida como una "exigencia" de la pareja y asumida como algo que hay que hacer. O como dice Lagarde el ser mujer implica ser para el "otro" y en la situación de las participantes se combina con la ambigüedad frente a la pareja por la tímida certeza de su"participación" en el desarrollo de la enfermedad y la ambivalencia emocional que tal certeza genera.

En el siguiente encuentro el objetivo era proporcionar a las mujeres información amplia acerca de la anatomía sexual femenina y para ello se recurrió a material visual atractivo. En efecto, había una gran necesidad de información básica sobre la estructura y fisiología corporal, que en este caso dar información era fundamental como primer paso para afianzar la asistencia al grupo –y que de alguna manera se ubica dentro de la educación para la salud–, además de coadyuvar al desarrollo de una actitud diferente de las mujeres hacia la salud femenina y, en consecuencia, para que ellas se convirtieran en agentes de prevención del cáncer cérvicouterino en su relación con las mujeres que formaban parte de sus redes de apoyo social –hijas, hermanas, amigas–.

Si bien el objetivo se logró parcialmente, resultó importante el intercambio de experiencias personales, de fragmentos biográficos que para algunas de las asistentes se trataba de situaciones muy alejadas de su vida cotidiana, como es el caso de la prosti-

tución, que al aflorar como vivencia directa de una de las mujeres, obligó a las demás a pensar en otra esfera de la experiencia femenina.

Así, una de ellas en los últimos momentos de la sesión comentó que para ella éstas "pláticas" eran muy importantes porque después se sentía mejor y así había dejado de pensar en algo que siempre se le presentaba al dormirse: "que tal vez al día siguiente amanecería muerta", ahora "aprendo aquí muchas cosas que me hacen sentir bien".

Este punto requiere señalar dos cosas. La primera se refiere a la redimensionalización del encuentro entre mujeres, considerando las características de las asistentes –baja escolaridad, sin experiencia laboral, es decir, excluídas del ámbito de la producción–, el darles el espacio de apoyo psicológico era darles, a la vez, un espacio de existencia social donde cada una se convertía en escucha de las otras, además de garantizárseles la legitimación de su discurso a través del diálogo.

La segunda tiene que ver con otra faceta de la importancia de ver legitimadas socialmente las experiencias personales, para las mujeres reducidas al ámbito exclusivo (o casi) de la vida cotidiana, caracterizada principalmente por el sometimiento. A ellas, esposas o compañeras de albañiles, choferes, vendedores ambulantes, es decir, "subordinadas" a los "subordinados" masculinos –a quienes la cultura patriarcal deja, por lo menos,cierta hegemonía a ejercer mediante el control de sus mujeres e hijos–, las instituciones a las que tienen acceso les ofrecen pocas oportunidades de ejercer su reconocimiento psicosocial, de ahí el carácter de reaprendizaje de la experiencia.

La sesión siguiente fue en verdad relevante por haberse desarrollado en un sentido psicoterapéutico más estricto, ya que las mujeres se apropiaron de "su" espacio para expresar asociaciones, fantasías, miedos y reflexiones sobre aspectos muy personales y difíciles como el miedo a la muerte, la asociación de ésta con su enfermedad, y especialmente sus experiencias directas con el cáncer. Este último punto permite ver la influencia que el contexto cultural tiene en la producción del significado social "mitificado" del cáncer y su asimilación en el ámbito individual de lo imaginario. Al respecto el caso de "N" lo ilustra a través de sus relatos sobre dos muertes de amigos, por causas violentas, que la hacen sentirse a la deriva, en una especie de desamparo en el que"la muerte puede presentársele a cualquiera". Cabe aclarar que ante éste material expuesto por ella, se hizo la interpretación de que los relatos se vinculaban con la cita que "N" tendría para unos días después en Colposcopía, especialmente por sus temores sobre el agravamiento de su propia enfermedad, y la inminencia de su propia muerte por cáncer. Esto fue aceptado por la paciente con expresión de alivio y favoreció que continuara hablando –algo no muy frecuente en ella.

Un aspecto importante de la personalidad de "N", así como de su estilo cognitivo de evasión, se transparentaba a través de éstos relatos "pantalla" que le permitían hablar de sí misma sin comprometerse demasiado, ya que a fin de cuentas no era su historia, pero a través de la alusión podía ligar su propia versión de hechos, dudas y temores.

Un segundo aspecto surgido en esta

sesión y que la diferencia por su sentido psicoterapéutico, se relaciona con el abordaje narrativo–explicativo de la infancia de las participantes. Dos de ellas provenían de ambientes rurales muy empobrecidos, con familias numerosas, donde la experiencia del hambre surge como hito importante que marca su biografía con la huella de la carencia: de alimento, de afecto, de seguridad, de confianza.

Pero los personajes no fueron vividos de forma similar, de ahí que para unas la imagen del padre sea rescatada, aunque con ambivalencia, mientras para otras sólo hay conciencia de su desamor y su poder.

El caso de "N", sin embargo, que opta por la evitación de los conflictos y la conciliación, muestra cómo aún dentro de su arraigada aceptación del rol tradicional femenino (obediencia, servicio y sometimiento), emergen expresiones nada tímidas de autonomía frente a ciertos hechos que rebasan lo admisible al ponerse en duda el acatamiento de dicho rol, tales como la defensa de su honra y la lealtad para con el padre. Hechos que le llevaron a desafiar la autoridad del cónyuge y que, dentro del contexto psicoterapéutico permiten al psicólogo "rescatar" frente a sí misma esa adormecida capacidad de respuesta. El señalamiento va en el sentido de sugerir que todas ensayen actuar así también para sentirse bien ellas mismas y no sólo para servir a otros.

El curso de esta sesión fortalece la importancia técnica de iniciar la sesión con un tema específico, pues cataliza reacciones y puede disparar la participación verbal motivada por la pregunta, o para evitar la respuesta en caso de resultar perturbador. Ya el hecho de precipitar que las mujeres se vean convertidas en el tema central, es en sí mismo generador de una experiencia distinta, con mayores probabilidades de generar un estilo cognitivo–conductual más activo.

Por otro lado, cuando la cultura psicológica de la población atendida es escasa, contar con un foco de trabajo estimula las intervenciones. Ya el terapeuta irá adecuando –en combinación de sensibilidad y conducción– el contenido de lo que el grupo aborda siempre en función de los objetivos de la sesión o de las necesidades del grupo expresadas al emerger otro tema.

La sesión mostró que el tema de la muerte propia, en este contexto, genera una respuesta de reafirmación discursiva de la vida personal: de ahí que las mujeres optaran por hablar de sus historias personales, sus infancias, de ellas mismas.

Habría que explorar más a fondo –siguiendo a Canguilhem– la construcción de una normatividad distinta en el proceso salud enferme dad del enfermo de cáncer, a partir del uso y manejo del discurso. La siguiente sesión –y que por deserción fue la última en la que estuvo todo el grupo– giró en torno a los tratamientos. En el servicio de Colposcopía predominan las intervenciones de criocirugía, y se les califica de rápidas ("no tardan, uno se acuesta, le dicen que puede doler un poco, le hacen a uno la operación esa con el nitrógeno y ya"); relativamente poco dolorosas ("no duele casi nada, se sienten como cólicos, pero no va más allá, pero sí hay señoras que se desmayan y dicen que les duele horrible"); con pocas o ninguna complicación posterior, salvo la incomodidad de expulsar agua durante varios días.

Sobre éste mismo tema, y ante la pregunta de qué cambios harían para mejorar los tratamientos, la respuesta unánime es obtener más información sobre: 1) qué van a hacerles, 2) para qué, 3) qué deben o pueden hacer ellas para no volver a enfermarse, 4) cómo van a actuar los tratamientos en su organismo, 5) dónde –en qué parte de su cuerpo– van a aplicarse.

De manera colateral, es decir no directamente ligada con los tratamientos, pero sí con la atención institucional, mencionan que es un error que la institución no atienda a las personas que teniendo cita llegan con retraso, pues esto genera dos equívocos. Por una parte les hace pensar que no es tan grave su estado de salud y afianza las reacciones psicológicas de evasión o negación. Y por el otro, favorece la inasistencia para evitar rechazos o reprensiones. Cualquiera fuere el motivo, el programa de atención debe contemplar que aún cuando –e independientemente– de que aquí se mezclen factores de varios tipos –culturales, concientes e inconcientes–, tal como ocurren las cosas, las instituciones de salud desalientan indirectamente la participación responsable de la población en la prevención y el seguimiento –o atención postratamiento de control epidemiológico, al embonar su "política" con las necesidades psicológicas de evasión o negación del paciente y de comportamientos proclives al desaliento, el recelo, la desconfianza y la inhibición emocional.

Otro aspecto relevante surgido en esta sesión tiene que ver con la experiencia médico–paciente, desde la perspectiva de ésta última. En la relación con los médicos, parece establecerse una especie de distancia social que inhibe la solicitud de información, comprensible por las marcadas diferencias de estatus entre aquellos y las participantes. Una de ellas lo deja ver al relatar por que no se atrevió a preguntar: "es que yo no me atreví a decirle nada al doctor que me atendió... es que era muy simpático (se refería a su tipo racial y físico, como aclaró después), alto y no sé, como que no iba a interesarse por mis problemas, por lo que yo pensara o lo que yo quisiera saber... como que él iba a cumplir con su trabajo de atenderme, pues de curarme, pero qué va a querer saber de mí... él tiene sus propias cosas... él es especialista, eso es lo que tiene qué hacer, así cumple con su trabajo pero nada más".

La necesidad de saber, la demanda implícita que no rebasa éste nivel o lo hace tímidamente, surge como la necesidad más clara de las participantes. Como dice una de ellas: "así cada señora le explicaría a sus hijas o a sus hermanas o comadres o amigas, cómo le deben hacer para que no se enfermen".

La falta de comunicación permea todo espacio y tiempo de su estancia en la unidad de oncología. Ni siquiera entre ellas, en la sala de espera, se establecen intercambios psicológicamente favorables para disminuir dudas o calmar su ansiedad. Los contactos entre las asistentes pueden no darse, o se establecen al azar o por empatía; están imbuídos por emociones negativas y conceptos muy pesimistas, por el sólo hecho de estar en oncología, la situación se percibe amenazante. La información intercambiada es incierta y parcial –en base a su experiencia personal– acerca de los tratamientos, principalmente.

Si se deja de lado todo lo referente al apoyo psicológico y se analiza la cuestión del derecho a la información , puede verse que hay una gran ausencia incluso en lo referente a las instrucciones. Nadie parece verificar que las pacientes hayan entendido claramente lo que tienen que hacer, por ejemplo, desde cuándo quitarse gasas o algodones, el tipo de signos o reacciones que pueden presentarse, o hasta cuándo podrán restablecerse las relaciones sexuales.

B. Resultados del Auto–reporte.

El diseño y aplicación de un pequeño cuestionario (9 preguntas) de respuestas abiertas, obedeció a la necesidad de obtener información cualitativa acerca de la atención y el contexto, repercusiones y efecto del diagnóstico.

Los resultados de la primera pregunta, que puede verse en la Tabla 1, muestran el funcionamiento de la atención por niveles. Así, el primer punto de detección es el centro de salud, en la mayoría de los casos, aunque no de prevención por presentar ya las mujeres el padecimiento, si bien en su estadio inicial.

Tabla 1. Fuente de canalización a Oncología (n=12)

Lugar	No.Casos
– Centro de Salud	7
– Medicina Prev.–HG	3
– ISSSTE	1
– IMSS	1

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992

En la pregunta 2 se indagó la existencia de una asociación entre el nombre del examen Papanicolaou y su objetivo, la detección de anomalías citológica en el cérvix. Como lo muestran los resultados, en su mayoría las mujeres del grupo conocían el propósito: la detección de un tipo de cáncer uterino, aunque no se sabía qué punto específico del útero o "matriz" se explora. Ver tabla 2.

Tabla 2. Información sobre el Examen Papanicolaou

Asociación Correcta	No sabía nada	Que debería hacérselo cada 6 meses.
8	3	1

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992.

Un aspecto muy importante que se recoge de alguna manera en la pregunta 3, es el que se refiere a la situación del diágnostico, la información proporcionada y quién lo hizo. Aquí lo más relevante es el grado de indecisión sobre qué decir y hasta donde, que se detectó en las frases del personal

hospitalario y que se relaciona con la ambigüedad en el manejo de interacciones de difícil conducción, que en un capítulo anterior se abordó. En efecto, resulta claro que no hay certidumbre en el informante sobre cuánto debe y puede decir, o es pertinente hacerlo, como puede verse a continuación:

La siguiente pregunta, número 4, detectó que la emoción predominante ante un diagnóstico de cáncer es el temor, lo cual se relacionaría con la significación social del cáncer (sinónimo de muerte), ya que como se recordará uno de los criterios de selección era el diagnóstico, de ahí que en ninguno de los casos el estadio de desarrollo del padecimiento iba más allá del cáncer cérvicouterino in situ, o neoplasia intra-

Tabla 3. Información sobre el Diagnóstico

Sí	No	Quién	Explicación
	•		"No, del Centro de Salud de donde me man daron me dijeron que tenía una pequeña infec ción"
•		Trabajadora Soc.	s/respuesta
•		Doctor–atendió	s/respuesta
•		Doctor–atendió	"Que había salido mal en mis estudios y que me tenían que quitar la matriz"
•		Doctor–atendió	"Que padecía un virus que si no se trataba a tiempo producía cáncer"
•		Doctor–atendió	"Que estoy mal pero que con tratamiento me iva(a) curar"(sic)
•		Doctora–atendió	"Que tenía una infección y que aquí me iban a practicar un tratamiento"
•		Doctora–atendió	"Que tenía un virus"
•		El ginecólogo	s/respuesta
	•	Doctora–atendió	"No me informaron ecsactamente lo que tenía yo, la doctora me dijo que tenía un birus y que sino me atendía me daría cancer"(sic)
•		Centro de Salud	"El problema me lo dijeron en..."
•		Trabajadora Soc.	s/respuesta

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992.

Tabla 4. Reacción ante el Diagnóstico

Miedo	Gran Preocupación	Tristeza	S/Reacción
4	2	3	3

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992.

epitelial cérvica (NIC II ó III).

Respecto al tiempo de demora en recurrir al médico una vez recibido un diagnóstico de cáncer en el grupo interrogado vemos que en realidad reaccionan casi de inmediato, aunque llama la atención que en dos casos se haya llegado hasta el mes y ésto podría relacionarse con el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer, pues en ambos casos las mujeres lo señalaron así.

Tabla 5. Tiempo entre Diagnóstico y Búsqueda de Tratamiento.

- Menos de una semana	8
- Hasta una semana	1
- Un mes	2
- Respuesta inadecuada	1

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992

En la pregunta 6 se buscaba explorar el conocimiento sobre el cáncer que las mujeres cuestionadas reconocían como anterior a su experiencia personal con la enfermedad, ante lo cual la respuesta predominante fue que se ignoraba todo, pese a que la mayoría respondió adecuadamente a la asociación del examen Pap con la detección de cáncer en la pregunta 2 (Ver tabla 2). Este tipo de respuestas quizá pueda esclarecerse cuando se analicen los resultados de la Escala de Respuestas ante Eventos y Situaciones Importantes en la vida (ERESI), a través del cual se exploró el estilo cognitivo para afrontar situaciones amenazantes tales como un diagnóstico de enfermedad grave, y que de alguna manera esos resultados podrían mostrar un resabio de pensamiento mágico, según el cual pensar equivaldría a invocar. Por tanto, es como si la persona se dijera: "no pienso en eso para que no me dé".

Tabla 6. Información previa sobre Cáncer

Respuesta	Frecuencia
- Nada	7
- "Enfermedad que sin atención es mortal"	1
- "Mal incurable y muy doloroso"	2
- "Es curable si se detecta a tiempo"	2

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionatio aplicado 1992

Mientras tanto, en la Tabla 7 pueden verse algunas de las sugerencias que las mujeres atendidas, basándose en su experiencia directa, plantearon y que coinciden con opiniones documentadas de diversas tendencias, tanto las oficiales que enfatizan la responsabilidad de la detección y la prevención en la usuaria, como de investigaciones independientes que se pronuncian por la necesidad de extender las formas de asegurar que a las mujeres se les realice el examen Pap.

Tabla 7. Acciones para disminuir casos de Cáncer cérvicouterino

- "Más propaganda para hacerse el examen papanicolaou"
- "Yo, como mujer, atendernos"
- "Pues a sernos (sic) nuestros chequeos cada 6 meses es lo mejor para prebenir (sic)"
- "Que las mujeres se hagan el papanicolaou mas seguido"
- "Que tubieran (sic) visitas mas constantes con el medico"
- "Que se atiendan lo mas pronto posible i (sic) que se cuiden en jeneral (sic) de todo su organismo"
- "Que se practiquen el Papanicolao cuando les den su cita para evitar esos riesgos"
- "Ir al doctor y no tomar medicamentos"
- "Haserse (sic) el papanicolau a tiempo"
- "Mi opinión sería que las mujeres binieran a serse la prueba y inbitarlas a asersela" (sic)
- "Dar mas información a las mujeres sobre este problema, de como evitarse, basandose a las experiencias vividas para que se cuiden" (sic)
- "La verdad no sabría contestar a la pregunta"

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992

La penúltima pregunta, si bien en parte inducía una respuesta afirmativa, ya que se les estaba planteando dentro de la institución hospitalaria, se consideró importante incluírla más que nada para asociarla con la última y ver la congruencia de la respuesta.

Tabla 8. Satisfacción con la atención recibida (H.G. o C.SALUD)

Sí	9
No	3

FUENTE: Investigación propia en base a cuestionario aplicado 1992

Efectivamente, en esta la siguiente pregunta, y última, se detecta con más detalle en qué sentido pueden modificarse las modalidades de atención si pensamos en sus respuestas como factores de influencia en una conducta activa y favorable hacia la salud, pues aun cuando pudiera esperarse –como algo "racional"– médicamente, que las mujeres o cualquier otro enfermo acudirá pronta, puntualmente y sin rodeos a buscar tratamiento, psicológicamente es comprensible que precisamente no ocurra así. Aunque este último aspecto lo retomaremos más ampliamente en la siguiente sección.

Tabla 9. Concepto de "buena" atención médica

1)"Que si se nos hizo unos minutos tarde atendernos porque ellos no tienen hora para atender"

2) "Que nos atiendan rápido"

3) "Que desde el primer momento nos atiendan y no traernos a la buelta y buelta"(sic)

4) "Que los doctores y doctoras digan la verdad"

5) "Que hablen con la verdad y (h)agan estudios para estar seguros del padecimiento o mal y den el tratamiento adecuado"

6) "Que lo atiendan bien en toda la atención que necesitamos en jeneral"(sic)

7) "Que los doctores nos informen vien acerca de lo que padecemos"(sic)

8)"Que la ovserven que se (fijen) en el lugar donde le duele y estar al pendiente... Y que no sean enojonas"

9)"Haserme todos los estudios nesesarios"(sic)

10)"Sería que me dijeran con ecsactitud que es lo que tengo"(sic)

11)"Que me espliquen bien lo que me van (a) hacer"

12)"Que el doctor o doctora te de la atención que tu nesecitas"(sic)

FUENTE: Investigación propia en base a Cuestionario Aplicado 1992.

Las respuestas pueden agruparse en 3 grupos. El primero, abarca seis opiniones (1, 2, 3, 6, 9 y 12) acerca del aspecto administrativo de la atención recibida en la Unidad y que se caracteriza por grandes lapsos de demora, lo cual es característico de los servicios públicos no sólo de salud, además de que se escatiman análisis o medicamentos por los constantes recortes presupuestarios de que son objeto. Esto no es gratuito, ya que se le ha señalado como una táctica de descrédito y descalificación de la seguridad pública, sobre todo para derechohabientes, como maniobra para hacerles desistir,en éste caso, del ejercicio de sus derechos (18) y si bien en los centros de atención para población abierta no sería el caso, es tal la abrumadora demanda, que como-táctica dicha demora funcionaría en un sentido similar: hacer que la gente deje de asistir, inclinar a quienes puedan pagar aunque sea poco hacia los servicios privados (estableciendo privado como sinónimo de calidad) y fortalecer así el desprestigio de los servicios públicos.

En el segundo grupo, muy importante, se ubicaría a cinco respuestas (4,5,7,10 y 11) relacionadas con el manejo de la información acerca del diagnóstico, el pronóstico y los tratamientos. Temas que, como se señaló en capítulos anteriores, ni siquiera el mismo gremio médico parece tener clara la estrategia de su manejo, además de provocarle, tanto al paciente como a él mismo (aunque no lo reconozca), reacciones emocionales para cuyo manejo carece de entrenamiento adecuado, ya que no se contempla tal preparación ni aun en el currículum académico de la licenciatura. Por tanto, resulta significativo –y digno de mayor investigación–, que se haga patente en las opiniones de al menos la tercera parte de

las mujeres estudiadas, esta "fragilidad" profesional en la relación médico–paciente como pauta de interacción sobresaliente que trasluce la ambigüedad lingüística del discurso médico. Finalmente, el tercer tipo de respuestas (la número 8) estaría haciendo referencia a la experiencia que la mujer enferma tiene de su padecimiento y cierto sentimiento de impotencia por ver reducida su corporeidad a objeto de manipulación o manejo despersonalizado. Es decir, en este tipo de opinión aparece el componente de subjetividad que carece de valor como fuente de información para el modelo médico hegemónico, de corte biologicista e instrumental, principalmente. Lo cual ya ha sido señalado por numerosos autores, especialmente por Canguilhem, quien se refería a la constante reducción del sujeto a SER, en tanto presenta un órgano o sistema afectado o enfermo, sin más.

C. Resultados de la Escala de Respuestas ante Eventos y Situaciones Importantes de la vida (ERESI).

El análisis que se efectuará en ésta sección será de tipo cualitativo porque contar con sólamente 12 pruebas aplicadas no permite que la información cuantitativa arrojada tenga carácter concluyente. En ese sentido presentaremos brevemente los resultados de cada caso en cuanto a : 1) estilo para afrontar situaciones importantes, que pudiera ser clasificado operativamente y siguiendo a Moos, en tres tipos, es decir, cognitivo activo, conductual activo y de evasión;

2) foco del estilo, donde el autor plantea cinco modalidades, a saber: análisis lógico, búsqueda de información, solución de problemas, regulación afectiva, descarga emocional.

Y, finalmente, se llevará a cabo un análisis global en tanto se posibilite la interpretación, la explicación y la integración de semejanzas y diferencias de lo que los datos podrían indicar sobre el grupo particular de mujeres estudiadas y, además pudiera sugerir para mayor exploración en estudios posteriores.

Descripción.

Los puntajes más altos se ubican en los estilos cognitivo activo y conductual activo. Frente a éstos, el estilo de evitación obtuvo puntajes bajos.

Esto podría explicarse por, al menos: 1) el estadio de la enfermedad, pues todos los diagnósticos de las mujeres estudiadas era de cáncer cérvicouterino in situ o NIC II y III, cuya curación es altamente probable si se detecta e interviene a tiempo; 2) esta información –incluso dada con cierto grado de ambigüedad– pudo operar psicológicamente junto con mecanismos de defensa de negación de la mortalidad y promover la predominancia de reacciones cognitivas y conductuales activas. En concordancia con ello, la búsqueda de atención médica que casi todas las mujeres procuraron con prontitud también obtuvo puntajes altos como puede observarse en los resultados de la encuesta (ver Anexo 6).

En cuanto al foco de atención del estilo

predominante para afrontar crisis se obtuvieron puntaje altos, tanto en la búsqueda de información, como en el análisis lógico, lo cual a nivel psicoanalítico podría calificarse de procedimientos de racionalización, intelectualización y represión, sobre todo porque los puntajes del foco de regulación afectiva, en la mayoría de los casos (7 de los 12 casos) superaron el 40%, y los del foco de descarga emocional, con bajo puntaje, que indicarían tendencias de control afectivo (8 casos) con menos de 35%, aun cuando hubo un impacto emocional intenso reportado en la encuesta. Esto podría insinuar la presencia de características de autocontrol acentuado, con negación de afectos para amortiguar el impacto y la posible incapacidad de enfrentar conflictos.

Respecto a la solución de problemas, en 8 casos los puntajes no alcanzaron el 30%, sólo en uno fue de 33% y los 3 restantes rebasaron el 70%. Quizá esto se encuentre asociado al impacto del diagnóstico de cáncer que, como se expuso antes, se asocia a nivel popular casi automáticamente con "muerte", hecho ante el cual la persona se siente impotente y piensa que poco o nada puede hacer. De ahí que, en congruencia con ésto, las mujeres no se sintieran capaces de abordar con efectividad ese problema.

En síntesis puede sugerirse que, aun cuando se propician reacciones de crisis en las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer en estadio inicial, se movilizan una serie de recursos psicológicos, con intensa reacción emocional, que se mezclan e influyen mutuamente de manera compleja que, sin embargo, con apoyo de corte psicoterapéutico organizado de manera adecuada para sus condiciones de vida y psicosociales, son susceptibles de propiciar comportamientos favorables a su salud, tales como la continuidad en los tratamientos y el seguimiento. Además de que potencialmente podrían utilizar su experiencia positiva (de curación) y servir como difusoras de información útil para la prevención y el fomento de actitudes de prevención en otras mujeres cercanas a ellas. Así también se iría modificando gradualmente la actual significación social del cáncer, tan desfavorable para la preservación de la salud.

CONSIDERACIONES.

La atención de las mujeres con cáncer cérvicouterino requiere de cambios simultáneos en varias direcciones, que podrían efectuarse en las condiciones actuales de funcionamiento institucional.

Esos cambios tienen que ver, primero, con un proceso de sensibilización y capacitación del personal médico sobre las características psicosociales, enfatizando las tareas del ciclo vital de los grupos de mujeres afectadas, como lo proponen algunos de los autores antes mencionados. Un enfoque así haría más comprensible y abordable para los médicos la problemática de los distintos grupos de mujeres con este padecimiento, así como el diseño adecuado de sus intervenciones.

Segundo, la participación de psicólogos entrenados en psiconcología es fundamental en varios niveles: a) en la prevención, se necesita de psicólogos/as con suficiente capacidad empática para que informen y

sensibilicen a través de conferencias, debidamente planeadas, al público cautivo en las salas de espera y organicen grupos focales de mujeres a los que se dirigirán con suficiente apertura y comprensión para escuchar temores,dudas, opiniones, anécdotas, etc., así como sensibilidad para comunicar con un lenguaje adecuado al nivel de escolaridad común a la mayoría de la población abierta, la información pertinente; b) en la evaluación de reacciones ante el estrés de las mujeres que son atendidas en las unidades de Oncología, pues el hecho de ser canalizadas a este servicio indica presencia de cáncer y mayor susceptibilidad a estados psicológicos y emocionales propios de situaciones de crisis.

Tercero, el servicio de psicología debe participar en la toma de decisiones del personal médico respecto a los tratamientos, antes de que estos sean aplicados, para cumplir lo mejor posible con la preparación del paciente y su posterior adaptación a las consecuencias, sobre todo en los tratamientos más radicales, así como para indicar la necesidad de tomar en cuenta la calidad de vida a la que se inducirá al paciente con dicha intervención . Al contrario de lo que sucede actualmente (donde hay servicio de psicología), que se suele "echar mano" de este profesionista cuando el personal médico es incapaz de encarar la situación.

Cuarto, el personal de psicología cuenta con capacitación para proporcionar atención a las familias y grupos de amigos, tanto en términos de información como de formación acerca de las características psicosociales del paciente y las formas de responderle y apoyarle. Pero al mismo tiempo debe señalarse la necesidad de que estos grupos de población modifiquen sus valoraciones e ideas culturales, a veces fantasmáticas, sobre el cáncer, como una estrategia necesaria para fortalecer el seguimiento médico en el sujeto enfermo. Esta tarea evidentemente rebasa el quehacer individual del psicólogo e implica incidir, al menos, en las campañas propagandísticas incluídas en las políticas sanitarias.

Quinto, también debe modificarse la definición de los factores de riesgo que figuran en la Norma Técnica[1]. Aquí son dos

[1] Es pertinente incluir aquí ciertas definiciones sobre el significado y relevancia de las Normas Técnicas, tal como la Secretaría de Salud lo especifica:

"Dentro de las atribuciones legales de la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sector Salud y del Sistema Nal.de Salud, se encuentra la función normativa que le confiere explícita y preponderantemente la Ley General de Salud.

Esta Ley señala que la Secretaría dictará las normas técnicas, basadas en el conocimiento técnico y científico, de observancia obligatoria, que establezcan los requisitos que deban satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como de acti vidades en materia de salubridad general, para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias...

Las normas y la observancia de su cumplimiento contribuirán a que los servicios de salud, independientemente de su modalidad de prestación, tengan una calidad básica homogénea...

...el 21 de agosto de 1984, por acuerdo del Secretario de Salud, se creó la Comisión Consultiva de Normas Técnicas....la que presidiría el Subsecretario de Planeación, integrándola con un representante de cada una de las Subsecretarías,de la Oficialía Mayor, de la Contraloría Interna y de la Direc. Gral.de Asuntos Jurídicos. Contaría con un Coordinador y con el Dir.Gral. de Coordinación Sectorial, quien fungiría como Secretario Técnico. Se le asignaron las siguientes funciones:

1. Sugerir lineamientos metodológicos para la elaboración de normas técnicas en materia de Salubridad General;
2. Opinar sobre anteproyectos de normas técnicas que presenten los Grupos Interinstitucionales del Sector Salud, los grupos ad hoc que al efecto se constituyan, y las unidades administrativas de la Secretaría;
3. Apoyar la coordinación entre las unidades en la formulación de normas técnicas, y
4. Apoyar la evaluación del cumplimiento de las normas técnicas y sugerir su modificación, a fin de asegurar su congruencia con la eficaz prestación de los servicios de salud."

SECRETARIA DE SALUD. (1988). **La Salud Pública en México. Reseña Histórica 1982–1988.** Coordinador: Dr. AUGUSTO FUJIGAKI L., DIR.GRAL. DE COMUNICACION SOCIAL, México. Vol.1, pp. 469–472

las medidas más urgentes. El reemplazo del término "promiscuidad" por el de CONDUCTAS SEXUALES DE ALTO RIESGO: bajo éste rubro entra no sólo lo referente al número de parejas sexuales, que se maneja como tal sin incluir que se refiere a contactos casuales y/o con desconocidos, que es lo que da el carácter riesgoso al contacto sexual, especialmente por la ausencia de protección mediante el uso del condón, donde su uso sea correcto y constante. También en esta área de acción se requiere que dicha Norma Técnica incluya la salud sexual de los varones que son pareja sexual de las mujeres que presenten el padecimiento, y a quienes casi siempre se les omite por completo. Con esto se quiere señalar que la Norma resulta obsoleta e inoperante para atajar el problema de morbimortalidad que el país presenta.

Sexto, existe un déficit importante de estudios que aborden a nivel más minucioso la situación psicosocial de los distintos grupos de mujeres, en donde se apliquen conocimientos confiables desde la psicología general y la psiconcología, en particular, para dar cuenta de sus motivaciones y actitudes, por lo menos hacia: a) la sexualidad, b) el significado del cáncer, c) la situación del examen Papanicolaou, d) el diagnóstico, e) el pronóstico, f) los tratamientos, g) la relación médico paciente y h) la atención hospitalaria.

El objetivo debe ser articular efectivamente la prevención y la detección oportuna, a través de la aplicación de un discurso adecuado que aclare suficientemente a las mujeres la importancia de la terminación de tratamientos y de la obligatoriedad del seguimiento.

Con esto se coadyuvará, aunque sea de manera indirecta, a la transformación de significaciones contrarias al fomento de la SALUD y favorables al incremento de la ENFERMEDAD, como ha venido sucediendo hasta ahora.

REFERENCIAS

1) KOHUT HEINZ.(1990). La Restauración del Sí Mismo. Edit.Paidós, México. 2ªEdición, pp.224

2) HARTMANN HEINZ. (1978). Aplicación de los Conceptos Psicoanalíticos a la Ciencia Social. En: Psicoanálisis y Ciencias Sociales. RUITENBEEK HENDRIK (Comp.), Colec. Popular del F.C.E. México. 1ªReimpresión, pp.102-113. Véase también: SINGER ERWIN. (1985). Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, del F.C.E., México. 4ª Reimpresión, pp. 354

3) ERIKSON ERIK. (1978). Sociedad y Adolescencia. Siglo XXI Editores, México. pp.179

4) DIO-BLEICHMAR EMILCE. (1985). El Feminismo Espontáneo de la Histeria. Estudio de los Trastornos Narcisistas de la Feminidad. Edit. Fontamara, España. pp.224

5) CHODOROW NANCY. (1984). El Ejercicio de la Maternidad. Edit. Gedisa, España. pp.319

6) MONEY J., ERHARDT A. Desarrollo de la Sexualidad Humana. Citado por DIO-BLEICHMAR

E.(1992). En: Del Sexo al Género. Revista Psiquiatría Pública. España.Vol.4 No.1, p.30

7) FERNANDEZ ANA. (1992). La Diferencia en Psicoanálisis. En:Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias. Edit. Paidós, Buenos Aires. Cap. 5. Véanse también en el mismo libro: DIO-BLEICHMAR EMILCE. Los Pies de la Ley en el Deseo Femenino. Capítulo 7; MELER IRENE. Otro Diálogo entre Psicoanálisis y Feminismo, Capítulo 8. Y MARTINEZ ESTER. Hacia una Crítica de la Maternidad como Eje de Construcción de la Subjetividad Femenina en Psicoanálisis, Cap.9

8) BELLAK LEOPOLD, SMALL LEONARD. (1986). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Edit.Pax, México.5ª Reimpresión

9) HOLLAND JIMMIE, ROWLAND JULIA. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ. Press, New York, pp.785

10) SPIEGEL DAVID. (1990). Can Psychotherapy Prolong Cancer Survival?. Psychosomatics, E.U.A., Vol.31 NO.4, pp.361-365. Véase también: BOWLING ANN. (1987). Mortality after Bereavement A Review of the Literature on Survival Periods and Factors Affecting Survival. Social Science and Medicine, Pergamon Press, Gran Bretaña. Vol.24 No.2, pp.117-124; NEALE ANNE V., TILLEY BARBARA, VERNON SALLY.(1986). Marital Status, Delay in Seeking Treatment and Survival from Breast Cancer. Social Science and Medicine, Pergamon PRess, Gran Bretaña. Vol.23 NO.3, pp.305-312

11) LAZARUS ARNOLD. (1976). Multimodal Behavior Therapy: Treating the BASIC ID. En: Multimodal Behavior Therapy. Por LAZARUS A. et Al. Springer Publishing Company, New YOrk, pp.9-19

12) ROWLAND JULIA, HOLLAND J. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ. Press, New York, pp.25-71

13) OSTELL ALISTAIR. (1991). Coping, Problem Solving and Stress: A framework for Intervention Strategies. British Journal of Medical Psychology, No.64. Gran Bretaña, pp.11-24. Véase también: SZALAI JOHN P.(1992). The Relationship between Individual Differences in Defensive Style and Concept Formation. British Journal of Medical Psychology, No.65. Gran Bretaña, pp.47-57

14) STRAUSS ANSELM.(1990). Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge University Press, New York. pp.1-39

15) MOOS RUDOLPH, CRONKITE RUTH, BILLINGS ANDREW, FINNEY JOHN. (1983). Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Veterans Administration and Stanford University Medical Centre. Palo Alto, California. pp.18-23

16) OPS. (1985). Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino. Serie PAL-TEX para Ejecutores de Programas de Salud NO.6, Washington, p.49

17) MOOS R. ET AL.(1983), op.cit.

18) FARFAN GUILLERMO. (1988). Capital, Trabajo y Estado de Bienestar en el Capitalismo Avanzado. En: Testimonios de la Crisis. Siglo XXI Editores, México. pp.15-50

19) CANGUILHEM GEORGES. (1986). Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores, México. 7ª Edición.

CONCLUSIONES

Como objeto de investigación, la salud de las mujeres es un tema complejo, aunque a simple vista no lo parezca. Implica rebasar los enfoques médicos tradicionales que definen a la enfermad como objeto de estudio y, por lo tanto desplazan a la salud en tanto aspecto prioritario. Tomar como premisa básica a la SALUD, se convierte principalmente en una búsqueda teórico–práctica de todos aquellos componentes de la organización social y del conocimiento que contribuyan a garantizar condiciones de vida con equidad social para amplias capas de la población, y de igualdad para las mujeres.

En ese sentido, este trabajo se ha planteado propiciar un análisis sobre la problemática psicosocial del cáncer cérvicouterino que, al basarse en diversas vertientes disciplinarias pudiera, paradójicamente, aportar mayor comprensión sobre la salud de las mujeres y, en consecuencia, mejores lineamientos de intervención epidemiológica cuya eficacia se medirá en el abatimiento de la morbilidad y la mortalidad de dicho padecimiento.

Como tal, hace un aporte aproximativo en cuanto a su tratamiento del tema pues de ninguna manera ha sido o pretendió ser exhaustivo, más bien se ha optado por sugerir enfoques y formas de abordar el problema en forma integral. En base a ello, dicho propósito puede condensarse en las siguientes recomendaciones:

1. Depurar de la Norma Técnica sobre el CCU, toda terminología que denote y connote valoraciones peyorativas de la sexualidad femenina. Remplazar concretamente el término "promiscuidad" por *Conducta Sexual de Alto Riesgo*.

2. Incluir en la Norma Técnica la atención a la salud de la pareja sexual y enfatizar su papel en las acciones preventivas y terapéuticas a desarrollar.

3. Solicitar a las autoridades pertinentes voluntad política real y pronta para actuar con la decisión necesaria en el abatimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad, ya que se trata de la mitad de la población del país la potencialmente afectada.

4. Incorporar sistemáticamente la intervención psicosocial en todo nivel de acciones de atención al CCU, es decir, desde la prevención, la detección oportuna, la comunicación del diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento.

5. Priorizar el trabajo preventivo en todo tipo de campañas y programas de sensibilización y atención a la salud femenina.

6. Darles carácter permanente a dichas acciones de prevención aunque el CCU no sea una epidemia que requiera de medidas puntuales.

7. Desarrollar investigaciones interdisciplinarias cuyo eje sea la perspectiva del genéro para optimizar los recursos destinados a la atención del cáncer femenino, especialmente el CCU.

8. Establecer la capacitación contínua del equipo terapéutico especializado de las unidades ginecológicas y oncológicas, por lo menos, en temas de sexualidad y situación psicosocial de las mujeres.

9. Articular de manera dinámica y efectiva la presencia de especialistas en psiconcología como parte del equipo terapéutico, para que participen desde el momento de transmisión del diagnóstico hasta el seguimiento, con el propósito de hacer efectiva la atención integral de las mujeres que son recibidas en las unidades de oncología.

10. Estudiar sistemáticamente el estado psicológico de las mujeres que asisten a las unidades de oncología mediante evaluación inicial –que forme parte del expediente médico–, con el objeto de elaborar estrategias grupales de información, formación y desarrollo de actitudes favorables para sí mismas, para los tratamientos, el seguimiento y el desarrollo de una participación responsable y ecuánime en la

construcción de una mejor calidad de vida.

11. Abrir la discusión sobre el silencio de las mujeres afectadas para convertirlas en agentes espontáneos de prevención entre las mujeres que las rodean (hijas, hermanas, primas, nietas, etc.).

12. Para ello hay que crear como parte de su atención talleres de la mujer, donde las participantes aprendan maneras distintas de entender su corporeidad y sexualidad, el cuidado de sí mismas y el reconocimiento de sus recursos tanto personales como sociales para mejorar su calidad de vida.

13. Investigar más a fondo y particularizando, las modalidades de apoyo psicosocial y tipo de intervención psicoterapéutica con las mujeres, para determinar cuáles y en qué momentos son aplicables o idóneas por sus resultados

14. Generalizar la inclusión del apoyo psicológico en la atención general que se brinde a cualquier enfermo/a de cáncer, independientemente del estadio en que se encuentre.

15. Mantener campañas permanentes de divulgación popular sobre los avances científicos y tecnológicos que contribuyan a generar valoraciones sociales objetivas y desmitificantes del cáncer como enfermedad mortal *per se*.

16. Establecer programas permanentes de educación sexual –enfatizando la perspectiva de género– y para la salud en las escuelas, desde la educación básica hasta la media superior (bachillerato), con carácter obligatorio, para ir modificando las actitudes sexistas.

17. Organizar sistemáticamente programas de educación sexual, desarrollo personal y para la salud, en las salas de espera de las unidades hospitalarias donde más concurran mujeres, pues en esas condiciones se vuelven una población cautiva y ese tiempo de espera puede aprovecharse para hacerlas participar en *grupos focales* de información y sensibilización sobre éstos temas.

ANEXOS

Anexo 1

Norma Técnica

NORMA TECNICA NO.53 PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER CER VICOUTERINO Y CANCER MAMARIO EN LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. 20/08/1986
PP. 112–114
DCTOS. DE LA S.S.A.

Unidad Administrativa responsable de la elaboración de la Norma Técnica: Dirección Gral.de Medicina Preventiva, Area Mayor de la Subsecretaría de Servicios de Salud.
Unidades o Entidades que participaron en la elaboración: Grupo Interinstitucional de Programas Preventivos y Asesoría Técnica del Subsecretario de Servicios de Salud.

"Esta Norma se deriva de los Arts.3º,6º,7º,13º,14º,27º,58º,59º,133º,158º,159º,160º y 161º de la Ley Gral.de Salud y del Art.24 del Reglamento Interior de la S.S.

CAP. I DISPOSICIONES GENERALES.
Art.1 Esta Norma Técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud; en relación con la prevención y el control del Cáncer Cérvicouterino...
Art.2 Esta Norma Técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.
Art.3 El CCU... por su elevada morbi–mortalidad constituye... problemas de salud pública y de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su IX Revisión se codifican de la manera siguiente:

– CANCER CERVICOUTERINO:
– Tumor maligno del cuello del útero: (180)
– Endocérvix: (180.0)
– Exocérvix: (180.1)
– Otros: (180.8)
– Parte no especificada: (180.9)
– Carcinoma In Situ, de la Mama y del Aparato Genitourinario: (233)
– Cuello del útero: (233.1)

Art.4 Caso de cáncer cérvicouterino es la enferma en quien se establece el diagnóstico por la presencia de células malignas en el estudio citológico del exudado cérvico vaginal y se comprueba por la existencia de tumor maligno en el estudio histológico de la biopsia del cuello uterino...

1 De aquí en adelante se omite toda información acerca del cáncer mamario.

CAPITULO II.

Art.6 La prevención general del CCU.... se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad y comprende las medidas siguientes:

- Informar respecto al problema de salud pública,
- Acudir a examen periódico,
- Integración y capacitaciòn de grupos para impartir pláticas sobre los factores de riesgo y manera de prevenirlos.
- Factores de Riesgo en CCU:
  + Edad mayor de 35 años,
  + Antecedente familiar de cáncer,
  + Inicio de relaciones sexuales a temprana edad,
  + Promiscuidad sexual,
  + Multiparidad,
  + Falta de higiene genital en la pareja e
  + Infecciones genitales frecuentes

Art.7 La prevención específica del CCU... se lleva a cabo de la manera siguiente:

- CCU:
  + Citología cérvico vaginal periódica (Papanicolaou) y
  + Tratamiento de los padecimientos infecciosos de los órganos genitales

CAPITULO III MEDIDAS DE CONTROL

Cáncer Cérvicouterino

Art.8 El control del CCU comprende la identificación, atención y tratamiento de la paciente, la notificación y el registro del caso.

Art.9 La identificación de la paciente con CCU asintomático en edad temprana se lleva a cabo en la manera siguiente:

-Citología cérvico vaginal positiva a cáncer (Papanicolaou) y

-Biopsia de cérvix positiva para tumor maligno.

La identificación del cáncer invasor se lleva a cabo de la manera siguiente:

+ dispareunia
+ sangrado al coito
+ leucorrea sanguinolenta
+ dolor pélvico
+ presencia de tumoración
+ citología cérvico vaginal positiva a cáncer (Papanicolaou)
+ biopsia de cérvix positiva para tumor maligno

Art.10 La citología cérvico–vaginal se informa de la siguiente manera:

– Negativo a cáncer: (células normales)

– Negativo a cáncer con proceso inflamatorio: (células con alteraciones inflamatorias)

– Displasia leve, moderada o grave: (células atípicas)

– Positivo a cáncer: (células atípicas malignas)

Art.11 La atención y el tratamiento de la paciente se lleva a cabo de acuerdo al resultado del estudio citológico de la secreción cérvico–vaginal y se procede de la manera siguiente:

– Negativo a cáncer: estudio citológico anual

– Negativo a cáncer con proceso inflamatorio: tratamiento específico y estudio citológico anual

– Displasia: tratamiento específico y estudio citológico anual, referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad...

Art. 15 La notificación y el registro de los casos de CCU... se lleva a cabo como lo indica la "Norma Técnica Para la Inf. Epidemiológica", además se llevan a cabo las formas del programa correspondiente y se envían a las Direcciones Grales.de Medicina Preventiva y de Epidemiología.

TRANSITORIOS.

PRIMERO. Esta N.T. entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Esta N.T. deroga las disposiciones emitidas con anterioridad referentes a esta materia."

■.

Anexo 2

• REGISTRO DE PAPANICOLAOU ESTUDIADAS, CON DIAGNOSTICO DE DISPLASIA. 1989–1992*

• TASAS DE INCIDENCIA DE C.C.U. POR ENTIDAD FEDERATIVA. 1989–1992*

*NOTA: Ambos tipos de Cuadros fueron fotocopiados del
COMPENDIO DE INFORMACION SOBRE MORBILIDAD POR CCU. 1975–1992.
RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DEL CANCER.
Realizado por el Registro Nal.de CCU, de la Dir.General de Epidemiología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
México. 1ªediciónJulio de 1994

Distribución porcentual de papanicolaou estudiadas por entidad federativa 1989

ENTIDAD FEDERATIVA	DISPLASIAS LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%**	TOTAL*
Aguascalientes	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	0.2	1 220
Baja California	15	19.2	40	51.3	23	29.5	78	0.9	8 620
Baja California Sur	45	50.0	37	41.1	8	8.9	90	1.0	8 955
Campeche	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	0.0	5 083
Coahuila	34	29.6	30	26.1	51	44.3	115	0.8	14 691
Colima	24	24.2	41	41.4	34	34.3	99	1.3	7 468
Chiapas	66	43.7	47	31.1	38	25.2	151	1.2	12 108
Chihuahua	0	0.0	1	2.6	37	97.4	38	0.2	17 024
Distrito Federal	108	21.6	150	30.0	242	48.4	500	0.4	140 558
Durango	27	34.6	28	35.9	23	29.5	78	1.2	6 623
Guanajuato	2	4.4	9	20.0	34	75.6	45	0.2	28 078
Guerrero	27	32.9	37	45.1	18	22.0	82	0.5	15 184
Hidalgo	61	70.9	22	25.6	3	3.5	86	0.8	10 186
Jalisco	3	5.9	20	39.2	28	54.9	51	0.2	21 198
Estado de México	0	0.0	13	29.5	31	70.5	44	0.1	34 101
Michoacán	1	2.6	1	2.6	37	94.9	39	0.2	24 204
Morelos	52	49.1	22	20.8	32	30.2	106	0.7	14 824
Nayarit	62	62.0	31	31.0	7	7.0	100	0.8	13 179
Nuevo León	1 011	67.8	352	23.6	129	8.6	1 492	2.4	62 693
Oaxaca	32	59.3	14	25.9	8	14.8	54	0.8	6 805
Puebla	110	30.1	105	28.7	151	41.3	366	0.8	48 196
Querétaro	1	11.1	4	44.4	4	44.4	9	0.1	8 086
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3 111
San Luis Potosí	260	50.9	134	26.2	117	22.9	511	1.7	29 812
Sinaloa	68	70.8	8	8.3	20	20.8	96	0.6	16 231
Sonora	4	5.8	26	37.7	39	56.5	69	0.3	20 003
Tabasco	436	63.7	134	19.6	114	16.7	684	1.7	41 330
Tamaulipas	52	31.9	37	22.7	74	45.4	163	2.1	7 855
Tlaxcala	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	0.0	12 735
Veracruz	27	19.4	49	35.3	63	45.3	139	0.4	39 660
Yucatán	1	11.1	4	44.4	4	44.4	9	0.1	6 656
Zacatecas	0	0.0	3	14.3	18	85.7	21	0.2	11 732
TOTAL	2 531	47.5	1 402	26.3	1391	26.1	5 324	0.8	698 209

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
NOTA: Papanicolaou estudiadas en mujeres de 15-69 años bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.
*Se refiere al total de las citologías estudiadas en 1989.
El % está dado en función al total de positivos de cada estado.
**Está calculada con base en el total de citologías estudiadas del estado.

Distribución porcentual de papanicolaou estudiadas por entidad federativa 1990

ENTIDAD FEDERATIVA	DISPLASIAS LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%**	TOTAL*
Aguascalientes	6	100.0	0	0.0	0	0.0	6	0.1	7 805
Baja California	7	14.3	26	53.1	16	32.7	49	0.6	7 614
Baja California Sur	27	49.1	18	32.7	10	18.2	55	0.6	8 527
Campeche	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5	0.4	1 339
Coahuila	57	37.0	57	37.0	40	26.0	154	1.2	13 110
Colima	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	0
Chiapas	46	55.4	25	30.1	12	14.5	83	1.5	5 504
Chihuahua	130	69.5	25	13.4	32	17.1	187	1.1	17 225
Distrito Federal	1 561	52.7	1 128	38.1	271	9.2	2 960	2.3	131 161
Durango	54	33.3	85	52.5	23	14.2	162	1.9	8 313
Guanajuato	80	35.1	40	17.5	108	47.4	228	0.7	30 404
Guerrero	108	51.4	64	30.5	38	18.1	210	0.9	23 142
Hidalgo	4	44.4	1	11.1	4	44.4	9	0.2	5 275
Jalisco	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	0.0	65 296
Estado de México	77	69.4	18	16.2	16	14.4	111	0.3	41 092
Michoacán	11	47.8	3	13.0	9	39.1	23	0.1	20 659
Morelos	1 031	73.2	286	20.3	92	6.5	1 409	7.7	18 233
Nayarit	74	61.7	25	20.8	21	17.5	120	1.4	8 367
Nuevo León	1 976	77.1	459	17.9	128	5.0	2 563	3.1	81 429
Oaxaca	46	43.8	47	44.8	12	11.4	105	2.0	5 171
Puebla	93	27.5	109	32.2	136	40.2	338	0.6	53 004
Querétaro	40	72.7	10	18.2	5	9.1	55	0.8	7 296
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
San Luis Potosí	28	12.2	19	8.3	183	79.6	230	0.9	24 602
Sinaloa	110	61.8	35	19.7	33	18.5	178	1.3	14 079
Sonora	25	23.4	38	35.5	44	41.1	107	0.5	20 708
Tabasco	582	77.2	109	14.5	63	8.4	754	1.8	42 245
Tamaulipas	39	60.0	12	18.5	14	21.5	65	1.2	5 255
Tlaxcala	13	68.4	4	21.1	2	10.5	19	0.2	9 268
Veracruz	108	49.1	79	35.9	33	15.0	220	0.5	46 045
Yucatán	98	98.0	2	2.0	0	0.0	100	1.1	9 381
Zacatecas	60	44.8	37	27.6	37	27.6	134	0.6	23 006
TOTAL	6 494	61.0	2 765	26.0	1 384	13.0	10 643	1.4	754 555

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
NOTA: Papanicolaou estudiadas en mujeres de 15-69 años bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.
*Se refiere al total de las citologías estudiadas en 1990.
El % está dado en función al total de displasias de cada estado.
** Está calculada con base en el total de citologías estudiadas del estado.

Distribución porcentual de papanicolaou estudiadas por entidad federativa 1991

ENTIDAD FEDERATIVA	DISPLASIAS LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%**	TOTAL*
Aguascalientes	113	72.4	42	26.9	1	0.6	156	2.0	7 789
Baja California	37	28.9	78	60.9	13	10.2	128	1.7	7 631
Baja California Sur	11	45.8	8	33.3	5	20.8	24	0.3	6 967
Campeche	4	66.7	2	33.3	0	0.0	6	0.2	2 586
Coahuila	151	54.3	77	27.7	50	18.0	278	1.1	25 481
Colima	1	0.7	138	98.6	1	0.7	140	11.3	1 244
Chiapas	64	59.8	29	27.1	14	13.1	107	1.5	7 157
Chihuahua	34	87.2	4	10.3	1	2.6	39	73.6	53
Distrito Federal	1 423	52.0	1 068	39.0	245	9.0	2736	3.9	70 813
Durango	117	42.5	113	41.1	45	16.4	275	2.5	10 905
Guanajuato	197	59.7	59	17.9	74	22.4	330	1.2	27 337
Guerrero	317	63.8	116	23.3	64	12.9	497	1.8	27 508
Hidalgo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
Jalisco	67	5.1	1 139	86.9	105	8.0	1311	2.0	65 960
Estado de México	108	65.5	31	18.8	26	15.8	165	0.4	45 104
Michoacán	29	28.2	46	44.7	28	27.2	103	0.5	21 676
Morelos	883	71.4	258	20.9	95	7.7	1236	8.3	14 883
Nayarit	192	69.6	60	21.7	24	8.7	276	1.7	15 875
Nuevo León	1 738	74.5	468	20.1	128	5.5	2334	4.4	53 218
Oaxaca	105	60.7	61	35.3	7	4.0	173	1.8	9 753
Puebla	197	34.0	222	38.3	161	27.8	580	1.2	49 001
Querétaro	2	28.6	4	57.1	1	14.3	7	0.1	7 091
Quintana Roo	21	33.3	14	22.2	28	44.4	63	2.6	2 428
San Luis Potosí	124	38.6	104	32.4	93	29.0	321	1.0	33 460
Sinaloa	138	65.7	59	28.1	13	6.2	210	0.9	23 329
Sonora	38	34.5	40	36.4	32	29.1	110	0.8	13 519
Tabasco	1 309	81.8	218	13.6	73	4.6	1600	3.8	42 285
Tamaulipas	287	48.2	127	21.3	181	30.4	595	3.1	18 963
Tlaxcala	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	0.1	8 592
Veracruz	553	62.1	256	28.8	81	9.1	890	1.6	54 947
Yucatán	48	87.3	4	7.3	3	5.5	55	0.9	6 307
Zacatecas	481	52.3	263	28.6	176	19.1	920	2.5	36 934
TOTAL	8 794	56.1	5 109	32.6	1768	11.3	15671	2.2	718 796

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
NOTA: Papanicolaou estudiadas en mujeres de 15-69 años bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.
*Se refiere al total de las citologías estudiadas en 1991.
El % está dado en función del total de displasias de cada estado.
** Está calculada con base en el total de citologías estudiadas del estado.

Distribución porcentual de papanicolaou estudiadas por entidad federativa 1992

ENTIDAD FEDERATIVA	DISPLASIAS LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%**	TOTAL*
Aguascalientes	288	66.5	119	27.5	26	6.0	433	3.6	11 983
Baja California	410	68.3	136	22.7	54	9.0	600	3.6	16 656
Baja California Sur	69	74.2	19	20.4	5	5.4	93	1.1	8 786
Campeche	30	88.2	3	8.8	1	2.9	34	0.9	3 814
Coahuila	155	69.2	51	22.8	18	8.0	224	1.2	19 366
Colima	123	29.6	223	53.6	70	16.8	416	2.3	18 137
Chiapas	97	51.9	56	29.9	34	18.2	187	1.1	17 229
Chihuahua	122	62.9	43	22.2	29	14.9	194	1.3	14 990
Distrito Federal	1 329	51.9	971	37.9	260	10.2	2 560	1.8	139 264
Durango	241	62.3	120	31.0	26	6.7	387	3.0	13 078
Guanajuato	315	61.8	144	28.2	51	10.0	510	1.3	40 061
Guerrero	439	64.1	137	20.0	109	15.9	685	2.1	32 412
Hidalgo	250	73.1	56	16.4	36	10.5	342	2.0	17 192
Jalisco	50	15.5	196	60.7	77	23.8	323	0.5	70 899
Estado de México	649	82.3	107	13.6	33	4.2	789	1.4	55 308
Michoacán	483	58.9	280	34.1	57	7.0	820	3.4	23 857
Morelos	632	70.7	204	22.8	58	6.5	894	4.9	18 416
Nayarit	172	63.5	83	30.6	16	5.9	271	1.9	14 311
Nuevo León	1 089	71.5	321	21.1	113	7.4	1 523	1.9	80 858
Oaxaca	197	61.2	71	22.0	54	16.8	322	1.8	17 990
Puebla	212	48.6	148	33.9	76	17.4	436	0.9	49 988
Querétaro	178	82.0	35	16.1	4	1.8	217	2.3	9 262
Quintana Roo	99	34.3	114	39.4	76	26.3	289	4.4	6 620
San Luis Potosí	348	47.4	265	36.1	121	16.5	734	1.8	40 956
Sinaloa	968	67.6	361	25.2	104	7.3	1 433	4.1	34 566
Sonora	280	58.5	113	23.6	86	18.0	479	2.1	22 336
Tabasco	1 440	73.1	402	20.4	129	6.5	1 971	3.4	58 352
Tamaulipas	339	49.5	211	30.8	135	19.7	685	2.8	24 360
Tlaxcala	56	76.7	10	13.7	7	9.6	73	0.7	10 022
Veracruz	951	70.4	296	21.9	103	7.6	1 350	2.3	59 378
Yucatán	47	56.0	26	31.0	11	13.1	84	0.7	11 532
Zacatecas	462	50.9	283	31.2	163	18.0	908	1.9	47 250
TOTAL	12 520	61.8	5604	27.7	2 142	10.6	20 266	2.0	1 009 229

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
NOTA: Papanicolaou estudiadas en mujeres de 15-69 años bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.
*Se refiere al total de las citologías estudiadas en 1992.
El % está dado en función del total de displasias de cada estado.
** Está calculada con base en el total de citologías estudiadas del estado.

Tasa de incidencia de cáncer cervico-uterino por entidad federativa 1989

Estado	Núm. de casos	Tasa	%
Aguascalientes	4	6.13	0.2
Baja California	34	21.70	1.9
Baja California Sur	14	48.91	0.8
Campeche	14	30.23	0.8
Coahuila	77	41.65	4.2
Colima	76	196.12	4.2
Chiapas	78	29.55	4.3
Chihuahua	56	24.28	3.1
Distrito Federal	328	37.27	18.0
Durango	29	24.22	1.6
Guanajuato	107	48.00	5.9
Guerrero	73	20.70	4.0
Hidalgo	23	14.01	1.3
Jalisco	41	8.36	2.2
Estado de México	38	4.15	2.1
Michoacán	42	13.42	2.3
Morelos	63	55.85	3.5
Nayarit	18	25.15	1.0
Nuevo León	79	26.26	4.3
Oaxaca	9	3.46	0.5
Puebla	55	15.04	3.0
Querétaro	16	17.45	0.9
Quintana Roo	0	0.00	0.0
San Luis Potosí	81	46.26	4.4
Sinaloa	22	11.11	1.2
Sonora	51	30.09	2.8
Tabasco	220	171.45	12.1
Tamaulipas	22	10.17	1.2
Tlaxcala	25	37.23	1.4
Veracruz	75	13.19	4.1
Yucatán	3	2.41	0.2
Zacatecas	50	44.82	2.7
TOTAL	1 823	24.38	100

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
Tasa: Por 100 000 mujeres de 15-69 años, bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.

Tasa de incidencia de cáncer cervico-uterino por entidad federativa 1990

Estado	Núm. de casos	Tasa	%
Aguascalientes	1	1.53	0.1
Baja California	26	16.59	1.4
Baja California Sur	9	31.44	0.5
Campeche	0	0.00	0.0
Coahuila	42	22.72	2.2
Colima	0	0.00	0.0
Chiapas	31	11.74	1.6
Chihuahua	52	22.54	2.7
Distrito Federal	337	38.29	17.7
Durango	34	28.40	1.8
Guanajuato	99	44.42	5.2
Guerrero	159	45.09	8.3
Hidalgo	1	0.61	0.1
Jalisco	1	0.20	0.1
Estado de México	7	0.76	0.4
Michoacán	12	3.83	0.6
Morelos	212	187.94	11.1
Nayarit	47	65.66	2.5
Nuevo León	94	31.24	4.9
Oaxaca	12	4.61	0.6
Puebla	184	50.31	9.6
Querétaro	8	8.72	0.4
Quintana Roo	0	0.00	0.0
San Luis Potosí	118	67.40	6.2
Sinaloa	47	23.75	2.5
Sonora	48	28.32	2.5
Tabasco	138	107.54	7.2
Tamaulipas	7	3.24	0.4
Tlaxcala	41	61.06	2.1
Veracruz	46	8.09	2.4
Yucatán	28	22.49	1.5
Zacatecas	68	60.96	3.6
TOTAL	1 909	25.53	100

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
Tasa: Por 100 000 mujeres de 15-69 años, bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.

Tasa de incidencia de cáncer cervico-uterino por entidad federativa 1991

Estado	Núm. de casos	Tasa	%
Aguascalientes	0	0.00	0.0
Baja California	28	17.87	1.4
Baja California Sur	15	52.40	0.7
Campeche	0	0.00	0.0
Coahuila	46	24.88	2.3
Colima	3	7.74	0.1
Chiapas	26	9.85	1.3
Chihuahua	14	6.07	0.7
Distrito Federal	283	32.16	13.9
Durango	50	41.76	2.4
Guanajuato	113	50.70	5.5
Guerrero	129	36.58	6.3
Hidalgo	0	0.00	0.0
Jalisco	237	48.34	11.6
Estado de México	30	3.28	1.5
Michoacán	14	4.47	0.7
Morelos	142	125.89	7.0
Nayarit	37	51.69	1.8
Nuevo León	89	29.58	4.4
Oaxaca	28	10.77	1.4
Puebla	123	33.63	6.0
Querétaro	8	8.72	0.4
Quintana Roo	9	21.90	0.4
San Luis Potosí	55	31.41	2.7
Sinaloa	31	15.66	1.5
Sonora	36	21.24	1.8
Tabasco	159	123.91	7.8
Tamaulipas	63	29.13	3.1
Tlaxcala	26	38.72	1.3
Veracruz	106	18.64	5.2
Yucatán	23	18.48	1.1
Zacatecas	119	106.68	5.8
TOTAL	2 042	27.31	100

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
Tasa: Por 100 000 mujeres de 15-69 años, bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.

Tasa de incidencia de cáncer cervico-uterino por entidad federativa 1992

Estado	Núm. de casos	Tasa	%
Aguascalientes	46	70.48	1.4
Baja California	45	28.72	1.4
Baja California Sur	9	31.44	0.3
Campeche	20	43.19	0.6
Coahuila	16	8.65	0.5
Colima	77	198.70	2.4
Chiapas	59	22.35	1.8
Chihuahua	102	44.22	3.2
Distrito Federal	403	45.79	12.5
Durango	60	50.12	1.9
Guanajuato	124	55.63	3.9
Guerrero	150	42.54	4.7
Hidalgo	63	38.37	2.0
Jalisco	210	42.83	6.5
Estado de México	134	14.64	4.2
Michoacán	70	22.36	2.2
Morelos	137	121.45	4.3
Nayarit	39	54.49	1.2
Nuevo León	326	108.35	10.1
Oaxaca	18	6.92	0.6
Puebla	86	23.51	2.7
Querétaro	13	14.18	0.4
Quintana Roo	86	209.30	2.7
San Luis Potosí	96	54.83	3.0
Sinaloa	121	61.13	3.8
Sonora	85	50.15	2.6
Tabasco	201	156.64	6.3
Tamaulipas	133	61.50	4.1
Tlaxcala	36	53.61	1.1
Veracruz	120	21.10	3.7
Yucatán	16	12.85	0.5
Zacatecas	113	101.30	3.5
TOTAL	3 214	42.99	100

FUENTE: Registro de cáncer cervico-uterino/DGE/SSA.
Tasa: Por 100 000 mujeres de 15-69 años, bajo cobertura de la Secretaría de Salud, 1990.

Anexo 3

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA
DEL CANCER DE CUELLO UTERINO.

Clasificación descriptiva		Clasificación de neoplasia intraepitelial cervical
Displasia leve		NIC grado I
Displasia moderada		NIC grado II
Displasia severa		NIC grado III
Carcinoma "in situ"(CIS)		NIC grado III
Carcinoma microinvasor		Cáncer con microinvasión
Carcinoma invasor	Cáncer invasor	

FUENTE: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 1985. Manual de Normas y Procedimientos Para el Control del Cáncer de Cuello Uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 6.

Anexo 4

ANEXO 4

ERESI (ENCUESTA DE RESPUESTAS ANTE EVENTOS Y SITUACIONES IMPORTANTES)

INSTRUCCIONES:

LAS PREGUNTAS QUE UD. LEERA EN SEGUIDA, FORMAN PARTE DE UN ESTUDIO QUE TRATA DE LA FORMA DE SER DE LAS PERSONAS ADULTAS. ESTA INFORMACION ES DE USO CONFIDENCIAL, NO PERSONAL. POR ESO LE SOLICITAMOS QUE NOS APOYE CONTESTANDO CON LA MAYOR VERACIDAD POSIBLE.

NO SE TRATA DE UN EXAMEN DE CONOCIMIENTOS; TAMPOCO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. TACHE CON UNA CRUZ LA PALABRA QUE MAS SE ACERQUE A SU RESPUESTA. POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.

G R A C I A S.

CUANDO HA VIVIDO UNA SITUACION IMPORTANTE, ¿ QUE TAN SEGUIDO HA SENTIDO LO SIGUIENTE? :

	NO	SI,1 ó 2 veces	SI, varias veces	SI, muy seguido.
1. Intentó saber más sobre la situación	( )	( )	( )	( )
2. Habló sobre el problema con su pareja u otro familiar	( )	( )	( )	( )
3. Habló sobre el problema con un amiamigo (a).....	( )	( )	( )	( )
4. Habló con algún profesional (por ejemplo doctor, sacerdote).....	( )	( )	( )	( )
5. Rezó para pedir orientación y fortaleza	( )	( )	( )	( )
6. Se preparó para lo peor.....	( )	( )	( )	( )
7. No me preocupé por lo que pasó. Se me ocurrió que probablemente algo funcionaría.....	( )	( )	( )	( )
8. Me descargo en otra gente cuando me me siento enojada o deprimida.....	( )	( )	( )	( )
9. Trató de ver el lado positivo de la sición.....	( )	( )	( )	( )
10. Se ocupó de otras cosas para dejar de pensar en el problema.....	( )	( )	( )	( )
11. Hizo un plan de acción y lo siguió.....	( )	( )	( )	( )
12. Estudió varias soluciones para manejar el problema.....	( )	( )	( )	( )
13. Me basé en mis experiencias pasadas	( )	( )	( )	( )
14. Me guardé mis sentimientos.....	( )	( )	( )	( )
15. Me ocupo de las cosas una por una....	( )	( )	( )	( )
16. Traté de distancianciarme de la situación, para ser más objetiva.....	( )	( )	( )	( )
17. Pensé detenidamente en la situación para tratar de entenderla.....	( )	( )	( )	( )

	NO	SI, 1 ó 2 veces	SI, varias veces	SI, muy seguido
18. Traté de no actuar con demasiada precipitación.....	( )	( )	( )	( )
19. Me dije a mí misma cosas que me ayudaron a sentirme mejor.....	( )	( )	( )	( )
20. Huí de las cosas por un momento.....	( )	( )	( )	( )
21. Supe lo que debía hacerse y me esforcé para que las cosas funcionaran.....	( )	( )	( )	( )
22. Evité estar con la gente en general....	( )	( )	( )	( )
23. Me prometí que las cosas serían diferentes la siguiente vez.....	( )	( )	( )	( )
24. Me negué a creer que esto hubiera sucedido.....	( )	( )	( )	( )
25. Lo acepté. Nada podía hacerse.....	( )	( )	( )	( )
26. En parte, dejé mis sentimientos a un lado.....	( )	( )	( )	( )
27. Busqué ayuda de personas o grupos con experiencias parecidas.....	( )	( )	( )	( )
28. Traté o me comprometí a obtener algo positivo de la situación.....	( )	( )	( )	( )

Anexo 5

ANEXO 5

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
UNIDAD DE ONCOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

1. **¿CÓMO LLEGÓ USTED A ESTA UNIDAD?**

2. **¿ ANTES DE VENIR POR PRIMERA VEZ, QUÉ SABÍA USTED DEL EXAMEN PAPANICOLAOU?**

3. **¿ LE INFORMO ALGUIEN EN EL HOSPITAL SOBRE SU PADECIMIENTO? ¿ QUIÉN? ¿ QUÉ LE DIJO?**

4. **¿ CÓMO REACCIONÓ CUANDO LE DIJERON QUE TENÍA CÁNCER?**

5. **¿ CUANTO TIEMPO TARDÓ EN BUSCAR TRATAMIENTO, DESPUÉS DE QUE LE DIJERON ? ¿POR QUÉ?**

6. **¿ QUÉ SABÍA USTED SOBRE EL CÁNCER ANTES DE SU EXPERIENCIA ?**

7. **EN SU OPINIÓN, ¿ QUÉ HABRÍA QUÉ HACER PARA QUE LAS MUJERES ENFERMERARAN MENOS DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO?**

8. **EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUE LA HAN ATENDIDO, ¿ HA RECIBIDO SUFICIENTE ATENCIÓN?**

9. **¿ QUÉ ES PARA USTED UNA <u>BUENA</u> ATENCIÓN MÉDICA ?**

Bibliografía

AIACH PIERRE. (1989). El Pacto entre el Enfermo y su Médico. En: La Enfermedad Grave: Aspectos Médicos y Psicosociales. Edit. Interamericana-McGraw Hill. España, pp.107-164

ALMEIDA FILHO NAOMAR DE.(1989). Epidemiología Sem Números. Uma Introducao Crítica à Ciência Epidemiologica. Editora Campus. Brasil. pp.9-69

AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL PATHOLOGY.(1991). Vol.95 (4), pp. 467-479 y 540-546, 1991. Citado en ONCOLOGIA No.1, México. Nota 1602, pp.50-51

AMIR MARIANNE. (1987). Considerations Guiding Physicians when Informing Cancer Patients. Social Science and Medicine, Vol.24 (9), Gran Bretaña, pp.741-748.

AMOROS CELIA.(1992). Feminismo. Igualdad y Diferencia. Col.Libros del PUEG, Cord. Humanidades-UNAM. México, p.27

ARMSTRONG DAVID.(1987). Silence and Truth in Death and Dying. *Social Science and Medicin, Vol.24 No. 8. Gran Bretaña, pp.651-657.*

ANDERSON JOHN, DAHLBERG LINDA.(1992). High-risk Sexual Behavior in the General Population. Results from a National Survey, 1988-1990. Sexually Transmitted Diseases, Vol.19 (6), Nov.-Dic., EUA. pp.320-325

AUCHINCLOSS SARAH. (1989). Sexual Disfunction in Cancer Patients: Issues in Evaluation and Treament. En: HOLLAND JIMMIE, ROWLAND JULIA. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press. New York, Capítulo 33, pp.383-413

BELLAK L., SMALL L. (1986). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Edit. Pax México, pp.23-61

BERLINGUER GIOVANNI. (1975).Medicina y Política. *Edit.Cuarto Mundo. Buenos Aires, Cap.1, pp.45*

BERLINGUER GIOVANNI.(1988). A Doença. Editora Hucitec-Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Sao Paulo, pp.150

BLANCO GIL JOSE, LOPEZ ARELLANO OLIVA.(1990). Política de Salud e Impacto Epidemiológico. En Salud Problema No.20, UAM-X. México, Invierno, pp. 19-28

BODENHEIMER T.S.(1992). Los Frutos de la Descomposición del Imperio: La Política de Salud Estadunidense en la Era de la Austeridad. En: *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert, México, pp.185-206.*

BOSS LESLIE, GUCKES FREDERICK.(1992). Medicaid Coverage of Screening Tests for Breast and Cervical Cancer. American Journal of Public Health, E.U.A. 1992, Vol. 82 no.2, pp. 252-253.

BOWLING ANN. (1987). Mortality after Bereavement. A Review of the Literature on Survival Periods and Factors Affecting Survival. Social Science and Medicine, Vol.24 No.2, Gran Bretaña, pp.117-124

BRANDAO CARLOS. (1985). Estructuras sociales de reproduccion del saber popular. En: Teoría y Práctica de la Educación Popular. Serie Retablo de Papel No.15. PREDE-OEA,-IARC Pátzcuaro, Michoacán VI. México.

CANCER.(1992). ¿Qué Espera de su Médico el Paciente con Cáncerú. Citado en Nota 1601 de ONCOLOGIA No.1, México 1991, Medical Mag

1992, pp.37-39

CANGUILHEM GEORGES.(1986). Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI Editores. México, 7ªEdición, pág.89

CASTORIADIS C.(1992). La Institución Imaginaria de la Sociedad. Citado por FERNANDEZ Ana M. en Introduccion de Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. Edit. Paidós. Buenos Aires 1992, pp.16-20

CHAUVENETTE ANTOINETTE.(1989). Biología y Gestión de los Cuerpos. En: *Discurso Biológico y Orden Social. Edit.Nueva Imagen. México, 2ªEdición. pp.23-63*

CHODOROW NANCY.(1984). El Ejercicio de la Maternidad. Edit.Gedisa, España, pp.319

DAMASO ROMUALDO.(1990). Saber y Praxis en la Reforma Sanitaria. En: *La Reforma Sanitaria.* Univ.de Guadalajara. Guadalajara, pp.75–112

DE LA FUENTE MARTHA.(1991). Epidemiología de la Salud de las Mujeres y Enfermedades Reproductivas en América Latina. Informe Final del Primer Seminario Regional Latinoamericano sobre Salud y Derechos Reproductivos, Sao Paulo 1991. Edit.Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, Impreso en Amsterdam, pp.28-43

DE LA PEÑA RICARDO, TOLEDO ROSARIO.(1991). El Sexo en México. Encuesta realizada por el Gabinete de Estudios de Opinión, S.C. para el Suplemento Dominical de EL NACIONAL, México 1991. Mayo 11 a 14.

DIAZ-PORTILLO ISABEL. (1987). Terapia Grupal Breve. III Congreso de AMPAG (Asoc.Mex.de Psicoterapia Analítica de Grupo). México, (Mimeo), pp.13-23

DIAZ-PORTILLO ISABEL. (1987). Criterios de Agrupabilidad.III Congreso de AMPAG (Asoc.Mex.de Psicoterapia Analítica de Grupo). México 1987, (Mimeo), pp.3-12

DICCIONARIO LAROUSSE. (1987). Edit. Larousse, México

DIO-BLEICHMAR EMILCE. (1992). Del Sexo al Género. Rev.Psiquiatría Pública, España. Vol.4 (1), Enero-Marzo, p.42

DIO-BLEICHMAR Emilce. (1986). El Feminismo Espontáneo de la Histeria.Estudio de los Trastornos Narcisistas de la Feminidad. Edit.Fontamara, España.

DIO-BLEICHMAR EMILCE. (1992). Los Pies de la Ley en el Deseo Femenino. En: Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias. *Edit.Paidós. Buenos Aires.* Cap.7

DONNANGELO M.CECILIA, PEREIRA LUIS.(1976). La Medicina en la Sociedad de Clases. En *Salud y Sociedad.* Libreria Dos Ciudades. Sao Paulo, pp.67

ENCICLOPEDIA DEL IDIOMA.(1982). Vol.3, Edit. Aguilar, México. p.3410

ERIKSON ERIK.(1978). Notas Autobiográficas sobre la Crisis de Identidad. Sociedad y Adolescencia, Siglo XXI Editores, México pp.179

ETTEN GEERT van, RUTTEN FRANS. (1986). The Social Sciences in Health Policy and Practice. *Social Science and Medicine.* Gran Bretaña. Vol.22, No.11, pp.1187-1194

EYER JOSEPH, STERLING PETER. (1977). Mortalidad Relacionada con el Estrés y la Organización Social. The Review of Radical Political Economics (URPE), Traducción de la Facultad de Ciencias Médicas, Univ.de San Carlos de Guatemala, Guatemala. pp.1-62 FARFAN GUILLERMO.(1988). Capital, Trabajo y Estado de Bienestar en el Capitalismo Avanzado. En *Testimonios de la Crisis.* Siglo XXI Editores, México. pp.15-50

FERNANDEZ ANA M.(1992). Introducción de Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias. *Edit.Paidós. Buenos Airés 1992. pp. 11-23*

FERNANDEZ ANA M. (1992). La Diferencia en Psicoanálisis: ¿teoría o ilusión. En: ***Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Historia de Discriminación y Resistencias.*** *Paidós, Buenos Aires. Cap.5*

FIRTH-COZENS JENNY, FIELD DAVID.(1991). Fear of Death and Strategies for Coping with Patient Death among Medical Trainees. British Journal of Medical Psychology, No.64, Gran Bretaña, pp.263-271.

FLAX JANE.(1989). Postmodernism and Gender Relations in Feminist Theory. En: *Feminist Theory in Practice and Process.* The University Chicago Press. Chicago, pp.51-73

FLEURY TEIXEIRA S.(1990). Reflexiones Teóricas sobre Democracia y Reforma Sanitaria. En *La Reforma Sanitaria. En Busca de Una Teoría.* Edic.Universidad de Guadalajara, México, pp.17 a 54.

FOUCAULT MICHEL.(1977). El Nacimiento de la Clínica. Siglo XXI Editores, México, 3ª Edición, pp. 293

FOUCAULT MICHEL.(1978). Vigilar y Castigar. Siglo XXI Editores. México. pp.314

FOUCAULT MICHEL.(1992). La Inquietud de Sí. Historia de la Sexualidad 3. Siglo XXI Editores. México, 5ª Edición. pp. 232

FOUCAULT Michel.(1978). La Voluntad de Saber. Historia de la Sexualidad 1. Siglo XXI Editores, México, 3ªEdición.

GARCIA CANCLINI N.(1991). Cultura y Organización Popular. Gramsci con Bourdieu. Documento de la Mtría.en Medicina Social s/f, UAM- XOCHIMILCO, México 1991.

GARDUÑO ANGELES, RODRIGUEZ JULIA. (1990). Salud y Doble Jornada: Taquilleras del Metro. En *Salud Problema* No.20, UAM-X. México, Invierno, pp.41-45

GOFFMAN ERVING.(1967). Ritual de la Interacción. Edit.Tiempo Contemporáneo. Argentina. pp. 62-63

GRAMSCI ANTONIO.(1981). La Alternativa Pedagógica. Edit. Fontamara. Col.Ensayo Contemporáneo, España. pp.5-251

GRINDER ROBERT. (1986). **Adolescencia**. Edit.Limusa, México. 5ª Reimpresión, pp.351-438

GUNNING-SCHEPERS LOUISE, HAGEN HANS J.(1987). Avoidable Burden of Illness: How Much Can Prevention Contribute to Healthú. Social Science and Medicine. Gran Bretaña. Vol.24 No.11, pp.945-951

HARDON A.P.(1992). The Needs of Women Versus The Interests of Family Planning Personnel, Policy-Makers and Researchers: Conflicting Views on Safety and Acceptability of Contraceptives.

Social Science and Medicine. Vol.35 (6), Gran Bretaña, pp.753-766

HARTMANN, HEINZ.(1978). Aplicación de los Conceptos Psicoanalíticos a la Ciencia Social. En: Psicoanálisis y Ciencias Sociales, por Hendrik RUITENBEEK (Comp.). Col.Popular-F.C.E., México, 1ªReimpresión, pp.102-113.

HAYNAL ANDRE, PASINI WILLY.(1980). Manual de Medicina Psicosomática. Edit. Toray-Masson, S.A., España 1980

HEGGENHOUGEN H.K., SHORE L.(1986). Cultural Components of Behavioural Epidemiology: Implications form Primary Health Care. Social Science and Medicine Vol.22, No.11. Gran Bretaña 1986, pp. 1235-1245

HEKMAN S.J.(1990). Gender and Knowledge. Elements of a Postmodernist Feminism. Northeastern Univ.Press. Boston, p.186

HERRERO ROLANDO et al.(1993). Variación Geográfica del Cáncer Invasor del Cuello Uterino en Costa Rica. En: Boletín de la OPS. Vol.114 (2). Washington, pp.130-140.

HOLLAND JIMMIE.(1989). Handbook of Psychooncology. Oxford University Press. New York, p.4

HOWARD JAN.(1987). Avoidable Mortality from Cervical Cancer: Exploring the Concept. Social Science and Medicine, Pergamon Press Gran Bretaña. Vol.24 (6), pp.507-514

INEGI.(1990). Resultados Definitivos XI Censo Gral. de Población y Vivienda 1990. Pirámide Poblacional por grupos de edad y sexo. México.

INEGI. ENCUENTRO NAL.DE MUJERES LEGISLADORAS.(1992). La Mujer en México. (Una visión a través de estadísticas nacionales). México 1992. p.20

INEGI.(1994).Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No.10, México, pp.45-65

ISIS INTERNACIONAL.(1990). El Malestar Silenciado. La Otra Salud Mental. Ediciones de Las Mujeres No.14, Chile.

KAUFFMAN ALICE.(1989). Los Enfermos frente a su Cáncer. En: *La Enfermedad Grave: Aspectos Médicos y Psicosociales*. Edit.Interamericana-McGraw Hill. España, pp.33-40

KIRKMAN-LIFF BRADFORD, JACOBS K.JENNIE.(1992).Access to Cancer Screening Services for Women.

American Journal of Public Health, EUA, Mayo. Vol.82 No.5, pp.733–735.

KOHUT HEINZ.(1990). La Restauración del Sí Mismo. Edit. Paidós. México, 2ªEdición, pp.224

LAGARDE MARCELA.(1990). Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas. UNAM– Coord.Gral.de Estudios de Posgrado, Fac.de Filosofía y Letras–C.E.S.U. México, p.851

LAMAS MARTA.(1994). Prólogo de: AMOROS Celia. *Feminismo. Igualdad y Diferencia.* Col.Libros del PUEG, Coord.de Humanidades, UNAM p.14

LAMAS MARTA.(1994). El Problema de la Igualdad entre los Sexos. En: Antología de la Sexualidad Humana. Gpo.Editorial Porrúa–CONAPO. México, Vol.3, p.185

LAMB M.A.(1990). Psychosexual Issues: The Woman with Gynecologic Cancer. Seminars on Oncology Nursing, Vol.6 (3), EUA. pp.237–243

LAMBLEY PETER.(1993).The Role of psychological processes in the aetiology of cervical cancer: a biosychological perspective. British Journal of Medical Psychology, No.66. Gran Bretaña, pp.43–60

LAURELL CRISTINA, ORTEGA M.ELENA.(1991). El Impacto del TI.C en el Sector Salud. Fundación Friedrich Ebert. México, pp.6–15

LAURELL A.CRISTINA, NORIEGA MARIANO.(1989). La Salud en la Fábrica.Ed. ERA, México. pp.232

LAUVER D., RUBIN M.(1990). Message Framing, Dispositional Optimism and Follow–up for Abnormal Papanicolaou Tests. Research in Nursing and Health, Vol.13 (3), pp.199–207

LAZARUS ARNOLD.(1976). Multimodal Behavior Therapy: Treating the BASIC ID. En: Moltimodal Behavior Therapy. Por LAZARUS ARNOLD et al. Springer Publishing Company, New York, pp.9–19

LERMAN C., CAPUTO C., BRODY D.(1990). Factors Associated with Inadequate Cervical Cancer Screening Among Lower Income Primary Care Patients. Journal of American Board of Family Prac. Vol.3 (3), Jul–Sep, pp.151–156

LEIBER LILIAN, PLUMB MARJORIE, GERSTENZANG MARTIN, HOLLAND JIMMIE.(1976). The Communication of Affection Between Cancer Patients and Their Spouses. Psychosomatic Medicine, Vol.38 No.6. EUA, pp.379–389

LEVENSON JAMES, BEMIS CLAUDIA.(1991). The Role of Psychological Factors in Cancer Onset and Progression. Psychosomatics, Vol. 32

No.2, EUA, Primavera, pp.124–132

LOPEZ ARELLANO O.(1991). Modernización de la Política Sanitaria Mexicana. Quinto Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Venezuela (Marzo)

LOPEZ ARELLANO O.(1991). ¿Desmantelamiento o Modernización de la Política Social?. En: Políticas Sociales en América Latina. Escola de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro.(Mimeo), pp.25

MACINTYRE SALLY.(1986). The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: Directions for Sociological Research. Social Science and Medicine. Gran Bretaña. Vol.23, No.4, pp. 393–415

MARTINEZ ESTER R. (1992) Hacia una Crítica de la Maternidad como Eje de Construcción de la Subjetividad Femenina en Psicoanálisis. En: **Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Historia de Discriminación y Resistencias.** Edit. Paidós, Buenos Aires. FERNANDEZ ANA M (Compiladora). pp. 191–205.

MEDICAL MAG.(1991). (Tomado del American Journal of Clinical Pathology).Papilomavirus Humano. México 1991, Oncología No.1 Nota No.1602. pp.50–51. Ver también en "Excélsior"(2/04/1995) declaraciones del Dr. Gaspar Drusso Vera, del Servicio de Ginecobstetricia del ISSSTE.

MELER IRENE. (1992). Otro Diálogo entre Psicoanálisis y Feminismo. En: **Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Historia de Discriminación y Resistencias.** Edit. Paidós, Buenos Aires. FERNANDEZ ANA M (Compiladora). Cap.8

MENENDEZ EDUARDO.(1981). Poder, Estratificación y Salud. Cuadernos de la Casa Chata No.13, CIESAS–México

MONEY J., ERHARDT A.(1992). Desarrollo de la Sexualidad Humana. Citado por DIO–BLEICHMAR Emilce. En: Del Sexo al Género. Revista Psiquiatría Pública. España, Vol.4 (1) Enero–Marzo, pp.29–47

MOOS RUDOLPH, CRONKITE RUTH, BILLINGS ANDREW, FINNEY JOHN.(1983).

Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Veterans Administration and Stanford University Medical Centre Palo Alto California, pp.18–23

MURRAY THOMAS H.(1986). Divided Loyalties for Physicians: Social Context and Moral Problems. Social Science and Medicine, Vol.23 No.8, Gran Bretaña, pp.827–832

NEALE ANNE V, TILLEY BARBARA, VERNON SALLY.(1986). Marital Status, Delay in Seeking Treatment and Survival from Breast Cancer. Social Science and Medicine, Vol.23 No.3, Gran Bretaña. pp.305–312

OPS.(1985) Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de cuello uterino. Serie PAL-TEX para ejecutores de programas de salud NO.6. Washington, pp.49

OPS. (1989). Guías para la Evaluación de los Programas de Detección Precoz del Cáncer del Cuello Uterino. Boletín de la OPS. Washington. Vol. 107 (5), pp.454–457

OSTELL ALISTAIR.(1991). Coping, Problem Solving and Stress: A Framework for Intervention Strategies. British Journal of Medical Psychology, No.64, Gran Bretaña, pp.11–24

PERIODICO EL DIA. Octubre 5 de 1990, Secc.Estados, pp.1 y 3

PERIODICO LA JORNADA. Febrero 20 de 1993, pp.16 y 17

PICK DE WEISS S.(1989). Bases para el Desarrollo de un Nuevo Enfoque de Educación Sexual Adolescente: Planeando tu Vida. En: Seminario sobre la Participación de la Mujer en la Vida Nacional.

. Patricia Galeana (Compiladora). UNAM–Dir.Gral.de Intercambio Académico. México, pp.97–106

RAO BRINDA.(1991). Dominant Constructions of Women and Nature in Social Science Literature. Guilford Publications and Divisions of Social Science and Humanities, Univ.of California, Santa

Cruz, California. pp.1–27

RED MUNDIAL DE MUJERES POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. (1987). Cáncer Cervical: Causas. Boletín, Enero–Marzo, Amsterdam. p.20 RICHTERS ANNEMIEIK.(1992). Introduction. Social Science and Medicine. Vol.35 (6), Pergamon Press. Gran Bretaña. pp.747–751

ROMERO ARTURO.(1992). Hacia un enfoque más integral de la Salud y la Enfermedad. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol.X No.1, Edit.Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia, Marzo. pp.11–35

ROSENBERG MICHAEL, DAVIDSON ARTHUR, CHEN JIAN–HUA, JUDSON FRANKLYN, DOUGLAS JOHN.(1992). Barrier Contraceptives and Sexually Transmitted Diseases in Women: A comparison of Female–Dependent Methods and Condoms. American Journal of Public Health, Vol.82, No.5, Mayo, EUA, pp.669–674

ROSEN GEORGE. (1986). **De la Política Médica a la Medicina Social.** Siglo XXI Editores, México. pp.77–137

ROSEN GEORGE.(1958). A History of Public Health.MD Publications Inc., New York, pp.50–80

ROWLAND J.H.(1989). Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer. Oxford Univ.Press, New York. Cap.3

SAWYER J.A., EARP J., FLETCHER R.H., DAZYF F.F., WYNN T.M.(1990). PAP Tests of Rural Black Women. Journal of General and Internist Medicine. Vol.5 (2), pp.115–119.

SCHAEFFER H.R.(1984), citado por CHODOROW Nancy en El Ejercicio de la Maternidad (Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y Paternidad en la Crianza de los Hijos. Edit.Gedisa, España, p. 116

SCHNEIDER MICHAEL. (1979). **Neurosis y Lucha de Clases.** Siglo XXI Editores. México, 2ªEdición, pp.380

SILBERFARB PETER, GREER STEVEN.(1982).**Psychological Concomitants of cancer: clinical aspects.** American Journal of Psychotherapy, Vol.36 No.4, EUA, pp.470–477.

SINGER ERWIN.(1985). **Conceptos fundamentales de la Psicoterapia.** Ed.F.C.E.-Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, México. 4ª Reimpresión, pp.354

SOBERON G., KUMATE J., LAGUNA J.(1988). Problemas y Programas Prioritarios de Salud en México. En: **La Salud en México. Testimonios 1988.** Ed. SSA-FCE, México, Tomo II, pp.168–171

SPIEGEL DAVID.(1990). **Can Psychotherapy prolong cancer survival?** Psychosomatics, Vol.31 No.4, EUA, Otoño, pp.361–365

SSA. ANUARIO ESTADISTICO 1987.(1988). Dirección Gral. de Servs. Técnicos y Proyectos Especiales. Direc.de Estadística de la SSA. México.

SSA. **ANUARIO ESTADISTICO 1989.**(1990). Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir.de Estadística. México.

SSA. **ANUARIO ESTADISTICO 1990.**(1991).Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir.de Estadística de la SSA. México. Bajo la coordinación de Lic. Adriana Guerra Gómez. pp.351–353

SSA. **ANUARIO ESTADISTICO 1991.**(1992). Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir.de Estadística, Informática y Evaluación. México. Bajo coordinación de Lic. Constanza Rodríguez H. y Lic. Susana Manjarrez Palomares. pp.369–371. Cuadro IV 3.1

SSA. **ANUARIO ESTADISTICO 1992.**(1993). Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir.de Estadística, Informática y Evaluación. México. Bajo coordinación Dr.Jorge Morales y Lic. Susana Manjarrez Palomares. pp.453–455. Cuadro IV 3.1.

SSA. **ANUARIO ESTADISTICO 1993.**(1994). Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir.de Estadística, Informática y Evaluación. México. pp. 441–443. Cuadro IV 3.1.

SSA.(1994). **Compendio de Información sobre Morbilidad por CCU. 1975–1992. Resultados del Reg.Nal.del Cáncer.** Dirección General de Epidemiología, México. 1ªEdición Julio, pp.41–52 y 128, 130, 132 y 134

SSA.(1994). **Compendio de Información del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Resultados 1993.** Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Dir. Gral. de Epidemiología, México.

SSA.(1988). **La Salud Pública en México. Reseña Histórica. 1982– 1988.** Dir.Gral. de Comunicación Social, México. Volúmen.I, pp. 469–472. Coordinado por el Dr. Augusto Fujigaki L.

STEFANEK M. (1991). **Psychotherapy and Cancer Survival: A Cautionary Note.** Psychosomatics, Vol.32, No.2, The Academy of Psychosomatic Medicine, EUA, Primavera, pp.237–238

STRAUSS ANSELM.(1990). **Qualitative Analysis for Social Scientists.** Cambridge Univ.Press, New York. pp. 1–39

SUDNOW DAVID.(1971). **La Organización Social de la Muerte.** Edit. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, pp.78–198

SZALAI JOHN P.(1992). **The Relationship between Individual Differences in Defensive Style and Concept Formation.** British Journal of Medical Psychology, Gran Bretaña. No.65, pp.47–57

TENTI FANFANI E. (1981). La Educación como Violencia Simbólica: P.Bourdieu y J.C.Passeron. En: **Sociología de la Educación.** Col. Corrientes Contemporáneas, Centro de Estudios Educativos, A.C. México.

TETELBOIN CAROLINA.(1992). Chile: Políticas Neoliberales y Salud. En: Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Editorial Friedrich Ebert. México, pp.147–164

TOULMIN STEPHEN.(1986). **Divided Loyalties and Ambigous Relationships**. Social Science and Medicine, Vol.23 No.8, Gran Bretaña, pp.783–787.

TUBERT SILVIA.(1991). **Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología.** Siglo XXI Editores. España. pp.10–27

WEEKS Jeffrey.(1994). La Sexualidad e Historia: Reconsideración. En: **Antología de la Sexualidad Humana.** Gpo.Editorial Porrúa–CONAPO, México. Vol.1, pp.179–201

WEIJMAR S.W.C., van de WIEL H.B., BOUMA J, JANSENS J., LITTLEWOOD J.(1990). Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study. CANCER, Vol.66(2). EUA, pp. 402–407

WOLF HAROLD.(1980). Citado por HAYNAL A. en Manual de Medicina Psicosomática. Edit.Toray–Masson, S.A., España, pp.17–18

ZABORA J., SMITH–WILSON R., FETTING J., ENTERLINE J.(1990). **An efficient method for psychosocial screening of cancer patients.** Psychosomatics, Vol.31 No.2. The Academy of PsychosomaticMedicine, EUA, pp.192–196