

Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos

Lourdes Campero, D en Ed,⁽¹⁾ Erika E Atienzo, MC,⁽¹⁾ Eréndira Marín, MSP,⁽¹⁾ Elvia de la Vara-Salazar, MEP,⁽¹⁾ Blanca Pelcastre-Villafuerte, D en Psic Soc,⁽²⁾ Guillermo González, L en Psic.⁽¹⁾

Campero L, Atienzo EE, Marín E, De la Vara-Salazar E, Pelcastre-Villafuerte B, González G. Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Publica Mex* 2014;56:511-518.

Campero L, Atienzo EE, Marín E, De la Vara-Salazar E, Pelcastre-Villafuerte B, González G. Early detection of breast and cervical cancer among indigenous communities in Morelos, Mexico. *Salud Publica Mex* 2014;56:511-518.

Resumen

Objetivo. Analizar la percepción de mujeres y proveedores de salud sobre cuándo y cómo realizar acciones para la detección temprana del cáncer de mama y cervicouterino en localidades de Morelos con presencia de población indígena. **Material y métodos.** Se entrevistó a 10 proveedores de salud y 58 usuarias en unidades médicas del primer nivel de atención de cinco localidades; luego se analizó la información con base en el paradigma de la teoría fundamentada. **Resultados.** El personal de salud está deficientemente familiarizado con los lineamientos oficiales para la detección de cáncer cervicouterino y de mama. Pocos practican sus labores bajo una perspectiva de sensibilización intercultural. Las usuarias tienen nociones imprecisas o equivocadas de las acciones de detección. **Conclusiones.** La necesidad de capacitación con apego a las normas es evidente. Urge asumir un abordaje con pertinencia cultural que permita la comunicación eficiente y alfabetización en salud para la detección oportuna de estos dos cánceres.

Palabras clave: cáncer de cuello uterino; cáncer de mama; detección precoz del cáncer; alfabetización en salud; población indígena; México

Abstract

Objective. To analyze the perception in relation to when and how to perform actions for the early detection of breast and cervical cancer among women and health care providers in communities with a high percentage of indigenous population in Morelos, Mexico. **Materials and methods.** Ten health providers and 58 women users of health services were interviewed which have a first level of attention in five communities. The analysis was developed under the approach of the Grounded Theory. **Results.** Providers are poorly informed about current regulations and specific clinical indications for the detection of cervical and breast cancer. Few propitiate health literacy under intercultural sensitization. The users have imprecise or wrong notions of the early detection. **Conclusions.** The need for training in adherence to norms is evident. It is urgent to assume a culturally relevant approach to enable efficient communication and promote health literacy for early detection of these two cancers.

Key words: uterine cervical neoplasms; breast neoplasms; early detection of cancer; health literacy; indigenous population; Mexico

(1) Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 20 de junio de 2013 • Fecha de aceptado: 24 de abril de 2014

Autor de correspondencia: Mtra. Erika E Atienzo. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: eeatienzo@insp.mx

Los cánceres de mama (CaMa) y cervicouterino (CaCu) son dos problemas prioritarios en la salud pública de México. Desde 2006, el CaMa ocupa el primer lugar de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres;¹ con una tasa de 16.1^{*2,3} muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años o más.⁴ En cuanto al CaCu, continúa ocupando el segundo lugar en el país, con una tasa de 12^{*} muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años o más.^{1,5}

Si bien la mortalidad por CaCu se ha asociado con poblaciones pobres y la de CaMa con poblaciones urbanas y más desarrolladas, la presencia del segundo está transitando hacia áreas menos desarrolladas, lo que ha originado una doble carga para las poblaciones más vulnerables.⁶

En poblaciones marginadas, como las comunidades indígenas, el riesgo de morir por CaMa o CaCu es más elevado.^{1,2} Lo anterior está relacionado, por un lado, con la cosmovisión y roles de género presentes en estos grupos, que por lo general otorgan poco cuidado al cuerpo y salud de las mujeres; por otro lado, con el hecho de que tienen un restringido acceso a servicios de salud, donde estos padecimientos sean detectados y tratados oportunamente.^{7,8}

Desde el marco de la promoción de la salud, se sabe que la limitada alfabetización en salud⁹ afecta de manera desproporcionada a grupos minoritarios o sectores de la población con menor nivel socioeconómico. Esto, a su vez, está asociado con peores resultados en salud y con mayores costos.¹⁰

La comunicación constituye una piedra angular para propiciar que las personas reflexionen sobre los beneficios y dificultades que conlleva cualquier práctica relacionada con la salud.^{9,11} El flujo de información continua facilita la toma de decisiones encaminadas a prevenir enfermedades¹⁰ y, para esto, el rol de los proveedores de salud es sustantivo. En el trabajo en comunidades rurales o con presencia de grupos indígenas es preciso que éstos sean culturalmente competentes,¹¹ que propicien la alfabetización en salud y que consideren a los miembros de estas poblaciones como agentes¹² de su propio proceso.

Con base en las normas oficiales, este estudio analiza la información que los proveedores poseen y los mensajes que las usuarias reciben en relación con prácticas para la detección temprana de signos anormales asociados a CaMa y CaCu. Se contemplan especificaciones sobre cuándo y cómo llevar a cabo acciones para favorecer la vigilancia y el autocuidado oportuno por parte de las mujeres.

* Cálculos propios con base en referencias 2 y 3.

Material y métodos

En 2011 se realizó un estudio exploratorio con metodología cualitativa y se entrevistó a proveedores y mujeres usuarias de unidades médicas del primer nivel de la Secretaría de Salud (SSa) en cinco localidades del Estado de Morelos en las que se encuentra la mayor concentración de población indígena. Las tasas de mortalidad por CaMa y CaCu en los municipios a los que pertenecen estas cinco localidades se muestran en el cuadro I.

Previo consentimiento informado, las entrevistas se realizaron en los centros de salud y quedaron grabadas de manera anónima.

Proveedores de salud. Se entrevistó al personal más familiarizado con los programas de salud relacionados con la prevención y detección del CaMa y CaCu (10 entrevistas). Se exploró sobre las acciones preventivas y de detección primaria de signos anormales. Se indagó su percepción sobre la comprensión que tienen las mujeres de esas comunidades en acciones para la detección de signos anormales y que involucran el autocuidado. También se buscó identificar la homogeneidad en criterios básicos en relación con dichas acciones. Adicionalmente, se administró un cuestionario para recabar datos generales, experiencia y capacitación previa.

Usuarias. Se entrevistó a mujeres de 20 a 55 años, que hablaran castellano y que tuvieran al menos un hijo. Se realizaron 58 entrevistas (27 sobre CaMa y 31 sobre CaCu). Se les contactó y entrevistó en salas de espera del centro de salud. Estas entrevistas se organizaron

Cuadro I
TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO, EN CINCO MUNICIPIOS DE MORELOS CON LOCALIDADES INDÍGENAS.* MÉXICO, 2010, 2011

	Tasa por cada 10 000 mujeres de 15 años o más CaMa		Tasa por cada 10 000 mujeres de 15 años o más CaCu	
	2010	2011	2010	2011
Estado de Morelos	1.1	1.2	1.2	1.1
Municipio 1	1.8	1.4	1.0	1.6
Municipio 2	1.3	0.0	0.4	1.7
Municipio 3	1.0	1.2	2.0	1.2
Municipio 4	1.3	1.2	0.0	0.6
Municipio 5	1.5	0.0	3.0	2.9

* En Morelos, alrededor de 20% de la población es hablante de lengua indígena

Fuente: Cálculos propios con base en información de referencias 2 y 3.

en tres apartados: a) preguntas sociodemográficas; b) preguntas-filtro para elegir el tema de entrevista (CaMa o CaCu), y c) preguntas específicas sobre un tema seleccionado.

Dependiendo del caso, se indagó sobre el momento y frecuencia del Papanicolaou (PAP), autoexploración de las mamas, exploración clínica de mamas, momento y periodicidad de la mastografía. Además, se exploró sobre su experiencia en los servicios de salud. Para facilitar la comunicación y confirmación de la información entre entrevistadora y entrevistada, se utilizaron imágenes diseñadas para tal fin (figura 1).

Se logró el punto de saturación teórica en los temas de mayor interés para el estudio.¹³ Con base en la teoría fundamentada y a partir de la guía de entrevista, se definieron categorías analíticas que se fueron modificando y ajustando de acuerdo con la información recolectada. Se identificaron códigos conceptuales emergentes y se establecieron interrelaciones entre éstos para cada tema.¹⁴ La integración de la información permitió que se formularan algunas proposiciones fundamentadas.¹⁵

Este estudio fue aprobado por los comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Resultados

Características de las participantes y comunicación proveedores-usuarias

Las características de la población participante se presentan en el cuadro II (proveedores) y cuadro III (mujeres). Los proveedores señalan que, a excepción de lo que sucede en una de las comunidades participantes, la mayoría de los habitantes es bilingüe (hablantes del náhuatl y castellano). Actualmente, en estas comunidades hay pocas personas monolingües de lengua indígena y generalmente se trata de mayores de 50 años de edad. Los proveedores refieren que en algunos casos las mujeres que no pueden comunicarse en el idioma español acuden a consulta acompañadas de familiares, quienes ayudan como traductores. Precisan también que, aun cuando hay un gran grupo de mujeres que habla castellano, éste no siempre es fluido y en ocasiones la comunicación se dificulta.

Para hacer llegar a las usuarias información relacionada con el CaMa y CaCu, los servicios de salud utilizan como principal vía las pláticas del Programa Oportunidades y emplean material o folletos que otor-

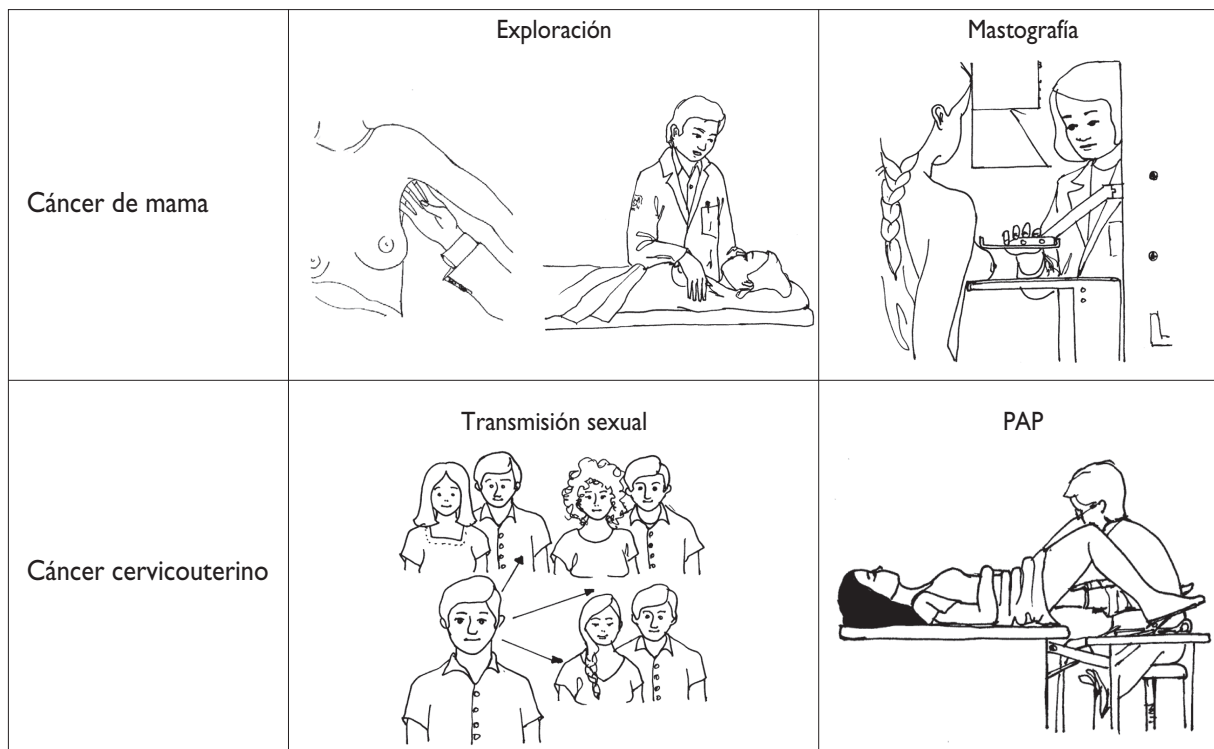


FIGURA 1. EJEMPLO DE IMÁGENES UTILIZADAS DURANTE LA ENTREVISTA A MUJERES USUARIAS DE LAS UNIDADES MÉDICAS. México, 2011

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES ENTREVISTADOS.
MORELOS, MÉXICO, 2011

	n=10	%
Sexo		
Hombre		10
Mujer		90
Edad		
Entre 15 y 25		50
Entre 26 y 35		30
Mayores de 50		20
Tipo de cargo		
Directora del centro de salud		10
Médico o enfermero pasante		40
Enfermero		20
Promotor		30
Antigüedad		
Menor a un año		70
Uno a 10 años		20
10 a 20 años		10
Habla náhuatl		
Sí		10
No		90
Capacitación en CaMa		
Sí		50
No		50
Capacitación en CaCu		
Sí		50
No		50
Capacitación en trabajo con población indígena		
Sí		0
No		100

gan las jurisdicciones. Entre los proveedores se señala la dificultad para transmitir información y mensajes de salud a las usuarias; argumentan que, más allá del lenguaje empleado, las mujeres tienen usos y costumbres característicos de su etnia que obstaculizan la buena comunicación. Al respecto, comentan que: *“es muy difícil explicarles y decirles que ellas tienen que decidir por su cuerpo [...]”*. Su percepción sobre los hechos es que las usuarias: *“no comprenden u olvidan fácilmente la información que se les da”*, a pesar de que ellos(as) tratan de evitar tecnicismos, usan ejemplos y les repiten la información de diferentes formas.

Cuadro III
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
MORELOS, MÉXICO 2011

	n=58	%
Motivo de consulta		
Enfermedad o seguimiento a hijos o familia		17.2
Enfermedad o seguimiento de la mujer		24.1
Plática de Programa Oportunidades o Seguro Popular		29.3
No aplica (visita domiciliaria)		24.1
Sin información		5.2
Edad de las mujeres		
Menor de 25		3.4
Entre 25 y 35		37.9
Entre 36 y 45		36.2
Mayores de 45		19.0
Sin información		3.4
Escolaridad		
Sin escolaridad		5.2
Primaria		29.3
Secundaria		41.4
Mayor a secundaria		1.7
Sin información		22.4
Sabe lengua indígena		
Sí		27.6
No		39.7
Entiende pero no lo habla		31.0
Sin información		1.7

Aplicación de normas sobre CaCu y CaMa en los centros de salud

En México las acciones de prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica se regularizan a través de normas oficiales. Para CaMa, la norma vigente es la NOM-041-SSA2-2011,¹⁶ y para CaCu, la NOM-014-SSA2-1994.¹⁷ En el caso de la ejecución de los programas para primer nivel de prevención y atención, las acciones están coordinadas con el Programa Oportunidades, pues las mujeres beneficiarias de éste tienen la corresponsabilidad de acudir a los centros de salud, donde se les ofrece información a través de pláticas mensuales y se les hacen estudios anuales para la detección temprana (PAP, exploración clínica y mastografía). Las usuarias beneficiarias expresan conocer acciones de autocuidado para CaMa y CaCu, y mencionan que: *“Las personas que no tienen Oportunidades [no beneficiarias] pues no van a las pláticas y no se enteran de nada”*.

El PAP como estrategia de detección oportuna de CaCu

La NOM-014-SSA2-1994 señala, en relación con la detección oportuna, que a toda mujer entre 25 y 64 años de edad se le debe ofrecer el PAP, en especial a aquellas con factores de riesgo. Éste ha de ser anual y, en caso de dos citologías consecutivas con resultado negativo, debe realizarse cada tres años.

Al respecto, los proveedores indican que el PAP se debe recomendar a toda mujer que haya iniciado vida sexual; principalmente a aquellas con experiencia reproductiva: *"Idealmente el PAP se puede hacer cuando inician su vida sexual pero obviamente una adolescente, una mujer que no ha tenido [relaciones sexuales] es muy difícil que acuda [...], acuden las mujeres que ya han sido mamás, las señoras mayores 40, 50 años"*. Ellos expresan que debe realizarse anualmente, particularmente porque esto es lo que el Programa Oportunidades solicita a sus beneficiarias.

Prácticamente, todas las mujeres refieren que el PAP les permite detectar a tiempo algún problema: *"Necesita uno venir [al centro de salud] a hacerse el PAP para saber si está uno bien o está uno mal [...]"*. Cuando se les pregunta sobre cuándo se debe realizar, su conocimiento varía: *"a partir del inicio de la vida sexual activa", "a partir de que se tienen hijos", "de que se casan", "a partir de los 25 [años]"*. En cuanto a su frecuencia, ellas responden con la misma imprecisión y sólo en pocos casos identifican razones vinculadas con una posible variación en los tiempos: *"anualmente", "cada seis meses", "cada dos años" o "dos veces al año y de no haber problema cada tres"*.

Las entrevistadas conocen el procedimiento del PAP porque casi todas se lo han realizado al menos una vez y es generalmente la enfermera quien toma la muestra. Las mujeres manifiestan esta preferencia: *"pues yo digo, es más confianza, entre mujeres y [con] un doctor, como [que] tenemos vergüenza"*.

La norma indica que, en casos de detección de alguna anomalía, se debe informar en un lapso menor a cuatro semanas, mientras que los proveedores sólo mencionan que el tiempo que transcurre entre la realización del PAP y la entrega de resultados es corto: *"Después de un mes, a mes y medio, se les dice que acudan a ver si ya están sus resultados"*; pero las usuarias comentan que tardan más: *"dos meses", "de uno a cuatro meses", o hasta "un año"*. En una localidad se comenta que les han dicho que, si no las *"mandan a traer"*, significa que sus resultados salieron bien: *"sólo nos buscan si hay una cosa rara"*. El procedimiento de entrega es más o menos como aquí se expresa: *"Nosotras las enfermeras si ya revisamos sus resultados y salieron bien pues sólo en un papelito les damos la información de que todo está bien y en el caso de que salga algo mal, también se les da un papelito [...] se anota la anomalía y se le da una ficha y pasan con el médico y él es quien ya habla con ellas"*.

Estrategias de apoyo para la detección del CaMa

- *La autoexploración.* La NOM-041-SSA2-2011 establece tres acciones fundamentales que debe realizar el personal de salud para la detección temprana del CaMa: a) enseñar a toda mujer a partir de los 20 años la técnica de autoexploración de mamas; b) a partir de los 25 años, realizar examen clínico de mamas, y c) realizar la mastografía a mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años.

Por parte de los proveedores, la información que la norma señala es poco conocida y se aprecia variación en relación con quién debe hacer qué y cómo se debe dirigir la información a las mujeres. La autoexploración se está recomendando con los siguientes criterios: *"[...] a mujeres a partir de los 20 años y que tienen una vida sexual activa", "casi siempre a partir de los 35 años y [...] también en embarazadas lo hemos implementado", o bien, "se les da [se les enseña cómo hacerla] a todas las mujeres a partir de que comienzan la menstruación."*

En las mujeres hay una noción vaga o equivocada sobre la edad y riesgo de padecer este cáncer; la mayoría afirma: *"[...] a las jóvenes no les pasa", "nos dijeron que cuando ya tenemos más edad, [es] cuando te puede causar esa enfermedad", "[...] las mujeres jóvenes no corren riesgo", "[...] [les puede dar] a las mujeres mayores de 45 años."*

Las respuestas sobre a qué edad hay que iniciar con la práctica de autovigilancia de senos varían considerablemente desde los 35 hasta los 50 años de edad, lo cual hace evidente, una vez más, la falta de consenso en la información de proveedores. Unas cuantas dijeron que *"todas las mujeres deben hacerse la exploración"* pero sin claridad de cuándo es recomendable iniciarla.

Las mujeres reconocen la autoexploración como la forma de detección de algún problema: *"las bolitas"*. Han escuchado que ante su detección deben acudir de inmediato al médico para ser valoradas. Ninguna menciona la aparición de manchas o cambio de forma en los senos como otros signos anormales. Prácticamente, sus testimonios aluden a esto: *"Hemos escuchado que nos chequeemos, que nos toquemos bien y que si sentimos algún dolor o una bolita, que acudamos al centro de salud porque puede ser algo del cáncer de mama [...] porque es peligroso"*.

Con respecto a la periodicidad en que se debe realizar la autoexploración, la norma estipula que debe hacerse mensualmente entre el 7° y 10° día de haber iniciado el sangrado menstrual. No obstante, entre los proveedores no se identifica unificación de criterios sobre la especificidad del

momento en que se debe recomendar esta exploración; menos aun entre las mujeres. Ellas saben que se recomienda: “cada mes” o “cuando termina el periodo menstrual”. Identifican que es una información que han recibido en varias ocasiones: “Aquí [en el centro de salud] nos han enseñado [...], que tenemos que autoexplorarnos cada mes”.

La mayoría de las mujeres refiere tener idea sobre cómo autoexplorarse: “[...] observándose [frente] al espejo, [o acostadas] con la punta de los dedos tocando el seno, siguiendo la secuencia del reloj”. Ninguna reporta haber encontrado alguna anomalía al llevar a cabo esta práctica.

- **La exploración clínica.** La norma señala que el examen clínico de mamas debe ser realizado por personal médico o de enfermería capacitado y que debe hacerse a las mujeres mayores de 25 años, sin señalar la periodicidad. De acuerdo con los proveedores, la exploración de los senos no es una práctica establecida ni tiene una periodicidad específica –la frecuencia depende del prestador– y es el(la) enfermero(a) quien lo realiza. En una de las comunidades se comenta que una enfermera especializada es quien hace las citologías y la exploración de mamas; en las otras comunidades, el personal varía.

Generalmente las usuarias identifican que, además de realizar la autoexploración, tienen que acudir a su centro de salud al examen clínico: “[...] pues revisándonos cada mes, ése sería uno e ir al médico, o sea, hacerte una revisión cada año.” Cuando acuden a realizarse el PAP, a veces se les hace la exploración de senos. Sus testimonios dan cuenta de que la revisión es incómoda y penosa. Un médico refiere que él mismo realiza la exploración, pero comenta la dificultad que enfrenta: “[...] en esta población las mujeres son un tanto agresivas de carácter, tienen mucho poder, entonces si uno se pone a explorar las mamas como probablemente en cualquier población [se puede hacer] pero aquí sí te tachan de morbosos, es lo peor, entonces yo soy muy cuidadoso en cómo me dirijo hacia ellas porque realmente son personas especiales”.

Sólo en una de las comunidades los proveedores señalan que, si se detecta algún signo de alarma en el chequeo médico, se sugiere realizar un ultrasonido.

- **La mastografía.** La norma indica que se debe realizar a partir de los 40 años, cada dos años. Pocos proveedores comentaron acerca de la periodicidad con que se recomienda esta prueba. Uno de ellos señala: “una vez al año, a mujeres que tienen antecedentes familiares de este padecimiento y a las mayores de 40 años”.

Las mujeres saben que la mastografía es un estudio para detectar CaMa, pero no conocen la

edad recomendada para su inicio, ni la periodicidad con la que se debe realizar. Aluden a que solamente a las mujeres “mayores” son a quienes se les debe recomendar.

Los proveedores refieren que, dado que no cuentan con mastógrafo en las localidades, la forma de acceso a este examen es a través de las “Rutas de la Salud”, que llegan a su localidad o a alguna otra cercana, o bien, mediante convocatorias que el centro de salud hace para trasladar a las mujeres a donde se ha instalado el mastógrafo. Sin embargo, señalan que no siempre hay buena coordinación.

Según la norma, los resultados deben entregarse por escrito en un periodo no mayor a 21 días, no obstante, en la práctica la entrega es irregular. Las mujeres mencionan que no recibieron la imagen o explicación de la prueba que se les realizó. Algunas comentan haber recibido el resultado, pero de manera verbal. Al respecto, los proveedores mencionan que cuando el resultado es positivo, generalmente la entrega se hace en una visita domiciliaria.

Por último, vale la pena señalar que algunas mujeres mencionaron la participación de su pareja como facilitador para el uso de los servicios de salud: “él dice que está bien que me esté chequeando todo”. Algunas refieren que sus parejas las acompañan cuando les tienen que hacer estudios o que les preguntan por sus resultados. Sin embargo, los casos como éstos son excepcionales. Los proveedores expresan constantes quejas en torno a esto.

Discusión

Este estudio evidencia los retos para lograr una mejor articulación entre normas e implementación de programas para la detección temprana del CaCu y CaMa, particularmente en comunidades con presencia de grupos indígenas.

Si bien la lengua es parte de lo que define la identidad de un grupo, existen otros elementos que precisan la pertenencia a una cultura determinada, por ejemplo, los usos y costumbres. Estos últimos fueron considerados en este estudio al entrevistar a mujeres bilingües náhuatl-español. Sin embargo, se reconoce como una limitación el hecho de no haber contratado a traductores para entrevistar a mujeres monolingües del náhuatl. Aun dejando de lado al grupo menos expuesto a información en salud, se entrevistó a mujeres que comparten dicha cosmovisión.

En relación con lo observado en los servicios de salud y a través de los testimonios, se identifican inconsistencias entre las normas y mensajes que se siguen y la falta de un servicio con pertinencia cultural, sobre lo que a continuación se reflexiona.

La estipulación de las normas de salud^{16,17} es un paso necesario para ponderar procedimientos y acciones que se han de seguir en la detección y atención a la salud poblacional. No obstante, si éstas no logran plasmarse en la formación de los proveedores, difícilmente se podrá llegar de forma efectiva a las usuarias. Sin información precisa, clara y unificada, es incomprensible la dirección de las acciones deseadas; especialmente si se busca la formación de habilidades para la detección temprana y autogestión por parte de la población.^{9,10}

Como se aprecia en la información que ellos mismos otorgaron, se identifica que, en promedio, los proveedores tienen ocho horas de capacitación sobre lineamientos para la detección temprana de estos problemas de salud, lo que refiere una formación superficial e insuficiente. Resulta imprescindible asegurar que los proveedores conozcan a detalle y sigan de manera homogénea las normas.¹⁸

La rotación anual de personal de salud en este nivel de atención, aunada a la poca sensibilización a la que los proveedores están expuestos para trabajar en comunidades indígenas, complican las dificultades que de por sí conllevan la promoción de salud y la detección temprana de CaCu y CaMa. Para el proveedor, formado únicamente bajo los estándares de la medicina occidental, dicha encomienda no es tarea fácil pues el modelo médico hegemónico poco empata con dicha cosmovisión.

En la reflexión que se hace sobre la comunicación que se establece entre proveedores y usuarias no hay cuestionamiento sobre sus propias prácticas y formas de comunicación; se da por sentado que son ellas quienes deben adaptarse a los mensajes que se les proporcionan. Al no contar con sensibilización intercultural no se advierte la importancia de ésta en la comunicación y, por lo mismo, escasamente se encuentran estrategias y vías para transmitir y favorecer la alfabetización en salud. Si no se conocen y comprenden los significados culturales, sus recomendaciones difícilmente se ajustarán a las formas de organización social y, por tanto, las usuarias tenderán a experimentarlas como una imposición.¹⁹

En ciertas culturas indígenas se mantiene la creencia de que el cuerpo debe permanecer cerrado a influencias extrañas y por tanto hay dificultad en la aceptación de las intervenciones médicas, concretamente, cuando éstas involucran procedimientos que requieren exponerlo.²⁰ Partir de esta realidad se vuelve imprescindible al trabajar en la prevención y detección temprana de estos dos problemas de salud. En los casos de CaMa y CaCu, esto implica acciones que podrían resultar desconcertantes o impropias para las mujeres indígenas, o que podrían percibirse como un atentado contra su privacidad e intimidad. La promoción del

autocuidado puede llegar a significar cambios en los estilos de vida y también la incorporación de nuevas y hasta inusuales acciones. Éste es el caso, por ejemplo, de la autoexploración de mamas o de la autodeterminación para realizarse mastografías o PAP.

Cabe señalar que el autocuidado para la salud no es meramente una conducta individual; también implica una conducta social, que se construye progresivamente por la combinación de aprendizajes sociales a través de relaciones interpersonales en una cultura específica.^{9,21} Tomar en cuenta la norma social para la construcción de significados específicos implica incorporar acciones sobre las formas en que se proponen las prácticas de autocuidado.^{22,23}

En este estudio se puede identificar que, si bien se ha logrado que las mujeres tengan nociones generales respecto a ambos tipos de cáncer y a su detección temprana, existen vacíos de información y claridad sobre cuándo deben iniciar ciertas acciones y sobre su periodicidad. Además, se identifican irregularidades en el seguimiento oportuno y sistemático de algunas prácticas de detección, por lo que los programas pierden la oportunidad de impactar efectivamente. En este caso, las mujeres pueden realizar tardía o irregularmente una prueba que requiere continuidad. Si se comprenden sus ventajas con claridad y se conoce el cuándo, cómo y por qué de cada una de estas pruebas, la vigilancia se vuelve más asertiva.²⁴

La comunicación en salud es una herramienta de bajo costo que puede tener un buen impacto; pero, para que esto suceda, ésta se debe adecuar a las necesidades de la población a la que se dirige.^{25,26} Entre otros, se ha visto que el mercadeo social, aplicado a la salud, propicia la validación de mensajes cortos y comprensibles, si se consideran las especificidades de la población.²⁷

Se requiere seguir insistiendo en que los servicios de salud no concentren los mensajes preventivos únicamente en las mujeres, a quienes con frecuencia se ha otorgado un papel de mensajeras de la información con sus parejas. Por ejemplo, aun cuando se reconoce que el virus del papiloma humano tiene estrecha relación con el CaCu, a los varones prácticamente no se les incorpora en su prevención.²⁵

Por otro lado, al igual que lo han hecho otros estudios,²⁸ en éste se identifica que las parejas de las usuarias pueden convertirse en un obstáculo, o bien, en un facilitador para la realización del PAP y la exploración clínica. Si bien éste es un hecho común en varias culturas, en las comunidades con mayor nivel de marginación social esto se acrecienta.²⁹ Los proveedores tienden a expresar frustración por la resistencia de los varones, pero poco se trabaja en buscar estrategias de sensibilización y comunicación para acercarse a ellos. La creación de campañas masivas de información dirigidas

a varones para fomentar una conciencia de corresponsabilidad en estos problemas de salud es prioritaria.

Es imprescindible comprender las definiciones, experiencias y racionalidad de las personas pertenecientes a diferentes culturas para la detección temprana de estos dos cánceres, que afectan de manera preocupante a las mujeres mexicanas. Si se quiere tener un impacto en la salud de las mujeres, la comunicación de las acciones de autocuidado debe basarse en normas actuales de salud y tener pertinencia intercultural.

Agradecimiento

Se agradece el apoyo del Instituto de la Mujer del Estado de Morelos y de la Secretaría de Salud del Estado; así como a los proveedores de salud y mujeres usuarias de los servicios de salud por su participación voluntaria.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Palacio-Mejía L, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex* 2009;51(2):208-219.
- Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población nacional 2010-2050. México. CONAPO [consultado el 10 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2012. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais). México: Secretaría de Salud [consultado el 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- De la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Publica Mex* 2011;53(5):385-393.
- Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejía LS, Allen-Leigh B, Yunes-Díaz E, Alonso P, Schiavon R et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17(10):2808-2817.
- Knaut F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Publica Mex* 2009;51:335-344.
- Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer de mama. México, DF: Ssa, 2008.
- Torres-Poveda KJ, Arredondo-López AA, Duarte-Gómez MB, Madrid-Marina V. La mujer indígena, vulnerable a cancer cervicouterino: perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. *Salud en Tabasco* 2008;14(3):157-166.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenger for contemporary health education and communications strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-267.
- Egbert N, Nanna KM. Health literacy: Challenges and strategies. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2009; 14(3) [consultado el 9 de octubre de 2009] Disponible en: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN.
- Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16:30-38.
- Giddens A. La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- Bertaux D. Los relatos de vida en el análisis social. En: Aceves J, comp. *Historia oral*. México: Mora, 1993:136-148.
- Denzin N, Lincoln Y, comp. Introduction. Entering the field of qualitative research. En: *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage Publication, 1994.
- Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine, 2009.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 2011.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 1994.
- Freyermuth G. Programa de cáncer de mama. En: *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*. Chiapas, México: Inmujeres CIESAS-Sureste, 2010.
- Feltri A. Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colect* 2006;2(3):299-316.
- Armenta N. Heterogeneidad cultural y uso de servicios de salud reproductiva: mujeres indígenas en el Programa Oportunidades. Cuernavaca, México: Escuela de Salud Pública de México, 2011.
- Denyes M. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación. *Adv Nurs Sci* 1998;11(1):13-21.
- Castro-Mantilla MD. Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. *Rev Umbr Cs Soc* 2008;18:203-235.
- Organización de las Naciones Unidas. *Salud materno infantil de los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Santiago de Chile: ONU, 2010.
- Arellano-Ceballos A, Chavéz-Méndez M. VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. El cáncer cervicouterino: el nivel de conocimiento, el autocuidado de la salud y las estrategias de prevención en las jóvenes de 18 a 29 años del estado de Colima, México. Curitiba, Brasil, 2010.
- Villaseñor M, Contreras M, Barraza J, Romero J. Necesidades en educación para la salud sobre cancer cervicouterino desde la perspectiva social de mujeres y hombres de la región centro occidente de México. *Humanitatis* 2006;3(9):30-31.
- Duarte-Gómez MB, Morales S, Idrovo J, Ochoa C, Caballero M, Hernández M. Impacto de Oportunidades sobre los conocimientos y prácticas de madres beneficiarias y jóvenes becarios. Una evaluación de las sesiones educativas para la salud. Cap. VI Tomo II: Salud. En: *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004*. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005: 249-329.
- Grier S, Bryant CA. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health* 2005;26:319-339.
- Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera J, Tovar-Murillo S, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2006;8(3):185-196.
- Lazcano E, Castro R, Allen B, Nájera P, Alonso P, Hernández M. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino. Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control. México, DF: Médica Panamericana, 2000.