

Estudio



Instituto de la **Mujer**
para el Estado de Morelos



Sobre los procedimientos que realiza la Secretaría de Salud sobre servicios de prevención y detección de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, VIH, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar en mujeres indígenas en el Estado de Morelos.

2011



**GOBIERNO
FEDERAL**



Instituto de la **Mujer**
para el Estado de Morelos



GOBIERNO DEL ESTADO
DE MORELOS
2000 - 2012



Vivir Mejor

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras (es) del presente trabajo

MENSAJE DE LA DIRECTORA

En el marco del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, cuyo objetivo es: “Contribuir a la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas en las entidades federativas para lograr la disminución de las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres; el Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos, comprometido con las mujeres impulsa acciones para lograr la Igualdad de derechos humanos y oportunidades entre mujeres y hombres en Morelos.

El estudio que aquí se presenta busca apoyar la detección de necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres indígenas de la entidad en materia de salud para determinar las condicionantes que se deben crear para mejorar su accesibilidad a servicios eficientes, prioritariamente, sobre la prevención y atención de cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, VIH, infecciones de transmisión sexual y planificación familiar. A través del análisis que este estudio realiza en cinco comunidades indígenas (Cuentepec, Xoxocotla, Hueyapan, Santa Catarina y Tetelcingo), se muestran algunas propuestas de acción para continuar trabajando por la salud de las mujeres en el Estado de Morelos, motivo por el que agradezco al INMUJERES las facilidades para el logro de este estudio.



Mtra. Adriana Rebeca Vieyra Olivares
Directora General del Instituto de la Mujer
para el Estado de Morelos

RESUMEN

La salud sexual y reproductiva en México es un tema prioritario de salud pública. Los cánceres de mama (Ca-Ma) y cérvico uterino (Ca-Cu) son las dos primeras causas de muerte por tumores en mujeres, no obstante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) siguen siendo una amenaza para su salud, a la par de la existencia de una importante demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos para la Planificación Familiar (PF). La vulnerabilidad social y de género que incrementan riesgos asociados a problemas de salud, se potencializa aún más en poblaciones marginadas como la población indígena. En México las investigaciones sobre la salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas son escasas, particularmente en el Estado de Morelos, por lo que el objetivo es detectar las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres indígenas de la entidad en materia de salud, para determinar las condicionantes que se deben crear para mejorar su accesibilidad a servicios eficientes. Es un estudio exploratorio y cualitativo en una muestra de mujeres en edad reproductiva y proveedores de servicios de salud de centros de salud en comunidades indígenas del Estado de Morelos. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a proveedores y a usuarias de los servicios de salud en relación a su experiencia en estos servicios y los mensajes de prevención que reciben en relación a estos temas prioritarios de salud. A pesar de diversos esfuerzos que se han realizado para atender a esta población, quedan importantes tareas por hacer. En general las mujeres tienen algunas nociones concernientes a las distintas problemáticas estudiadas, no obstante, para ciertos aspectos fundamentales de su salud, su percepción sobre acciones de prevención, son confusas o erróneas. Esto, aunado a los usos y costumbres, limita la posibilidad de su actuar en consecuencia.

Palabras Claves: Cáncer de mama, Cáncer cérvico uterino, Infecciones de transmisión sexual, Planificación familiar, indígenas.

ÍNDICE

I)	ANTECEDENTES	1
II)	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	2
III)	MARCO JURÍDICO	6
IV)	JUSTIFICACIÓN	10
V)	OBJETIVOS	11
VI)	ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	11
VII)	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:	12
VIII)	DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	18
	a) Entrevistas a Mujeres en las comunidades	18
	Temas explorados:	22
	1) Planificación familiar	22
	2) Infecciones de transmisión sexual.....	32
	3) Cáncer Cérvico Uterino	43
	4) Cáncer de Mama	56
	b) Entrevistas a Proveedores de Salud (anexo 6)	63
	Capacitación del personal de salud (anexo 7)	63
	Comunicación con Proveedores - personas que hablan lengua indígena	65
	1) Planificación familiar	67
	2) Infecciones de transmisión sexual.....	70
	3) Cáncer Cérvico uterino	77
	4) Cáncer de mama	81
	c) Observaciones en los centros de Salud	86
IX)	PROPUESTAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS RELACIONADAS AL TEMA	99
X)	ANEXOS	109
	Fotos (anexo 1):	109
	Instrumentos (Guías) (anexo 2):	111
	Imágenes – verificadores en las entrevistas (anexo 3):	127
	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (anexo 4)	130
	CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR COMUNIDAD (Anexo 5).....	132
	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES DE SALUD ENTREVISTADOS – (Anexo 6)	134
	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES DE SALUD ENTREVISTADOS, CAPACITACIÓN (Anexo 7).....	135
	INDICADORES META 1 (Anexo 8)	136
XI)	FUENTES	138
XII)	GLOSARIO DE TERMINOS:	141

I) ANTECEDENTES

Este estudio se desarrolla a través de un equipo de investigación del Instituto Nacional de Salud Pública y se ajusta a las actividades del Proyecto “ACCIONES PARA LOGRAR LA IGUALDAD DE DERECHOS Y OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN MORELOS”, presentado por el Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos (IMEM), a través del Programa para el Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género y cuyo objeto es el de : “Contribuir a la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas en las entidades federativas, para lograr la disminución de las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres.” El IMEM tiene un compromiso con el Estado Mexicano mediante la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. A partir de ahí, se contempla el adoptar las medidas necesarias para acortar las brechas de género entre mujeres y hombres, eliminando cualquier forma de discriminación que menoscabe sus derechos humanos, así como la protección de las mujeres eliminando las situaciones de violencia tanto en el ámbito público como en el privado que puedan afectarlas.

Con base en ello se diseñó un estudio exploratorio, cualitativo que cumpliera satisfactoriamente con los objetivos y compromisos del IMEM; considerando la factibilidad de cumplir con los compromisos previsibles y alcanzando ciertos resultados acotados, pero relevantes. Al IMEM le interesa identificar cuáles y cómo se otorgan los servicios de salud a las mujeres indígenas, principalmente sobre la prevención y atención en relación a problemas prioritarios para las mujeres en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Entre estos están: a) cáncer de mama; b) cáncer cérvico uterino, c) enfermedades de transmisión sexual (entre otras, VIH / SIDA) y d) planificación familiar. De acuerdo a esto, entre las prioridades que al IMEM le interesa poder identificar estaría, por ejemplo: si las mujeres indígenas están recibiendo mensajes de prevención y en caso de requerirse, atención por parte de los programas priorizados por ellos; si las mujeres comprenden la información que

reciben; si se aplican adecuaciones interculturales (uso de la lengua indígena o elementos identitarios) para facilitar la comunicación de los mensajes; cómo es el trato que reciben por parte del personal encargado de los programas; y si la atención que se brinda se realiza con perspectiva de género.

El siguiente es un informe técnico cuyo reporte consta de ocho apartados: A) Una revisión de la literatura que apoya el sustento teórico-metodológico de la problemática que se aborda: Planificación Familiar (PF), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Cáncer Cérvico uterino (CaCu) y Cáncer de Mama (CaMa). B) Un componente metodológico donde se describen las características del diseño de estudio, la selección de participantes, los instrumentos a utilizar, los criterios éticos que se siguieron para la recolección de la información y la estructura y sistematización de los datos. C) Un apartado de resultados, donde se describen los principales hallazgos referentes a cada uno de los temas que se exploran con las mujeres y proveedores de las comunidades establecidas por el Convenio de colaboración IMEM-SSA (Cuentepec, Sta. Catarina, Tetelcingo, Xoxocotla y Hueyapan), todas ellas con alta marginalidad social y en donde, de acuerdo a sus parámetros de referencia, se ubica la mayor concentración de población indígena. También se presentan unos cuadros donde se señalan ciertos aspectos derivados de las Observaciones en los Centros de Salud donde se llevó a cabo el estudio. D) Se continúa con un apartado en donde se incluyen algunas conclusiones y recomendaciones a manera de propuestas de Acción y/o estrategias relacionadas al tema de estudio. E) Casi para terminar, se exponen una serie de anexos (instrumentos, tablas y cuadros). F) Posteriormente un pequeño glosario de términos y G) Finalmente las referencias bibliográficas.

II) MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En términos generales, el panorama de la salud en la región de América Latina (AL) se encuentra caracterizado, por un lado, por la importante presencia de enfermedades crónico-degenerativas, pero al mismo tiempo por la permanencia de enfermedades transmisibles (OPS, 2007). Así, en términos de la salud de las mujeres, se sabe que por ejemplo los cánceres del aparato reproductivo son la causa principal de mortalidad por

cáncer entre las mujeres adultas en AL, no obstante las ITS/VIH siguen siendo una amenaza para su salud, a la par de la permanencia de una importante proporción de mujeres en edad fértil con una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos (Langer & Nigenda, 2000).

Para el caso en particular de México, lo anterior no es la excepción. Los cánceres de mama (Ca-Ma) y cérvico uterino (Ca-Cu) son las dos primeras causas de muerte por tumores en mujeres mexicanas (Palacio-Mejía & cols., 2009). En relación al Ca-Ma, su incidencia ha ido en aumento prácticamente en todos los países de la región, no obstante en México existió un incremento notorio en las muertes ocasionadas por esta causa entre 1979 y 2005 mayor al que ocurrió en otros países (Lozano-Ascencio & cols., 2009). Para el 2006, se estima que la tasa de mortalidad por Ca-Ma fue de 10.1 por cada 100,000 mujeres (Palacio-Mejía & cols., 2009). En cuanto al Ca-Cu, aún cuando se ha estimado que en años recientes la tasa de mortalidad por esta enfermedad se ha reducido (Lazcano-Ponce & cols., 2008), éste aún permanece como un severo padecimiento que afecta a las mujeres. Para el 2006 la tasa de mortalidad por Ca-Cu se estima en 9.9 muertes por cada 100,000 mujeres (Palacio-Mejía & cols., 2009).

Por otro lado, diversas estadísticas dan cuenta de los problemas relacionados con la falta de acceso a métodos y programas de planificación familiar (PF) particularmente para las mujeres. En México, hace ya más de 35 años que existen los programas de PF y a raíz de esto, sabemos por diversos estudios o encuestas, que prácticamente todas las mujeres han oído mencionar al menos un método anticonceptivo (Ensanut 2006; ENSAR 2003), existiendo una cobertura anticonceptiva de alrededor del 70% en mujeres unidas, cifra que representa un aumento de 18 puntos porcentuales a lo largo de 19 años (Mendoza & cols., 2009). Aún cuando esto pudiera parecer el escenario óptimo, algunos retos importantes permanecen. La información proveniente de diversas encuestas indica que la elección informada de un método anticonceptivo es aún limitada. Actualmente, sólo el 40% de las usuarias de anticonceptivos recibe información completa por los proveedores antes de adoptar un método en particular, y esta proporción ha permanecido constante desde 1997. Más importante todavía, existe una necesidad no satisfecha de anticoncepción en 12% de las mujeres unidas (Mendoza & cols., 2009).

Cabe mencionar que la realidad recién descrita dista de ser homogénea, existiendo una importante heterogeneidad en la magnitud de estos eventos de acuerdo a los diferentes grupos poblaciones. En términos de la salud reproductiva, persisten profundas desigualdades al comparar entre estratos socioeconómicos, subregiones, grado de urbanización o grupos étnicos (Langer & Nigenda, 2000).

En general, las normas sociales en relación al género obstaculizan el que las mujeres ejerzan sus derechos sexuales y su libertad para decidir sobre su cuerpo, sus relaciones sexuales y sobre el cómo cuidarse (INMUJERES, 2009). No obstante, esta vulnerabilidad social y de género que incrementa riesgos asociados a problemas de salud, se potencializa cuando se habla de poblaciones marginadas, tal como es el caso de la población indígena. El rezago social y económico y la falta de servicios de salud apropiados para esta población, son también determinantes de muchos de los problemas de salud reproductiva que enfrentan las mujeres indígenas.

Se trata generalmente de mujeres con bajos niveles de escolaridad y por tanto poca participación en el mercado laboral, al mismo tiempo que presentan conductas reproductivas tradicionales como iniciación sexual, primera unión y primer embarazo a temprana edad; elevados niveles de fecundidad y bajo conocimiento y/o uso de métodos anticonceptivos (Chávez & Cols., 2003). Estas mujeres carecen de rol en la toma de decisiones de salud, incluyendo la búsqueda para la atención de su propia salud. Como resultado del poco control que las mujeres indígenas tienen sobre su propio cuerpo y en general las decisiones en salud, las costumbres y normas sociales evitan que una mujer acuda a realizarse los exámenes físicos que se requieren para una prevención y atención oportuna de los cánceres ginecológicos (Pelcastre & cols., 2007) u otros padecimientos, particularmente cuando éstos los debe realizar una figura masculina.

En México, se sabe por ejemplo que el Ca-Ma no es un problema exclusivo del estrato socioeconómico alto como sucede en otros países del mundo (López-Carrillo & cols., 2009). Si bien a nivel general el riesgo de morir por Ca-Ma es mayor en las áreas urbanas que en las rurales, en los últimos años esta diferencia en el riesgo se ha reducido en algunas regiones del país; en la región centro y sur de México, incluyendo el estado de Morelos, actualmente el riesgo de muerte por Ca-Ma es mayor en las áreas rurales (Palacio-Mejía & cols., 2009). Por otro lado, la mortalidad por Ca-Cu es

tres veces mayor en las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas; por ejemplo, particularmente en Morelos, el promedio de edad de una mujer que muere por Ca-Cu en áreas rurales es de 58.4 años, mientras que en áreas urbanas es de 64.9 años (Palacio-Mejía, 2003).

En términos de la PF, las necesidades insatisfechas de anticoncepción en los municipios de alta y muy alta marginación y en las zonas indígenas y rurales, evidencian los rezagos que existen para estas poblaciones. Mientras la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres unidas fue de 12% a nivel nacional en 2006, en los municipios con marginación muy alta fue de 27% y en las áreas rurales de 20% (Mendoza & cols., 2009). Específicamente entre las mujeres indígenas, un 28.8% nunca ha usado anticonceptivos en comparación con 7.4% entre mujeres no indígenas (Chávez y Pérez). A la vez, los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en México señalan la persistencia de patrones de fecundidad a una edad temprana entre las mujeres indígenas. En esta población, el rango de edad en donde se presenta en mayor proporción el primer embarazo, es entre los 16 y 17 años, representando casi al 30% de las mujeres indígenas en edad reproductiva (Chávez & Cols., 2003). Por otro lado, se ha documentado que mientras que las mujeres no indígenas de entre 45 y 49 años terminan su vida reproductiva con 3.9 hijos en promedio, entre mujeres indígenas de este grupo de edad este promedio es de 5.2 (Chávez & Cols., 2003). Por otra parte, diversos estudios sobre el tema afirman que existe una mayor vulnerabilidad hacia las ITS (entre otras al VIH/SIDA) en este mismo grupo poblacional. La inequidad de género, la migración y la baja prevalencia de uso del condón, se asocian de manera importante a esta problemática (Herrera & Campero, 2002; Campero & cols., 2010; Hernández-Rosete & cols., 2008; Zepeda & cols., 2011; Montalva y Velasco, 2005).

Cabe destacar que los cánceres ginecológicos y las ITS, son prevenibles o bien, cuando se detectan tempranamente, son en su mayoría tratables. Los exámenes periódicos es la estrategia más útil para su detección oportuna y tratamiento. La falta de acceso a servicios adecuados para la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades mencionadas y a métodos de PF, es una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad entre las mujeres que se incrementa cuando se trata de comunidades indígenas. A pesar de esto, los sistemas de información en salud no

destacan de manera específica las variaciones en la magnitud de los problemas de salud ni hacen un análisis detallado que permita identificar los factores y peso de variables étnicas, raciales y/o culturales (OPS, 2007).

En México, las investigaciones sobre estos temas con población de mujeres indígenas son escasas, y poco es el conocimiento que se tiene en relación al cómo están funcionando los servicios de salud para esta población en el Estado de Morelos. Tampoco se ha generado suficiente información que aborde la comprensión por parte de la población (mujeres indígenas) sobre el tipo de mensajes de prevención que se proporcionan en términos de la salud sexual y reproductiva para estas problemáticas específicas. La falta de información dificulta el desarrollo de estrategias adecuadas para la salud en esta población.

III) MARCO JURÍDICO

Para la elaboración de este proyecto se tomó como base los lineamientos establecidos por la normatividad mexicana para la prevención, atención, cuidados e implementación de servicios dirigidos a cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, ITS y planificación familiar. A continuación se presentan los objetivos y principales estrategias contenidas en estos lineamientos.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 De los servicios de planificación familiar.

El objetivo de esta Norma es “uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.”

De acuerdo a las disposiciones generales de esta Norma, la planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante: prevención, orientación - consejería y atención general y específica. Estos servicios deben ofrecerse “A toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que

motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.”

En este sentido, las acciones contempladas dentro de los servicios de planificación familiar son las siguientes:

- Promoción y difusión: Debe realizarse por medio de estrategias de comunicación y difusión en medios masivos, involucrando participación social y comunitaria mediante la organización de pláticas, talleres y otras técnicas grupales, así como visitas domiciliarias u otros medios.
- Información y educación: Deberá abordar temas que ayuden a la comprensión del proceso reproductivo y para la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres de todas las edades.
- Consejería: Debe estar orientado a ofrecer información sobre las ventajas, contraindicaciones y/o efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, acorde a las necesidades y características individuales y de pareja.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos: El prestador de servicios deberá considerar la historia clínica, la valoración del riesgo reproductivo, tomando en cuenta la condición de la persona y de acuerdo con un criterio médico de elegibilidad, para la selección del método más adecuado.
- Identificación y referencia de los casos de infertilidad: Se deberá dar orientación y apoyo a las parejas con problemas de infertilidad, la cual se acompañará de la referencia oportuna y seguimiento de los casos.

NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

El objetivo de esta Norma es “Establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las ITS.” Todas las unidades de salud deben realizar acciones de promoción de la salud y ofrecer a toda la población información relevante acerca de las ITS, además de realizar acciones regulares y específicas dirigidas particularmente a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables.

El personal de salud debe elaborar programas educativos integrales para informar, orientar y capacitar sobre los mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento a la población en general, así como proporcionar servicios accesibles, aceptables y eficaces, incluyendo consejería, diagnóstico, tratamiento eficaz y oportuno a pacientes sintomáticos, asintomáticos, y a sus parejas sexuales.

NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

El objetivo de esta Norma es “Establecer los lineamientos para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.” Entre las actividades de prevención se contempla la comunicación educativa para el conocimiento de los factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludables en la población, que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la detección temprana para mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento.

De acuerdo con el grupo de edad y/o factores de riesgo, las actividades para la detección del cáncer de mama en mujeres consiste en las siguientes prácticas:

- Autoexploración: Se debe recomendar a partir de los 20 años, buscando sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, así como para promover un mayor conocimiento de su propio cuerpo con el objetivo de identificar cambios anormales para la atención médica apropiada.
- Examen clínico: Debe ser realizado anualmente a cada mujer mayor de 25 años que asista a las unidades de salud, por personal médico o de enfermería capacitado, garantizando el respeto a la privacidad de la mujer.
- Mastografía: Se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años.
- En caso de ser detectada alguna lesión sospechosa: La mujer debe recibir atención oportuna y adecuada para el diagnóstico y tratamiento.

La consejería debe ser un elemento de información, apoyo y orientación para llevar a cabo la detección y atención integral del cáncer de mama, dirigido tanto a las mujeres como a sus familiares. Por otro lado, el acompañamiento emocional se dirige

específicamente a las mujeres con sintomatología clínica o detección de cáncer de mama, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento médico. Este deberá ser brindado por personal capacitado que facilite y realice un adecuado manejo de la expresión de sentimientos y emociones.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.

El objetivo de esta Norma es: “Uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.”

La prevención deberá realizarse por medio de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo, incluyendo el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH, así como la realización de la citología cervical.

El personal de salud debe ofrecer a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino así como a toda mujer que lo solicite. En mujeres con dos citologías anuales consecutivas y con resultado negativo en ambas, el personal de salud debe promover la detección cada 3 años. Las mujeres que reciban un reporte citológico de lesión de bajo y alto grado, deberán referirse a una clínica de colposcopia. Toda mujer debe ser informada del resultado de la citología en un período menor a cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra.

Dentro de los lineamientos de esta Norma, también se contempla la capacitación para el personal de salud encargado de las actividades de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cérvico uterino. Para esto se proponen actividades de capacitación y actualización de acuerdo al “Programa Unico de Capacitación y Actualización para médicos generales, especialistas, citopatólogos y citotecnólogos”.

Mediante la consejería, se debe buscar proporcionar información, orientación y asesoría, con el objetivo de apoyar la decisión de realizarse la citología cervical de una forma libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e

imparcialidad de la orientación, así como permitir la expresión de sentimientos derivados del proceso de prevención, detección y/o atención, tales como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica.

IV) JUSTIFICACIÓN

En el marco de convenios de colaboración que se han suscrito desde años anteriores (2008, 2009 y 2010) con la Secretaría de Salud y con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas se generarán sinergias que favorezcan la obtención de información sobre la accesibilidad a los servicios de salud a las mujeres indígenas. En este sentido, se propone la elaboración de un Estudio en las principales comunidades indígenas del Estado de Morelos, Cuentepec, Xoxocotla, Hueyapan, Sta. Catarina y Tetelcingo para conocer cuáles y cómo se otorgan los servicios de salud a las mujeres, prioritariamente sobre la prevención y atención de cáncer de mama, cérvico uterino, VIH, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar en mujeres indígenas; la intención es tener un panorama sobre diversos aspectos, tales como: si la información que reciben las mujeres es comprendida, si existe discriminación de género y etnia, si las mujeres indígenas reciben atención del Programa de Detección de Cáncer de Mama en igual medida que las mujeres no indígenas, cómo es el trato que reciben, si se utiliza su lengua o elementos identitarios que facilitan la comunicación de los mensajes, si la atención que se brinda se realiza con perspectiva de género, y aquella información que se establezca en colaboración con la Unidad de Género de la Secretaría de Salud, la CDI y el IMEM.

V) OBJETIVOS

Objetivo General (Acorde a los presentes Términos de Referencia)	Detectar las necesidades prácticas e intereses estratégicos de las mujeres indígenas de la entidad en materia de salud para determinar las condicionantes que se deben crear para mejorar su accesibilidad a servicios eficientes.
Objetivos Específicos	Conocer y describir el acercamiento que las mujeres indígenas en edad reproductiva tienen a los servicios y programas de prevención. Identificar la percepción de riesgo que tienen las mujeres indígenas en relación a cada uno de estos problemas de salud priorizados. Autonomía por parte de las mujeres indígenas en la prevención de cada uno de los problemas de salud priorizados.

VI) ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó bajo un diseño cualitativo, sobre la percepción de los informantes en las distintas temáticas abordadas y sobre su experiencia de forma particular. Los estudios cualitativos pretenden explorar de manera descriptiva y detallada aspectos vinculados con la subjetividad, por lo mismo, la riqueza en la profundidad de los datos, limita la posibilidad de generalizar los resultados a otra población.

Las localidades del estudio se eligieron a partir de la identificación oficial de comunidades indígenas para el Estado de Morelos, cuyos criterios se sustentan en las bases de la convocatoria. Es importante señalar que en algunos casos, una persona que habla lengua indígena no necesariamente se reconoce como indígena, por tanto, los resultados de este estudio reflejan el sentir de las mujeres que viven en comunidades consideradas como indígenas, pero no necesariamente son mujeres que asuman esa identidad.

Tanto los proveedores como muchas de las mujeres entrevistadas, no decían que prácticamente todas las mujeres en edad reproductiva, ya hablan el castellano. Los recursos del estudio no permitieron contar con intérpretes de lengua indígena, lo que impidió rescatar alguna experiencia de mujeres indígenas monolingües, cuya

percepción pudo haber sido de utilidad para ubicar los obstáculos a los que se enfrentan este grupo más particular de mujeres. Este estudio identificó mujeres con un castellano limitado y con algunos problemas para expresarse. En estos casos hubo que repetir algunas preguntas y/o parafrasearlas de otra manera. Para estos casos, particulares, el uso de las imágenes que se diseñaron, fue de gran utilidad para verificar la comprensión de lo que se hablaba.

Por facilidad de acceso a las informantes, la mayor parte de las entrevistas se realizaron en los centros de salud de las localidades, pudiendo influir este espacio en las respuestas de las mujeres. En los estudios cualitativos, el contexto es un actor más que juega un papel importante en la definición del significado de las experiencias.

VII) METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:

Propósito:

Identificar, desde la percepción de los proveedores de salud y mujeres (indígenas y no indígenas usuarias de los servicios de salud), el funcionamiento general y las estrategias que realizan los Servicios de Salud del Estado de Morelos, para la prevención de problemas prioritarios de salud sexual y reproductiva (Cáncer Cérvico-Uterino, Cáncer de Mama, Infecciones de transmisión sexual y Planificación Familiar) en cinco comunidades indígenas (Cuatepec, Xoxocotla, Hueyapan, Santa Catarina y Tetelcingo).

Tipo de estudio:

Estudio exploratorio, cualitativo, en comunidades determinadas ex profeso.

Población de estudio (anexo 1 fotos):

Mujeres en edad reproductiva y proveedores de servicios de salud en comunidades indígenas del Estado de Morelos: Cuatepec, Xoxocotla, Hueyapan, Santa Catarina y Tetelcingo.

Capacitación personal de campo:

Antes de iniciar el levantamiento de la información, durante dos días, se llevó a cabo una capacitación a todo el personal de campo. Esta consistió en identificar aspectos preventivos relacionados con los 4 temas principales del estudio (ITS, CACU; CAMA; PF), también se buscó la familiarización de las distintas guías de entrevista a utilizar, y sobre características a considerar en relación a las mujeres indígenas.

Informantes:

Para la obtención de la información de campo se llevó a cabo una muestra por conveniencia, buscando lograr cierta variación en las experiencias tanto de proveedores como de mujeres usuarias de servicios de salud, ambos considerados como actores sociales en interacción con las problemáticas de salud seleccionadas.

En primera instancia, se acudió a las unidades de salud de 1er nivel de atención de las localidades seleccionadas, donde se habló con la persona encargada a fin de darle a conocer el proyecto y solicitar su autorización para encuestar y entrevistar a proveedores de salud y mujeres usuarias de los servicios. Para localizar a las mujeres, dos estrategias se siguieron. La primera fue acercarnos a ellas por medio de los Servicios de Salud (mientras estuvieran en espera de la consulta) y la segunda, a través de visitas domiciliarias (esto se hizo cuando había muy pocas mujeres en los Servicios o cuando aún no se contaba con autorización por parte de los proveedores de salud).

Criterios de selección para las mujeres a entrevistar:

Se determinaron ciertos criterios para seleccionar a las mujeres indígenas y no indígenas usuarias a entrevistar, entre estos: que fueran mujeres mayores a 20 años, que entendieran y pudieran hablar al menos un poco del castellano, que preferentemente al menos tuvieran un hijo, y que en ese momento no estuvieran cargando a un bebé

Las razones que acompañaron a estos criterios fueron las siguientes. Se determinó entrevistar a mujeres mayores de 20 años (cerca de los 25 años) por las siguientes razones: Se revisaron algunas normas y postulados generales de los programas por parte de la SSA de Morelos, y ante esto se vio la necesidad de restringir los criterios para la determinación de las mujeres que sería más relevante entrevistar.

Si bien cualquier mujer en edad reproductiva pudiera formar parte en este estudio, considerando que serán pocas las entrevistas que se realizarán, acotar los rangos de edad a dos décadas de la vida reproductiva de las mujeres 25 – 45 años, nos daría una menor dispersión de los datos que se obtuvieran y permitiría la posibilidad de hacer recomendaciones puntuales para estas edades. Por otro lado, sabemos que por el tipo de problemas que se abordan en las entrevistas, es más probable que se identifique alguno de estos eventos, si las mujeres son un poco mayores en comparación con las más jóvenes. Si bien las mujeres jóvenes están en una importante vulnerabilidad, este estudio busca enfocarse a las mujeres en general y las mujeres cercanas o mayores a los 25 años, tienen más probabilidad de ya estar usando algún método; de haberse realizado algún PAP o haber escuchado de éste; saber o conocer algo en relación al tema de las ITS; y haberse realizado (por ella o por un proveedor de servicios) una exploración de mamas. Además, la situación de las mujeres adolescentes y muy jóvenes atraviesa por situaciones específicas que en este momento no deseamos particularizar, porque escapa de los objetivos planteados en esta propuesta. Ante estas situaciones, se tomó la decisión de acotar la edad de las participantes.

Por el tipo de estudio, se decidió preferentemente excluir a las que no tienen hijos y/o son solteras, ya que por estas características pudiera ser que estén poco cercanas a los métodos, a las ITS, al examen del PAP y o cáncer cérvico uterino. Con esto no queremos decir que no lo conozcan o que estén fuera de riesgo, sino que al sólo entrevistar a unas cuantas mujeres, se tiene que priorizar ciertos criterios de inclusión para obtener resultados más apropiados a nuestros objetivos.

Por último, el que no estuvieran cargando un bebé fue una consideración hacia ellas. Por experiencia sabemos que al estar en el centro de salud, aquellas mujeres en esta condición no se concentran tan bien en lo que se les pregunta, pues tienen que estar dando pecho, paseando, arrullando al bebé, etc. y esto para ellas puede llegar a ser muy estresante. Con nuestro estudio, no quisimos poner una presión mayor en ellas, más si el castellano no era su lengua materna.

Criterios de selección para los proveedores de Salud:

El único criterio que se implementó fue entrevistar preferentemente a dos de los proveedores que más proximidad tuvieran con los problemas de interés de nuestro

estudio, así como su tiempo y disponibilidad.

Instrumentos (anexo 2):

Se aplicó un módulo general de preguntas para identificar edad y alguna experiencia previa con alguno de los temas de interés para este estudio. A través de un sistema de cuota mínima por tema (6 y 8 mujeres por comunidad), se fue garantizando el ir cubriendo los objetivos del estudio.

a) Con proveedores de salud

Se aplicó un breve cuestionario y una entrevista. El **cuestionario** estuvo acotado a información básica sobre 4 aspectos:

- 1) Datos de identificación del participante como edad, sexo y tiempo de residencia en la comunidad indígena.
- 2) Años de formación.
- 3) Años de práctica profesional y lugares de trabajo.
- 4) Capacitación recibida en los últimos 3 años sobre los problemas priorizados (duración capacitación, lugar de capacitación, quién capacitó) y sobre temáticas de género y cultura indígena.

La **entrevista** fue semi-estructurada y de duración variable dependiendo entre otras, de su familiaridad con los temas de interés. Casi todas las entrevistas se llevaron a cabo en la unidad de salud. Los temas principales que se abordaron fueron los siguientes: Programas que se implementan en el servicio, las estrategias que utilizan para su implementación, comprensión y seguimiento por parte de ellos como proveedores y por parte de las usuarias. Difusión del programa y la organización del servicio de salud para atender la demanda de la población (en particular a la población indígena) en cada uno de los programas. Finalmente los problemas a los que se enfrentan y la manera como los resuelven. Como parte de estos problemas se puso especial interés en conocer cuál es el tipo de acercamiento que tienen con mujeres indígenas y la forma de comunicación con estas usuarias, principalmente cuando ellas no hablen el castellano. También, se indagó sobre las estrategias que utilizan para lograr verificar la comprensión de sus preguntas y formas para transmitir sus

recomendaciones.

b) Con mujeres usuarias indígenas

De acuerdo a uno o varios problemas de salud priorizados en este estudio, se aplicó una entrevista semi-estructurada. La duración de la entrevista fue variada. Las entrevistas se llevaron a cabo en el centro de salud (sala de espera, patio o entrada del Centro de Salud) o en el hogar de la mujer.

En todos los casos, se realizó un primer bloque de preguntas socio-demográficas (para ver si sería una entrevista pertinente, de acuerdo a nuestros criterios de inclusión). Se realizó un segundo grupo de preguntas-filtro para elegir cuál de los temas se abordaría e identificar el nivel de comunicación que se estaba logrando establecer entre entrevistadora-entrevistada. Estas tocaban algunas cuestiones de hábitos y servían también como un referente para el tema de prevención y cuidado a la salud.

Para favorecer la comprensión y concreción de la información sobre los programas que se quieren abordar, se vio que aún cuando hablaran castellano, pudiera ser que no siempre ésta fuera su lengua materna, por tanto, se decidió utilizar imágenes de apoyo a lo largo de las entrevistas (anexo 3). Dichas imágenes se buscaron en los mismos programas de la Secretaría de Salud, y al no encontrar, se hizo un esbozo de algunas ideas que se querían explorar en las entrevistas y se encargó a un dibujante. Su diseño fue muy sencillo en blanco y negro. Se buscó que el tipo de rostros fuera relativamente común a la identidad étnica de las mujeres a entrevistar. Este tipo de estrategia de entrevista ya se ha utilizado en otras ocasiones por las autoras de este estudio y por experiencia, creemos que se obtienen buenos resultados. A lo largo de las entrevistas, las imágenes se vuelven un verificador de ciertos términos no siempre comunes (por ejemplo, Papanicolaou, mastógrafo etc).

c) Observación participante

Con base en un formato abierto, se captó de manera general algunas cuestiones a simple vista relacionadas con la organización del servicio de salud, mobiliario, tiempos aproximados de espera, exposición a material didáctico (posters, panfletos, tv). Se registran también algunas acciones, mensajes, actitudes, que tanto las mujeres en

espera como el personal de salud tienen en interacción. Por ejemplo, cómo las llaman, si les asignan una ficha, si hay lugar para que se sienten, si las mujeres van solas o acompañadas, si hablan entre ellas en castellano o Náhuatl. Este instrumento sirve de apoyo para complementar la información de las entrevistas. El registro sólo se hace sobre el ambiente en la consulta externa y fuera del consultorio. No se pretendía realizar el registro particular de comportamientos o diálogos, ni acciones dentro de la consulta, sino únicamente tener una visión general y mejor descripción del escenario dónde se promueve la prevención para estos problemas de salud.

Sistematización de la información:

Se establecieron procesos sistematizados para el vaciado de datos de forma sintética y de acuerdo a un formato muy sencillo diseñado para ese fin. Como parte del proceso se estableció un sistema de constante verificación y cotejo de la información en relación a cada programa priorizado. Se realizó un concentrado por tema de interés en el cuál se vació la información de campo, a partir de ahí se fue seleccionando la información de mayor interés para poder armar un reporte de resultados. Desafortunadamente por el poco tiempo con el que se contó para poder analizar los datos, este reporte será una descripción sencilla de los testimonios que resultan de mayor relevancia, pero no pretende ser un análisis exhaustivo ni a profundidad de toda la información obtenida.

Consideraciones éticas:

El levantamiento de la información se llevó a cabo en consideración a los principios éticos para la investigación en seres humanos conforme a la declaración de Helsinki, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y conforme a su última enmienda 2008.

Conforme a ésta, tanto para la aplicación de los cuestionarios como de las entrevistas, a todos los participantes se les explicó a través de una carta de consentimiento oral, los objetivos del estudio y el tipo de participación que de ellos/as se espera. Se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados a través de su anonimato y del procedimiento riguroso que se seguiría para el resguardo y manejo de

la información. Por último, se les dijo que si ellas/os se sienten incómodas/os y no desean responder a alguna pregunta, están en su derecho a no responder.

VIII) DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

a) Entrevistas a Mujeres en las comunidades

Características de las Mujeres entrevistadas (anexo 4).

Se entrevistó un total de 114 mujeres, en 5 localidades indígenas del estado de Morelos: Cuentepec, Hueyapan, Santa Catarina, Tetelcingo y Xoxocotla. Algunas entrevistas no cumplieron con todos los criterios de inclusión por lo que se tuvo que valorar la pertinencia de su incorporación. Cabe señalar también que no todas las entrevistas lograron una información completa sobre todo un tema a explorar, no obstante, pero justamente por estas razones fue que se determinó aumentar el tamaño de muestra para lograr cubrir los temas de interés.

Las entrevistadas refieren los siguientes motivos por los cuales asistieron a consulta: En primer lugar, por asistir a la plática de Oportunidades (30%). La segunda razón fue por chequeo de ella (14%). En tercer lugar, por enfermedad del hijo (9%). El resto, por vacunación (7%), seguimiento de un programa especial (7%), por enfermedad de ella (6%), por seguimiento de enfermedad crónica (4%) y por enfermedad de un familiar (1%). 22% de las mujeres fueron entrevistadas en su casa, por lo que no se indagó este apartado (razón para asistir a consulta).

El 14% de las entrevistadas son mujeres menores de 25 años, 15% entre 25 y 30 años, 23% están entre el rango de edad de 31 y 35 años, 20% entre 36 y 40 años, 12% entre 41 y 45 años, 8% entre 46 y 50 años y 5% de las mujeres son mayores de 50 años. Sólo 3% de las entrevistadas no proporcionó esta información.

El 90% de las señoras reportan estar casadas o en unión libre, 5% separadas o divorciadas y 3% son solteras o viudas. 2% de las mujeres no dieron esta información. El 5% de las mujeres refieren que sus esposos son menores de 25 años, entre 25 y 30 años (15%), entre 31 y 35 (18%), entre 36 y 40 (19%), entre 41 y 45 (12%), entre 46 y 50 (5%) y el 5% de las mujeres señalan que sus esposos son mayores de 50 años. El

21% de las entrevistadas no proporcionaron esta información, entre ellas las que eran solteras, viudas o divorciadas.

En cuanto a la cantidad de hijos, 13% de las mujeres reportaron tener más de cuatro. El 16% reportó tener cuatro hijos. 25% de las señoras señalaron que tienen tres hijos. El 31% indicaron tener dos. El 9% refirió tener sólo un hijo. Y el 3% reportó que no tienen hijos. El 3% de las mujeres no dieron esta información.

En cuanto al grado de escolaridad, 4% de las mujeres no fueron a la escuela. El 10% tuvieron primaria incompleta, el 17% terminaron la primaria, el 6% no terminaron la secundaria, el 39% tienen secundaria completa y 6% estudiaron más que secundaria. El 18% de las entrevistadas no proporcionaron esta información.

Al preguntarles si saben hablar lengua indígena, 26% señalaron que sí. El 41% indicaron que no, y el 25% comentó que lo entienden pero no lo hablan. El 8% de las mujeres no dieron esta información.

El 21% de las entrevistadas refieren que si hablan lengua indígena en el hogar. 3% mencionaron que sus familiares los hablan en casa, pero que ellas no. Y el 59% expresó que en su casa no se habla lengua indígena. El 17% de las señoras no proporcionaron esta información.

Al preguntarles si hablan lengua indígena fuera del hogar, el 19% refirieron que sí, el 59% expresó que no la habla y el 11% comentó que pueden dialogar con personas que hablan náhuatl, pero ellas responden en castellano. El 11% de las mujeres no dieron esta información.

El 77% de las mujeres indicaron que tienen familiares que hablan lengua indígena, 14% mencionaron que no y 9% no dieron esta información.

Características de las Mujeres entrevistadas, considerando comunidad (anexo 5).

De manera sintética, a continuación se mencionan algunos datos relacionados a las características de las mujeres considerando la comunidad de pertenencia.

La cantidad de mujeres entrevistadas fue similar en distintas comunidades, del total de entrevistas realizadas el 23% fueron mujeres de la comunidad de Santa Catarina; 22% de Xoxocotla, 21% de Tetelcingo, 20% de Cuentepec y 14% de Hueyapan.

Para este estudio, a las mujeres principalmente se les entrevistó en el centro de salud; unas cuantas fueron abordadas a través de visitas domiciliarias.

Para contextualizar al grupo de mujeres participantes en este estudio, a continuación se hace una breve descripción de ciertas características de interés.

En la comunidad de Cuentepec las mujeres entrevistadas fueron principalmente de los grupos de edad de 25 a 35 años (32%) y de 36 a 45 (32%), un 23% fueron mujeres entre 20 y 25 años de edad y sólo un 12% de las entrevistadas fueron mayores de 46 años. En Hueyapan las mujeres entrevistadas fueron en su mayoría del grupo de edad de 36 a 45 años (43%), 36% fueron mujeres en el rango de edad de 25 a 35 años y 21% estuvo en el rango de edad mayor a 46 años. En esta comunidad, no se entrevistaron mujeres entre 20 y 25 años de edad. En la comunidad de Santa Catarina, casi la mitad de mujeres participantes (46%) estuvo en el rango de 25 a 35 años de edad, siguiendo el rango de 36 a 45 (31%). La proporción de mujeres participantes mayores a 46 y menores a 25 fue menor (19% y 4%) respectivamente. En cuanto a Tetelcingo, el grupo de mujeres participantes estuvo relativamente distribuido de manera homogénea entre los rangos de edad, al menos en el grupo de entre 36 y 45 años (33%), 25 a 35 años de edad (26%) y entre 20 y 25 años (26%). El único rango en el que hubo un grupo menor de mujeres fue el de aquellas mayores de 46 años de edad (4%). Por último en la comunidad de Xoxocotla, más de la mitad de las mujeres estuvo en el grupo de 25 a 35 años de edad (52%), a este siguió el grupo de 36 a 45 años de edad, con un 36% y terminando con un rango menor de aquellas mujeres con menos de 25 años de edad. En esta comunidad, no hubo mujeres entrevistadas mayores de 46 años.

Con respecto al número de hijos que las mujeres entrevistadas reportan, podemos observar que la variación fue grande. No obstante dado que nuestra población se distribuye de manera muy desigual en rangos de edad, sólo vale la pena subrayar que entre las mujeres entrevistadas para este estudio, se encuentran porcentajes muy altos en paridad igual o mayor a tres hijos ya que vemos que en el caso de Santa Catarina 42% de las mujeres se encuentra en esta situación, a ésta le sigue Cuentepec 45%, Tetelcingo 55%, Hueyapan 63% y Xoxocotla 64%.

En tres comunidades (Cuentepec, Tetelcingo y Xoxocotla) encontramos mujeres que reportan no haber ido a la escuela. En la comunidad de Cuentepec la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio cursaron hasta la secundaria (41%), un 23% sólo estudió hasta la primaria, un 9% estudió más de secundaria y un 9% refirió no

haber estudiado. En Hueyapan la mayoría de las mujeres refirió haber estudiado hasta la primaria (64%) y un 36% la secundaria, nadie reportó haber estudiado más allá de la secundaria. En Santa Catarina de las mujeres entrevistadas la mayoría estudió la secundaria (35%), la siguiente opción es la primaria con un 27%, un 8% refirió haber estudiado después de la secundaria y ninguna mujer expreso no haber ido a la escuela. En Tetelcingo la mayoría de las mujeres expresaron haber estudiado hasta la secundaria (44%), el 11% refirió haber estudiado sólo hasta la primaria, y otro 11% de las mujeres comentó haber estudiado después de la secundaria, algunas de las mujeres refirieron no haber estudiado (7%). En Xoxocotla al igual que en Santa Catarina y Tetelcingo la mayoría de las mujeres refirió haber estudiado hasta la secundaria (64%), un 24% expresó haber estudiado hasta la primaria, sólo el 2% dijeron no haber ido a la escuela y ninguna mujer refirió haber estudiado después de la secundaria.

En relación a si las mujeres participantes hablan alguna lengua indígena, se observaron algunas diferencias entre las comunidades. En Cuentepec el 91% de las mujeres entrevistadas expresaron hablar náhuatl. En Hueyapan el 36% de las participantes también hablan náhuatl, otro 36% refiere no hablarlo, y un 29% de las mujeres expresa que no lo habla pero si lo entiende. En Santa Catarina la mayoría refiere no hablar ninguna lengua indígena (46%), sin embargo el 50% de las mujeres que fueron entrevistadas comentan que no hablan náhuatl pero si lo entienden y sólo un 4% expresa que si lo habla. En Tetelcingo un 67% de las mujeres expresó no saber hablar ninguna lengua indígena, del resto de las mujeres un 11% refirió que lo entiende pero no puede hablarlo y el resto comentó que no sabe, ni la entiende (11%).

En lo referente a los hábitos se indagó en las diferentes comunidades que tan común era que las mujeres fumaran, bebieran e hicieran ejercicio. En todas las comunidades más del 95% de las mujeres entrevistadas reportó no fumar, por tanto, se decidió no presentar este dato en las tablas. En cuanto a los otros dos hábitos podemos decir lo siguiente. En Cuentepec el 41% de las mujeres refirió beber, mientras que un 55% refirió no hacerlo, el 4% de las mujeres no comento al respecto. En Hueyapan una tercera parte de las mujeres comentó que si bebe algún tipo de bebida alcohólica (29%), mientras que un 43% expresa no tomar y el resto de las participantes no dio información al respecto (29%). En Santa Catarina la mitad de las

mujeres expresó que si toman bebidas alcohólicas (54%) y el resto dijo no hacerlo (42%), sólo el 4% no ofreció información. En Xococotla el 68% de las mujeres refirió beber, el 24% de las mujeres entrevistadas expresaron que no suelen consumir bebidas alcohólicas y sólo un 8% no dio información.

Sobre que tan común es que las mujeres realicen ejercicio, en la comunidad de Cuentepec el 41% de las mujeres participantes refiere no hacer ejercicio, 55% expresa que si hace y un 4% no comentó al respecto. En Hueyapan aproximadamente la tercera parte de las mujeres entrevistadas comenta que sí realiza ejercicio (36%) y el 28% de las mujeres refieren no hacer. Santa Catarina es la comunidad donde más mujeres expresaron hacer ejercicio ya que más de la mitad de las entrevistadas comentaron que si realizan algún tipo de actividad (69%) y sólo el 27% refiere no hacer ningún tipo de ejercicio. En Tetelcingo el 41% de las participantes realiza ejercicio y el 55% menciona no realizar esta actividad. Mientras que en la comunidad de Xococotla el 40% de las mujeres que fueron entrevistadas comentan realizar ejercicio y un poco más de la mitad refirió no hacerlo (56%), 4% de las participantes no brindó información al respecto.

Temas explorados:

1) Planificación familiar

Cuando se exploró la información que las mujeres tenían sobre Planificación Familiar (PF), comentaron en primer lugar que este tema se refiere a los métodos que sirven para cuando *“las personas ya no quieren tener más hijos o tienen los deseados”* o bien *“para no tenerlos”*.

Llama la atención que no mencionaron solamente las acciones dirigidas a las mujeres, sino que fueron más inclusivas en este sentido y se refirieron a los métodos para las personas o las parejas.

Una mujer entre 20 y 25 años fue la única que comentó *“no haber escuchado nada”* sobre este tema, ni en consulta ni en ningún otro lado; sin embargo, posteriormente se identificó que había contraído una infección de transmisión sexual (ITS) y que su pareja usaba condón, lo que podría hacer suponer que conoce este

método en su función preventiva de ITS más que como método de planificación, pero posteriormente ella misma refirió haber tenido la experiencia de uso de otros métodos (DIU e implante, además del condón) y aceptó haber visto algunos folletos, aunque no recordó la información contenida, actualmente usa el implante. De manera que con esta última confirmación, podemos decir que todas las mujeres entrevistadas en las cuatro comunidades han escuchado algo sobre el tema de PF.

De acuerdo a los testimonios de las mujeres se identifica que lo más común es que reciban información de los diferentes métodos y sus beneficios, aunque una mujer comentó que la enfermera le dijo *“que lo mejor que puede usar es el preservativo”*, sin mencionarle otras opciones, y otra mujer señaló que *“sólo insisten en que uno se opere...”*.

Conocimiento sobre el uso de los métodos de PF

Al comentar sobre el uso de los métodos de PF, las mujeres refirieron ideas que pueden ubicarse básicamente en dos ejes: la prevención de embarazos y la planificación (cuántos hijos y cuándo), esta última noción queda claramente reflejada en el siguiente testimonio:

“(...) por ejemplo, yo quería que mi hijo, el primero con el segundo se llevaran tres años y así fue, pero con el pequeño queríamos que fuera 5 años que se llevaran, pero pues no planificamos bien y nació a los 2 años y medio del otro”.

También comentaron que su uso no puede ser generalizado, pues depende de cada mujer y mencionaron que *“no son 100% seguros”*.

Una mujer hablante de lengua indígena hizo alusión a los usos y costumbres de su comunidad, en relación al tamaño de las familias:

“más que nada consiste en que para no tener muchos hijos, ya ves que la vida ya es muy cara y aquí, pues la mera verdad se acostumbraba a tener como un montón de hijos, como 12, 8, 6, así, eran familias, pues, grandes, más que nada eso, nos dicen que no son animalitos para que tengamos así nada más”.

Esta mujer tiene sólo dos hijos, de manera que si bien es parte de esta comunidad (hablante de la lengua), no ha seguido esta tradición en su familia, diferentes determinantes sociales han jugado un papel importante en este proceso, la economía es uno de ellos, de acuerdo a su percepción.

Métodos que conocen

Las mujeres mencionaron los siguientes como principales métodos de PF de los que les han hablado: pastillas, DIU (dispositivo), inyecciones, implantes, condón, no siempre especifican si es femenino o masculino, sólo un par de mujeres en el rango de 36 a 45 años los diferenciaron, probablemente su antecedente de tres y cuatro embarazos respectivamente, les haya motivado a buscar más información o quizá también haya influido el nivel de escolaridad (secundaria) de una de ellas, donde probablemente haya recibido esta información; también mencionaron los parches y los métodos definitivos (salpingoclasia y vasectomía).

Cabe mencionar que en general las mujeres se refirieron a la mayoría de estos métodos y mencionaron en primer lugar a las pastillas, podríamos decir que éste es el método que más fácilmente ubican, seguido de las inyecciones y los preservativos. Sólo una mujer mencionó el método del ritmo y la temperatura basal y otra, mencionó que le han dado información incluso de los más nuevos:

“pues nos han dado opciones de todos las planificaciones (sic), de hecho, aquí nos lo dan [se refiere a los métodos], hasta los implantes que apenas están saliendo, ya nos los ofrecen”.

Les han hablado también del parche y la pastilla de emergencia. Las mujeres saben para qué son estos métodos; pero, es importante señalar que no siempre conocen cómo funcionan o cómo se utilizan.

Forma en la que reciben la información y participación de la pareja

Dijeron recibir la información sobre PF particularmente por parte de la enfermera del centro de salud, aunque también por parte de la promotora y los médicos en consulta; generalmente recibieron la información a solicitud expresa de ellas mismas, pero también en pláticas organizadas por el propio centro de salud. En las comunidades de Cuentepec y Xoxocotla refirieron como principal fuente de información las pláticas que se imparten por el programa Oportunidades.

Lo común es que acudan solas al centro de salud donde reciben esta información y les muestran los métodos que tienen en ese momento, aún cuando se trate de alguno para los hombres, como el preservativo, les enseñan a ellas cómo se

debe colocar. Algunas mujeres, aún cuando acuden solas comentan que hablaron con su pareja al respecto.

Una de ellas, entre 20 y 25 años, mencionó haber hecho una consulta a su pareja para tomar la decisión de utilizar alguno, razón por la cual acudió al centro de salud, no obstante, al no comprender cabalmente, la forma en que el método funciona y las consecuencias que tiene su alteración, se presentan problemas:

“El DIU sí me lo enseñaron, y después me los volvieron a mostrar, sí he hablado con mi pareja y le dije que por ahora ya no quería embarazarme y le comenté que si me ponía un DIU y me dijo que sí y cuando vine al centro de salud me comentaron que tenía que venir al segundo mes de mi regla, pero yo fui cuando ya se me iba a pasar y me dijo la doctora que así no se puede, que tiene que ser los primeros días de mi regla”.

Es evidente que al no tener suficiente claridad sobre los métodos, las mujeres pueden tomar sus decisiones sobre el uso, y si bien en este caso, sólo se hace referencia a la colocación del método, también pudiera ser que al haber confusión las mujeres renuncien a su uso.

También otra mujer, señala que habló con su pareja sobre la selección de métodos en virtud de que ambos habían contraído una infección de transmisión sexual.

Otro testimonio menciona haber sido acompañada de su madre y reconoce haber sentido miedo de su uso, razón por la cual desiste de ello:

“Cuando me hablaron de ellos yo vine con mi mamá y me los enseñaron en una tableta donde están pegados y son reales, alguna vez sí pensé en utilizarlo, pero después ya no me lo puse porque me dio miedo y ya no fui a que me lo pusieran”.

Se trata del único testimonio que menciona el acompañamiento de la madre, lo que podría explicarse por la edad de la mujer y la pareja (entre 20 y 25 años).

Incluyendo a todas las mujeres entrevistadas en las distintas comunidades, lo menos común es que acudan al centro de salud a buscar información o métodos de planificación familiar con su pareja, esto sólo ocurre en contadas ocasiones.

A decir de ellas, lo común es que las mujeres compartan la información que han recibido en el centro de salud con sus parejas, sobre todo cuando en pareja han tomado también la decisión de no tener más hijos y desean elegir un método de PF.

Un par de mujeres respondió que sí hablan con sus parejas sobre método, argumentando la posibilidad de la infidelidad por parte de ellos:

“porque ¿quién sabe?, a lo mejor él me pone los cuernos y quién sabe que me pueda pegar una enfermedad”.

“...que deberíamos de cuidarnos porque yo sólo estoy con él, pero no sé si él ande por allá de loco y que tal si un día me pega algo, para eso hay que utilizar el condón”.

Estas dos mujeres están en el rango de 36 a 45 años y probablemente hayan vivido esta experiencia (de infidelidad) con sus parejas, coincidentemente tienen también familias grandes (tres y más de cuatro hijos respectivamente).

Una mujer mencionó que nunca ha hablado de este tema con su pareja, pero no se profundizó en las razones, de hecho se trata de la misma persona que recibió información acompañada de su madre; en cambio otra mujer hablante de lengua indígena, argumentó que no lo habla con su pareja porque *“eso es algo que decido yo”*, dejando claro que para ella, la PF es un tema que compete sólo a las mujeres.

Métodos específicos

A continuación se describe lo que se identificó en relación a cada uno de los métodos en forma particular.

Pastillas o píldoras anticonceptivas

La pastilla anticonceptiva es el método más conocido por las mujeres, casi todas mencionaron haber oído hablar sobre ella, específicamente les han dicho que son seguras, que no las hacen subir de peso o que no pueden amamantar, pero pocas son las que la han usado o saben más detalladamente cómo se utiliza, menos aún conocen su composición, sólo una mujer mencionó que se trataba de hormonas. Una mujer mencionó que la enfermera le recomendó su uso y otra externó que le habían dicho que podía llegar a *“fallar y en caso de embarazarse y si no se dan cuenta, puede afectar al bebé”*.

Un medio adicional donde han escuchado del método es la televisión.

Las experiencias de las mujeres que han usado este método son variadas y entre las molestias físicas mencionadas están los dolores de cabeza, náusea, vómito,

sensación de debilidad y mareo (como *borracha*) que fueron razones para suspender su uso; el olvido y el costo (no siempre la pueden obtener del centro de salud por desabasto) son otras razones para suspender su uso. En estos casos, el tiempo que la toman es variable, entre dos meses hasta dos años.

Pastilla de emergencia o del día siguiente

En general, en todas las comunidades, éste es el método sobre el que tienen menos información las mujeres entrevistadas. Mencionaron haber escuchado algo fuera del centro de salud, en la escuela preparatoria y en la televisión.

Las mujeres que han escuchado sobre este método mencionaron que se utiliza cuando tuvieron relaciones sexuales sin protección o cuando el condón se rompió. Conocen algo sobre su presentación y en cuanto a la forma de tomarlas se sienten titubeantes:

“se utiliza cuando tiene relaciones sexuales sin protección o se te rompió un condón y previene un embarazo, pero creo que debes de tomártela antes de 72 horas las dos dosis que vienen en el paquetito”.

Ninguna mujer que se entrevistó dijo haberlas utilizado. Por otras mujeres que sí las han tomado, han escuchado que la experiencia es desagradable:

“Pues muchachitas que vienen por condones luego me cuentan que se las tomaron y me comentan algunas que se siente muy feo porque te mareas y tienes ascos y aparte que su regla se les desacomoda”.

Dispositivo intrauterino (DIU)

A diferencia de los dos métodos antes mencionados, éste es el que más comúnmente han usado las mujeres entrevistadas en todas las comunidades cuando deciden no embarazarse más, no es posible identificar si esto obedece a que ellas lo eligen o si se trata del método de mayor disponibilidad en el centro de salud al que acuden:

“Sí, me comentaron en el centro de salud después de que me alivié de mi bebé [se refiere a dar a luz] y me dijeron que era un método muy efectivo, seguro y sin complicaciones, entonces yo accedí y me lo pusieron, me lo ofreció el doctor”.

En general las mujeres refieren tener información sobre este método por parte del centro de salud, de los médicos, las enfermeras o carteles. De acuerdo a este

testimonio se puede identificar que ellas son capaces de reconocer ciertas características ventajosas para ellas, por ejemplo, efectividad, seguridad y ausencia de complicaciones.

En cuanto a la experiencia de las mujeres que lo han usado se identifican las que consideran que es un método muy cómodo porque no lo sienten, en contraste con las que tienen muchas molestias y se lo terminan retirando, una de estas últimas lo atribuyó a que estaba mal colocado. Una mujer en el rango de 36 a 45 años rechazó su uso porque le daba pena ir a las revisiones mensuales, lo que parece ser más una influencia de los usos y costumbres de la comunidad, más que de su conocimiento o familiaridad con los métodos de PF, pues ha tenido cuatro hijos y ha usado inyecciones y actualmente está operada, además refirió que su pareja no estaba de acuerdo en que ella usara algún método de control y tenía que aplicarse las inyecciones sin que su marido se enterara, lo que refuerza esta idea de la tradición local de género.

Se destaca un testimonio que refirió que a las mujeres no les solicitaban autorización para colocarles el DIU, que se los ponían después de que daban a luz sin consultarles:

“dos de mis cuñadas estaban utilizando el método y quedaron embarazadas, a otra se lo pusieron como a los 8 días del parto y después le sacaron radiografía y lo tenía como por el estómago, pero no le pidieron permiso para ponérselo y se dio cuenta cuando empezó con molestias y no se lo han podido quitar”.

Implante

Sobre este método hubo mujeres que mencionaron haber sido informadas por sus médicas, enfermeras y promotoras o por pláticas en el centro de salud; pero también quienes dijeron no haber escuchado nada, ni conocer a mujeres que lo usaran. Sólo una mujer refirió haberlo utilizado:

“La doctora del centro de salud fue quien me dijo de este método porque yo ya me había sentido mal con los otros métodos, sí, es el método que actualmente estoy utilizando”.

Entre las mujeres que dijeron conocerlo, señalaron que se colocaba en el brazo, que era un método caro y muy efectivo, no obstante también se menciona el riesgo de paro cardíaco. Es común que las mujeres reciban la recomendación de su uso por parte del médico cuando ha fallado otro método que han utilizado o que decidan usarlo

porque otros métodos les han causado molestias. Aunque la identificación de su uso fue correcta, una mujer se refirió a él con un nombre equivocado (dispositivo). Entre las entrevistadas aparece el miedo como razón para no elegirlo:

“El doctor cuando me dijo que pensara qué método quería ponerme y yo estaba pensando en ponerme éste, pero ya no me lo puse porque me dio miedo y no quería que me metieran algo extraño”.

Entre quienes no lo conocen, está por ejemplo una mujer que mencionó que ya no se cuidaba porque se había operado. Esto como razón para ya no interesarse por conocer otros métodos.

Las mujeres que lo han usado en general no refieren molestias, pero la experiencia de una mujer fue diferente, comentó que le ha causado muchos trastornos corporales, uno de éstos es que tiene su menstruación dos veces por mes y a ello adjudica una infección que contrajo hace un mes. Esta mujer comentó también que en el centro de salud la doctora no se lo ha querido quitar ya que es un método muy costoso y se lo acaba de poner, la doctora aludió el elevado costo como razón para no retirarlo *“-¿Cómo cree que voy a tirar cinco mil pesos a la basura-”.*

Inyecciones

Sobre este método hay una gran variedad de experiencias entre las mujeres entrevistadas. Encontramos mujeres que las han usado, que han oído de ellas pero que no las han utilizado y mujeres que dijeron no conocerlas.

A diferencia de los implantes, algunas mujeres refirieron conocer a mujeres que las utilizan y por referencia de estas otras mujeres, identifican molestias como náuseas y abundante menstruación. Alguna rechazó su uso por el costo que representaba para ella, ya que en el centro de salud no estaban disponibles.

La experiencia de otra mujer fue subir de peso, le daba mucha hambre con *“las inyecciones engordaba mucho”.*

Condón

Las mujeres conocen este método en su función anticonceptiva y como prevención de Infecciones de transmisión sexual. Es de llamar la atención cómo algunas mujeres hacen alusión a la razón de uso de este método:

“los hombres que andan de mujeriegos y las mujeres que anden en malos pasos” y otra dijo “pero si se tiene alguna duda con respecto a nuestro esposo también se debería de utilizar”.

Una mujer de Cuentepec entre 20 y 25 años, hablante de lengua indígena y con un nivel de escolaridad mayor de secundaria, mencionó su uso para la prevención del SIDA y el Papiloma, aspectos sobre los que probablemente haya oído hablar en el espacio escolar; una mujer en el rango de los 36 a 45 años se refirió también al condón femenino, describiendo su forma específica de uso:

“también nos hablaron del condón femenino, que ese te lo introduces en la vagina y después, ya con el pene, se te termina de meter bien y son dos círculos, uno pequeño y otro más grande, el pequeño es el que te metes”.

Respecto a si ellas saben si a sus parejas les han explicado algo sobre este método, comentaron que sus parejas sí tienen esta información o que ellas se las han transmitido, sólo una mujer en el rango de 36 a 45 años y con método definitivo, dijo ignorar si su pareja conocía para qué sirve, denotando la falta de comunicación sobre estos temas, que se da en ocasiones entre los miembros de las parejas. Otra mujer entre 26 y 35 años mencionó no recordar cómo se usaba pero que su pareja sí sabía; se reconoce esta misma postura en otros testimonios, al parecer las mujeres perciben menos responsabilidad de saber cómo usar este método, por ser sus parejas las que lo usan.

No siempre se identifica acuerdo entre los dos miembros de la pareja para usarlo, cuando lo hay, un par de mujeres en el rango de 26 a 35 años, con dos hijos y escolaridad de secundaria, dijeron sentirse más seguras.

Es común que este método lo distribuyan en el centro de salud, pero alguna refirió haberlo tenido que comprar porque no había. Las mujeres son quienes comúnmente acuden al centro de salud por ellos, en lugar de sus parejas, piensan que puede ser porque:

“les de pena a los hombres, cuando yo venía venían como tres, cuatro mujeres a traerlos”.

Es importante señalar que la experiencia de las mujeres respecto a este método es variada y denota diferentes grados de empoderamiento, mientras unas ignoran cómo

se usa o reconocen sólo la función anticonceptiva, otras pueden dar detalles sobre cómo usarlo e incluso señalan que:

“es importante que las mujeres conozcan acerca del condón, cómo ponérselo y retirarlo, porque así las mujeres tendrán el control de su vida sexual y también pueden prevenir que se rompa o que la pareja no se coloque bien el condón”.

En opinión de una mujer *“estos temas ya se están hablando más entre las personas más o menos de mi edad [entre 36 y 45 años]”* y es común entre las jóvenes.

También hubo testimonios de mujeres que comentaron no usar este método porque sus parejas no querían, más de una mujer entre 26 y 35 años calificó esta actitud como *“machista”*.

Métodos definitivos (salpingoclasia)

Mencionan que les han hablado de este método las enfermeras y/o los médicos, algunas han tenido ya esta experiencia, pero es común que no todas reciban información sobre el procedimiento antes de ser operadas, aún cuando ellas dan su consentimiento para ello. Lo reconocen como un método realmente definitivo, razón por la cual piensan que:

“las mujeres de edad, ya grandes, [son] quienes se la hacen, porque las chicas luego se arrepienten o quieren tener más hijos”.

Las mujeres de las cuatro comunidades que más se han decidido por este método mencionaron tener 3 hijos, de manera que se están ajustando más al modelo de familia pequeña, reafirmando con ello la transformación de los usos y costumbres.

Lo común es que lo hayan decidido de manera conjunta con sus parejas o bien solas, aun cuando tengan pareja. No refieren molestias las mujeres que han tenido esta experiencia, únicamente en el periodo postoperatorio que no se extiende más de un mes:

“me sentí sólo como si hubiera dado a luz, sentí las molestias sólo unas semanas y para el mes yo ya estaba como si nada”.

Una mujer mencionó como antecedente a su madre, otra a sus hermanas, y una más a sus cuñadas, de manera que a diferencia de otros métodos, han tenido conocimiento de mujeres cercanas que se la han realizado:

“yo les pregunté a ellas qué sentían, cómo de grande les cortaban y ya me decían que chiquito, -duele un ratito nada más, pero se te quita, te olvidas de que te vas a embarazar, (...) no dejas de ser mujer, se siente igual todo-, por eso me decidí a operarme”.

Métodos definitivos (vasectomía)

Sobre la vasectomía, las mujeres dijeron haber oído poco o no tener información, aunque identifican para qué sirve y reconocen que los hombres están menos dispuestos a realizarse esta operación:

“los hombres no quieren, ya ve que siempre es para la mujer”, “pero aquí los hombres no hacen eso”

Hay mitos alrededor de este método, como el volverse homosexual si se la realizan. No siempre hay acuerdo entre las parejas, en ocasiones la mujer desea tener más hijos y su pareja no o viceversa, esto les hace difícil tomar una decisión en cualquier sentido:

“porque él todavía quiere tener más hijos, pero a ver con quien los tiene porque conmigo ya no”.

Métodos tradicionales

Mencionan que les han hablado *“del ritmo, la temperatura y los días de ovulación”*. Entre ellos, el que han usado más comúnmente ha sido el ritmo, pero reconocen que les ha fallado, incluso se han llegado a embarazar.

Muchas mujeres refirieron no haber escuchado nada sobre ningún método de este tipo y mencionan que les gustaría recibir información al respecto, ya que en ocasiones lo que les dicen es muy limitado:

“yo diría que dieran más información, para saber más y conocer más”, “pues a veces mucha información no nos dan, nada más nos explican un pedacito y ya, yo a veces le digo al doctor, yo tengo que preguntarle qué molestias dan o qué se siente “.

2) Infecciones de transmisión sexual

Al preguntarles a las mujeres si habían escuchado hablar sobre el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o enfermedad, prácticamente todas afirman haber escuchado algo sobre esto, aunque algunas en mayor o menor medida que otras. Por ejemplo, al preguntarles específicamente sobre cuales ITS han escuchado

mencionar, si bien la mayoría identifica a algunas ITS o EV, algunas cuantas mujeres no identifican a ninguna en específico o bien señalan información muy general: *“algunas infecciones en las partes no nomás de nosotros también de los hombres”*.

En relación a los factores que incrementan el riesgo de adquirir una ITS, en general las entrevistadas refieren tanto a las relaciones sexuales desprotegidas: *“Aparecen cuando se tienen relaciones sexuales sin protección”*, como el tener múltiples parejas sexuales, siendo éste último el factor más referido y haciendo alusión generalmente a la infidelidad de los esposos o parejas:

“Los hombres se van a las cantinas y se meten con cualquier mujer y no saben qué tipo de enfermedad tengan después van con sus esposas y las contagian”.

Incluso una mujer señala puntualmente la experiencia de migración de los esposos como un elemento que incrementa el riesgo de enfermedades:

“Porque mi esposo trabaja por temporadas en el otro lado, yo le comento que lo utilice [el condón] si va a hacer cualquier cosa para prevenir enfermedades”

Si bien la mayoría de las mujeres conoce algo de estos factores de riesgo, es importante señalar que algunas mujeres no saben qué personas son las que están en riesgo de adquirir una ITS o bien, algunas tienen información poco clara o errónea. Por ejemplo, al preguntarles porqué se adquieren las ITS, una mujer refiere que esto pasa *“cuando se usa ropa muy ajustada y no se tiene cuidado”* mientras que otra mujer indica que por cuestiones como la higiene:

“Por el mismo contacto por parte de los dos o sea depende de cómo, nos dice la doctora pues alguno de los dos, por la higiene también más que nada”

Esto podría sugerir que estas mujeres se encuentran haciendo referencia a las infecciones vaginales y no propiamente a ITS. La confusión respecto a las ITS es más clara cuando unas mujeres señalan que estas infecciones se pueden contagiar por usar el mismo cepillo dental de la pareja o por ir al baño: *“pero también otras se pueden contagiar como ahorita si pasan a unos baños públicos”*.

Aquella ITS que es más señalada por las mujeres es el sida o VIH, e incluso es la única ITS que algunas mujeres mencionan. Por los testimonios de las mujeres se hace evidente que existe una mayor difusión en relación al VIH/SIDA. Por ejemplo, al hablar de los factores de riesgo para una ITS, una mujer señala que: *“Cuando te metes con*

una persona infectada, se puede contagiar además de por tener relaciones sexuales por la saliva, sangre ya no tiene curación” mientras que otra mujer comenta que:

“Si, son normalmente los que tienen más de dos parejas, aparte de su pareja y otra, este cuando tienen relaciones sin cuidado eh... a veces este no sólo en eso, hay veces que por medio de las drogas que se inyecta uno y se inyecta otro también pueden se pueden pasar este tipo de enfermedades”

Una mujer joven, de menos de 25 años, comenta que en su escuela les hablaron de ITS pero sólo recuerda la información en relación al Sida: *“Yo me entere de este porque cuando estaba en la escuela nos iban a dar pláticas sobre esto y fue lo que más se me quedo”*

Además del VIH, otras ITS que las mujeres mencionan con frecuencia es VPH y gonorrea, y en una menor medida a la sífilis, aunque no dan información específica.

Aunque en general las mujeres parecen estar familiarizadas con el tema de las ITS, entendiendo que se pueden transmitir por las relaciones sexuales, en algunos discursos se nota que existen ciertas nociones culturales sobre las ITS, señalando una ausencia de información precisa sobre este tema. Por ejemplo, una mujer refiere que las ITS dan por *“andar de la vida alegre”*, mientras que otra mujer explica en relación al VPH, que este se debe a que las mujeres son húmedas y los hombres secos; indica que el hombre es portador y el virus se aloja en la parte posterior de la cabeza del pene, y que cuando tiene relaciones contagia a la mujer, porque la vagina es húmeda y ahí sí puede desarrollarse la enfermedad.

Identificación de síntomas y señales de ITS

Cuando se indaga de manera más específica sobre los síntomas o señales de las ITS en las mujeres, es evidente que mientras que la mitad de las entrevistadas posee cierta información sobre los síntomas, la otra mitad tiene información incorrecta, vaga o bien, refiere que nadie les ha hablado sobre esto.

Entre aquellas que identifican ciertos síntomas, los más señalados son flujo, dolor o ardor al orinar, irritación, escozor, comezón y dolor o molestias en general:

“Por ejemplo en nosotras a veces hay infecciones, por ejemplo, ardor, comezón, salida de líquido y ya si es más fuerte pues ya se empieza a notar pues ya en nosotras empezamos a adelgazar o no sé diferentes cosas”.

De acuerdo con lo señalado previamente, en relación a que el VIH/SIDA es la ITS que las mujeres tienen más presente, las mujeres también hacen referencia a esta ITS al hablar de síntomas, existiendo la noción de que las ITS y particularmente el VIH se manifiestan con gripa, dolor de cabeza o bajo peso:

“Se debe de sentir mal... y se tiene que ir a hacer algo para el SIDA o un análisis, nos dijeron que la gripa, la calentura para el SIDA”

Por otro lado, el resto de mujeres no posee la información correcta o refieren de manera muy vaga que una mujer con ITS se sentiría diferente, con dolor, con baja autoestima o decaída. Es importante señalar que este desconocimiento no responde necesariamente a características particulares de las mujeres como su nivel educativo. Por ejemplo, una mujer de entre 30-35 años, hablante de lengua indígena y que no fue a la escuela, refiere que no sabe qué síntomas se presentan pero que ella se imagina que puede doler el estómago (se toca la parte baja del estómago para señalar), mientras que otra mujer de menos de 25 años, no hablante de lengua indígena y que si completó la secundaria, refiere que no identifica síntomas pero que ella piensa que la persona que tenga una ITS se podría sentir *“decaída, no tendría ganas de hacer nada”*.

En relación a los síntomas en hombres, existe aún una mayor desinformación pues pocas mujeres refieren algunos síntomas como llagas, ronchas, molestias o ardor al orinar, dolor en el pene, comezón y ardor. El resto de mujeres refiere no conocer cuales son las señales de ITS en el caso de los hombres, e incluso una mujer señala de manera errónea que las ITS en ellos son asintomáticas:

“Pues yo se que los hombres no tienen síntomas, los síntomas siempre los tenemos nosotras, yo le pregunte al médico y el médico me dijo es que los hombres son asintomáticos, que no tienen síntomas, los síntomas los tenemos nosotras”

Cuando se les preguntó a las mujeres si ellas alguna vez habían tenido una ITS, un par refiere haber tenido alguna, aunque incluso estas mujeres se muestran confusas en relación a qué ITS tuvieron.

En el caso de una de ellas, comenta que ella y su esposo tuvieron una infección y que fue éste el que notó algo: *“Fue mi esposo el que se dio cuenta, dice que le estaba saliendo como... se le estaba pelando poquito, no sé cómo que le daba ardor”*. Narra

también que durante las relaciones sexuales sentía dolor y que incluso tenía ligeros sangrados:

“A veces luego teníamos intimidad y no estaba en mis días y me bajaba, poquito y dijo la doctora que a lo mejor por eso era también, porque me baja poquito. Como ya vengo con eso desde que me puse el dispositivo, como que ya me empecé a sangrar”

Ella comenta que el/la médico/a no les dijo claramente que tipo de infección tenían: *“No nos explico claramente pues que infección”*.

Otras dos mujeres comentan que tuvieron una infección sin embargo esta fue una infección vaginal, con lo cual se confirma una vez más la confusión que tienen las mujeres para identificar una ITS y una infección vaginal. En los tres casos las mujeres señalan que el médico/a recomendó a ellas y a sus parejas abstenerse de tener relaciones sexuales por un tiempo. El resto de mujeres afirma que nunca ha tenido una ITS, aunque algunas señalan no saber si esto les ha ocurrido.

En el mismo sentido, se les preguntó si conocían a otras mujeres que hayan padecido de alguna ITS, sin embargo la mayoría refiere desconocerlo. Expresan que en general, las mujeres en sus comunidades no hablan mucho sobre esto por vergüenza o porque están *“chapadas a la antigua”*:

“No casi no se habla de eso, o sea aquí no...creo que porque no les importa sí mas bien no les importa, así como diciendo pues yo nunca me voy a enfermar, yo es lo que he visto... creo que por pena también, o sea no les gusta habar así de eso, no les gusta hablar de que si estoy enferma de esto o si mi esposo está enfermo del otro o que infección, por ejemplo hasta el Papanicolaou les da pena”

Una mujer comenta que incluso en las pláticas de Oportunidades, algunas mujeres pueden tener dudas y sin embargo no preguntan y que hay quienes se sonrojan cuando hablan de esos temas, pues todavía les da pena hablar sobre esto.

Prevención de las ITS y conocimiento sobre el condón

En cuanto a cómo prevenir las ITS, la gran mayoría de las mujeres señala que se debe usar el condón, sobre todo en las relaciones sexuales que los hombres tienen con otras mujeres o que se tienen con desconocidos: *“pues ahora sí que los hombres solamente con el condón, para no pasar cosas así tan feas pero pues a veces no se puede o no*

quieren". Entre algunas otras cosas también se señala que las ITS se previenen al evitar tener relaciones sexuales con desconocidos o con muchas parejas, acudir con frecuencia al centro de salud, manteniéndose informadas y en comunicación con las parejas.

Al preguntarles sobre el condón, en general la mayoría ha escuchado hablar algo sobre este, aunque no todas saben específicamente cómo se utiliza. Varias tienen un conocimiento generalizado en relación a algunos procedimientos básicos; pero por ejemplo, algunas mujeres que nunca lo han usado ni saben cómo se coloca, señalan que saben que el empaque del condón se debe abrir con las manos y no con los dientes pues éste se puede romper.

Además de esta información general, existe un grupo importante de mujeres que no poseen ninguna otra información respecto al uso del condón. Esto responde, por un lado, a que no han recibido información sobre esto, y por otro, a la noción cultural de que el uso de condón es una tarea que corresponde a los esposos: *"Este pues nada más se abre pues [el condón], ellos saben los hombres"*. Por ejemplo, algunas mujeres que si identifican que existen los condones, dicen que alguna vez les comentaron sobre esto pero que actualmente ya no recuerdan cómo se utilizan.

Sin embargo, es importante señalar que dentro de esta desinformación, existe cierta variación en el nivel de riesgo, pues algunas mujeres aunque estén desinformadas sobre el uso del condón, al menos están seguras de que sus parejas si tienen este conocimiento, ya sean porque ellos han acudido a pláticas o porque ya han usado el condón:

"La verdad no sé cómo se utiliza porque mi esposo es el que se lo ponía y se lo quitaba y cuando yo quería ver como se lo quitaba o ponía él se volteaba y pues ya no veía yo"

No obstante, también existe un pequeño grupo de mujeres que muestran un poco más de conocimiento sobre esto, al dar indicaciones más concretas sobre cómo usar el condón. Este grupo se trata principalmente de mujeres jóvenes, que tanto ellas como sus parejas tienen 35 años o menos y cuyo nivel educativo es por lo menos de secundaria. Por ejemplo, una mujer de menos de 25 años y que habla lengua indígena comenta que: *"Hay que desenrollarlo y hay que apretar la punta e irlo bajando para que no entre aire y no se rompa"*.

En este grupo también se encuentran algunas mujeres que incluso dan indicaciones tanto para el uso del condón masculino como para el condón femenino:

“A mí me han dicho que hay condón para mujer y hay condón para hombre; el del hombre normalmente lo debe de abrir con cuidado de que no se rompa, cuando se lo pone igualmente tener cuidado que no tenga aire porque también puede romperse y este igual al quitar se debe de sellar normalmente y el que es de la mujer si es un poquito más complicado porque aquí no lo dan, normalmente lo tienes que comprar, pero igualmente nos han explicado cómo se pone que queda entre la mujer nada más”.

Por último en relación a la información sobre el condón, algunas mujeres también tienen cierto conocimiento en relación a que los condones se pueden romper o zafar, sin embargo la mayoría refiere no saber cómo evitar esto. Al preguntarles porqué es que un condón se puede romper o zafar, mencionan aspectos relacionados a las características del condón, por ejemplo la mala calidad o grosor del condón (indican que si el condón es delgado se puede romper). Una mujer señala específicamente que los condones no se pueden romper: *“Romper no, me dijeron que no pero que no era cien por ciento seguro”*. Sólo una mujer refiere algo en relación al uso, pues indica que ella sabe que los condones se deben utilizar con cuidado porque si no, se rompen.

Fuentes de información en relación al condón

Cuando se indaga en relación a las fuentes de donde han obtenido la información sobre el condón, destacan diversas fuentes informativas como por ejemplo las enfermeras, el/la médico/a y “pláticas”. Algunas mujeres señalan específicamente las pláticas del Programa Oportunidades, que pueden haber sido impartidas tanto por promotores como por médicos y/o enfermeras. Al parecer, con frecuencia se busca utilizar técnicas didácticas para facilitar la transmisión de la información, entre las cuales destacan carpetas, láminas e incluso plátanos, pepinos o vegetales para hacer la demostración de cómo se coloca el condón:

“La enfermera nos explico con un plátano, ahí lo coloco y nos explicó con la carpeta, como ponerlo y como retirarlo para evitar que se salga el semen”

Por otro lado, esta información ha sido proporcionada directamente a ellas, o bien, a sus parejas, quienes a su vez comparten o no esta información a ellas:

“Pues yo le platico, y también él cuando tienen pláticas ellos van porque pues si tienen también pláticas ellos de hombres, les dan pláticas...separados ellos tienen pláticas también de hombres y nosotros de mujeres, que porque luego los hombres se sienten incómodos cuando están mujeres”.

Comunicación con sus parejas sobre el condón

En relación a esto último, varias de las mujeres refieren que ellas si han hablado con sus esposos sobre el uso del condón, algunas cuantas particularmente en relación a los riesgos de adquirir ITS: *“yo no me quiero enfermar, le digo [a su esposo] cuando no quieras andar conmigo dime porque yo no me quiero enfermar”.*

Sin embargo, en la mayoría de los casos dicha comunicación consiste en una conversación muy general y no representa una negociación de dicho método con sus parejas. Por ejemplo, una mujer señala que si ha hablado sobre los condones con su esposo, sobretodo porque *“él se va al otro lado”* y que ella sabe que en las pláticas a él le han enseñado como usar el condón, sin embargo nunca lo han utilizado y ella no posee información sobre su uso correcto.

Algunas cuantas mujeres hablaron de la dificultad para platicar de estos temas con las parejas, refiriendo que en sus comunidades muchas veces las parejas no hablan de esto por pena. Entre nuestras entrevistadas, algunas señalaron que jamás han mencionado algo de esto con sus parejas.

Experiencia personal con el uso de condón

En relación a sus experiencias con el uso de condón, algunas cuantas refieren que ellas y sus parejas si lo han utilizado, particularmente las menores de 36 años, sin embargo llama la atención que aunque existe un conocimiento amplio de que el condón sirve para prevenir ITS (como se señaló anteriormente), las mujeres que lo han usado refieren que ha sido como un método para evitar embarazos: *“Lo empezamos a utilizar porque yo todavía no me cuidaba y por eso él se cuidó”.*

Por esto mismo, cuando algunas mujeres se sienten menos expuestas a la posibilidad de un embarazo, o bien ya están usando algún método anticonceptivo, entonces no conciben la idea de utilizar un condón:

“Si lo hemos platicado [ella y su esposo] pero lo que pasa es que como ahorita yo.. como le diré, yo ya estoy operada para no tener hijos, pues si no me preocupo”.

En línea con esto, al preguntarle a una mujer si cree que en su comunidad otras mujeres usan el condón con sus parejas, esta afirma que: *“Pues la verdad no... no creo, por lo regular aquí pues las mujeres se ponen dispositivo”*. En algunas mujeres incluso existe la percepción de que el condón es un método que tal vez los más jóvenes pueden utilizar.

Por otro lado, entre aquellas que refieren si haberlo utilizado se encuentran tres casos de mujeres que habían padecido de alguna infección, y que su uso fue explícitamente recomendado por sus médicos debido a esto:

“Apenas nos dio el/la doctor/a [condones] tiene como un mes por que nos dio la infección, y si le dio eso... el/la doctor/a nos dijo que debíamos usar condón, para que ya no nos sucediera de nuevo, que se nos pegue la infección”

La mayoría de las mujeres señala que están de acuerdo con que se use el condón y opinan que también sus parejas lo están, sin embargo cuando se profundiza en relación a los motivos de no uso de condón, se vuelve evidente que la negación de los esposos es un factor muy importante que determina el no uso. Las mujeres señalan que a los hombres no les gusta usar el condón y argumentan que no les gusta porque no se siente igual, aunque reconocen que a veces esto es sólo es por ignorancia de ellos. Por ejemplo, una mujer que refiere si haber hablado con su pareja sobre el condón y si haberlo usado, narra la negación de su pareja para utilizarlo actualmente:

“...pero como te comento sólo fueron dos meses y después de eso no quiso dijo que no se sentía lo mismo y que ya no los iba a utilizar que si yo quería pues fuera al centro de salud por pastillas o inyecciones”.

Algunas afirman que el condón no se usa por los pensamientos de los hombres, pues ellos creen que por ser sus esposas ellas no deben de usarlos: *“Si lo ha utilizado pero de vez en cuando, es rara la vez porque a mi pareja no le gusta”, “El hombre dice, si es mi esposa porque debo de utilizar si es mi esposa”*.

Acceso a los condones

En relación al acceso a los condones, la mayoría de las mujeres ha escuchado que en los centros de salud se proporcionan condones. Sin embargo no a todas les han ofrecido y no todas saben si siempre hay condones disponibles; más aún, la mayoría no

sabe qué procedimiento se debe seguir para adquirirlos y aunque saben que son gratuitos, existe cierta confusión sobre la distribución de los condones: *“creo que los piden, los piden o sea si tu llegas y pides creo que si te los dan”*; *“Si a veces dan aquí, pero a las muchachas no sé si les dan”*.

Sólo unas pocas dan información específica sobre cómo adquirir condones en los centros de salud: *“Con una tarjeta...en la cual se tiene toda su información y en base a eso se los dan”*. Indican que se tienen que ir a recoger cada mes al centro de salud.

También algunas mencionan que es más fácil que una mujer acuda al centro de salud por condones, porque a los esposos les puede dar un poco de pena o bien, porque ellas son las que tienen más tiempo: *“porque somos nosotras las que nos cuidamos todo el día, algunas pues porque otras trabajan pero yo digo que una mujer”*.

Información en relación a tratamiento de las ITS

Al explorar sus conocimientos en relación al tratamiento de ITS, se observa en la mayoría de las mujeres un desconocimiento respecto a esto. Como ya se señaló antes, el VIH/Sida es la ITS que más mencionan las mujeres y por lo mismo, no es de extrañar que también refieran a esta infección al hablar de los tratamientos, indicando que el SIDA no se cura y que es mortal. Nadie menciona que es posible llevar un control con medicamentos.

En lo que respecta a otras ITS, se observa bastante confusión al preguntarles si éstas tienen cura o no. Mientras que algunas señalan que sí, algunas otras indican que no y otras refieren que depende de cuando se detectan:

“Por ejemplo el de mi vecina, te digo no recuerdo el nombre, a ella si se le quitó [ITS] pero ya yo digo que uno más fuerte... no sé pero yo digo que ya no”

Entre las nociones de tratamiento, algunas mujeres refieren saber que existe un tratamiento, aunque no están seguras de si esto cura o no a las ITS. Por ejemplo, una de las mujeres que tuvo un antecedente de infección, señala no estar segura de si las ITS se curan o no: *“Pues sí, esto si se curó, pero a lo mejor nos puede dar después, de nuevo puede pasar”*.

Llama la atención que muy pocas mujeres responden que esto depende del tipo de enfermedad, y que algunas ITS si se curan pero que algunas otras sólo se controlan. A excepción de una mujer que señaló al cáncer, ninguna mujer señaló el nombre de alguna ITS en particular al hablar del tratamiento de ITS diferentes del VIH/Sida.

En la entrevista también se indagó si ellas conocían algunos remedios para curar las ITS, sin embargo la mayoría refiere que no conocen, que no existen o que los remedios no curan las ITS. Si bien algunas señalan que algunas mujeres, sobre todo las mujeres mayores, toman té o hierbas para curarse, no saben si esto se hace también para las ITS. Si bien se reconoce que existen algunos curanderos en las localidades, las mujeres señalan que ellos no atienden este tipo de padecimientos y que para estos casos se debe acudir con los médicos a los centros de salud: *“Pues al centro de salud porque ya con los curanderos pues no esos nada mas los ocupan para daños según”*.

Al preguntarles qué es lo que hacen las mujeres al sospechar de alguna ITS, en general existe un consenso respecto a que las mujeres acuden directamente con los médicos, pues se reconoce que alguna ITS puede ser mortal. Algunas dan un mensaje más específico, por ejemplo que van con el médico para tratarse y que deben cuidarse por medio de utilizar el condón para no contagiar a otras personas:

“Pues en mi caso sería acudir al médico o aquí al centro pues como ahorita aquí al centro de salud y ya nos mandan, nos mandan pues ellas para el hospital o depende”

Fuentes de información y deseos de recibir mayor información sobre ITS

También se indagó sobre las fuentes de donde obtienen información sobre ITS. Llama la atención que la información que poseen no ha sido obtenida necesariamente durante las consultas, pues refieren principalmente que la información se las han dado en pláticas; incluso unas cuantas mujeres señalan que en el centro de salud nunca les han hablado de esto o mostrado materiales al respecto.

Para otras mujeres, sus parejas representan una fuente de información también sobre estos temas. Por ejemplo, en el siguiente testimonio se nota como la señora no cree que una ITS se puede pasar a su bebé, pero evidentemente el esposo, que parece hablar de SIDA sabe que esto si puede pasar:

“Más que nada porque mi niña también toma pecho y la puedo contagiar...Pues no sé mi esposo dice que sí, yo digo que no, porque él dice que si no usa protección si no está la posibilidad de que también se le pegue a ella... por la leche pues”.

Para otras mujeres, también la propia familia o amigas representan fuentes de información:

“En mi familia las mujeres si hablamos de eso porque somos puras mujeres entonces pues si nos pasa algo lo hacemos como precaución para que a las demás no les pase o les decimos mira fíjate que hay estos métodos o deberías de hacerte tu Papanicolaou así es como nos pasamos la información”.

Por último, se indagó en las entrevistas si las mujeres desean recibir mayor información sobre el tema de ITS, y prácticamente todas las mujeres responden que sí. Entre la información en específico que les gustaría recibir, señalan que les gustaría saber más sobre los síntomas de las ITS, tanto en hombres como en mujeres, sobre cómo prevenirlas y en relación a qué hacer cuando ya se tiene una ITS.

Las mujeres expresan así mismo su deseo de que dicha información se ofrezca también a los adolescentes y sobre todo a los esposos, pues ellos reciben poca información y esto podría ayudar a sensibilizarlos sobre este tema, ayudando a que se les “abra más la mente”.

3) Cáncer Cérvico Uterino

Al entrevistar a las mujeres en las distintas comunidades, se puede identificar que varias tienen diversas nociones respecto del cáncer cérvico uterino y también algunas en torno a los riesgos.

Entre las principales ideas que vienen a su mente al preguntarles sobre qué ideas tienen en torno al cáncer, la mayoría expresa que es algo negativo para su salud: *“fea y dolorosa”, “como una mancha que se agranda y que si no se revisan el cáncer se pega más”, “como si fuera algo que fuera secando la matriz”, “algo que te daña por dentro”, “imagino que es como una llaguita que se extiende”, “como una cosa que se empieza a pudrir”.*

Algunas mencionan que puede ser que se tenga ese tipo de cáncer, pero sin sentir ni registrar ningún tipo de síntoma y por lo mismo *“la mujer no se puede dar cuenta hasta que ya está muy avanzada [la enfermedad]”*. Por el contrario, otras hacen alusión a síntomas visibles que pueden identificar por ellas mismas sin necesidad de acudir al médico. Por ejemplo, entre las ideas que mencionan, está la aparición de verrugas, dolor y una más, comenta que puede haber sangrado abundante en la menstruación. Sin embargo, también entre ellas hay quien refiere que para poder saber si se tiene o no cáncer cérvico uterino hay que acudir al médico: *“para saber tiene que irse a checar, porque yo he escuchado que según no les duele nada”*.

Pocas participantes mencionen no conocer cuáles son las consecuencias de este tipo de cáncer. Entre las que saben, hay quién distingue que si no se detecta a tiempo una de las consecuencias es que ya no es curable y dos mencionan que se podría perder la matriz o hasta morir: *“cuando lo dejan avanzar es cuando pierden la vida”, “se puede morir uno”*. Una más, sin mucha claridad de lo que sucede señala como consecuencia el hecho de que se pierde el cabello.

Cuando se les pregunta si saben o se imaginan como se puede sentir una mujer que tiene cáncer cérvico uterino, la mayoría responde que no, pero entre las pocas cosas que se comentan, se dice que las mujeres con esta enfermedad podrían deprimirse o tener alguna repercusión en su estado de ánimo.

Entre las mujeres entrevistadas de 35 años en adelante hay quien identifica como causa del cáncer, tener relaciones con varias parejas o que su pareja masculina, tenga múltiples parejas: *“es una enfermedad como contagiarse de un hombre, ¿no? que esté enfermo pues, que tenga con otras personas relaciones ¿no?”*; pero, también hay quien comenta no saber o no tener una idea al respecto. Pocas mujeres, pertenecientes también a este grupo de edad, expresan que una manera de prevenirlo es tener únicamente una pareja:

“Para prevenir...pues yo creo que tener solamente una pareja o sea no tener varias, porque pues si una mujer tiene varias parejas pues es más lógico que se enferme. Que una mujer que tenga solamente una pareja y que su pareja no mas también esté con ella, porque si su parejas tiene también mujeres pues igual y nos contagiarían de alguna enfermedad”

Es relativamente más común que las mujeres en el grupo de edad de 26 a 35 años expresen que independientemente de tener una sólo pareja, también, deben ir al centro de salud a chequearse:

“Pues será teniendo mucha higiene o porque dicen que se trasmite por sexualidad y todo eso. Uno se cuida, pero dijera uno quien sabe el hombre porque a veces son, digo yo, de cascos ligeros, por eso mismo quiero el examen para estar checándose uno.”

Si bien, unas cuantas mujeres señalan que no tienen claridad de ninguna acción que pudiera servir como preventiva para adquirir este cáncer, en general, en las cinco comunidades, fueron muchas las mujeres entrevistadas que señalaron que la prueba del Papanicolaou (PAP) es lo que permite conocer a tiempo si una mujer tiene cáncer cérvico uterino, no obstante, a la par también se señala que no todas las mujeres lo realizan por vergüenza:

“Pues que si no te haces por ejemplo la prueba del Papanicolaou (hay veces que por pena las mujeres no se la hacen) y ahí nace el virus del papiloma y a través del tiempo ya se convierte en cáncer ¿no?”

“Necesita uno a venir a hacerse el papanicolaou para saber también si está uno bien o está uno mal”.

Vale la pena destacar que sólo una mujer de 35 años, hizo alusión al condón como medida de prevención cuando se explora si identificaban alguna acción preventiva para el cáncer cérvico uterino. Ella comenta: *“cuidarse y pues usar condón”*.

En lo relacionado a si identifican a qué edad o a partir de cuando una mujer debe iniciar a realizarse el PAP, varias participantes mencionan que *“partir del inicio de la vida sexual activa”*,

“Después de que uno comienza a tener relaciones, desde que empieza uno su vida sexual...Es para prevenir o dar cuenta de si alguna vez nos llegamos a enfermar de eso o de cáncer... pues anteriormente me decían y me daban cita cada seis meses...”

No obstante, también se señala otros momentos a partir de cuales hay que iniciar con la prueba del PAP, por ejemplo: *“partir de que se tienen hijos”, “de que se casan”, “a partir de los 25”, “a partir de los 25 años y hasta los 50 años”*. Sólo una menciona no tener ninguna idea al respecto.

También entre las entrevistadas identificamos un conocimiento variado sobre la frecuencia con la que tienen que acudir a realizarse el PAP. Entre ellas se menciona: *“anualmente”, “cada 6 meses”, “en periodos mayores a un año”, “cada 2 años” o “dos veces al año y de no haber problema cada 3 años”*

Realización del PAP

Al indagar sobre la prueba del PAP y en qué consiste, las mujeres describen hechos similares al siguiente: *“Llegamos al centro de salud, nos llama, pasamos y nos dan una batita nos acostamos en la cama y nos empiezan a hacer el estudio con un espejo vaginal”*. Únicamente una de las participantes refiere que si sabe cómo es, pero que le da pena explicar como se hace, y otra más, comenta algo tan general como que es *“un examen para revisar a las mujeres.”* La mayoría de las participantes menciona conocer el procedimiento porque lo han realizado al menos una vez.

Generalmente expresan que es la enfermera quien lo realiza, en algunos casos alguna doctora. Al respecto, en las distintas comunidades, las mujeres, sobre todo aquellas mayores de 35 años (posiblemente por ser ellas las que más comúnmente se han realizado esta prueba) comentan que ellas prefieren que sean mujeres quienes se lo realicen ya que les da más confianza y sienten menos pena *“pues yo digo es más confianza, entre mujeres y un doctor como tenemos vergüenza”, “pues da una confianza por ser mujer, un hombre como que no”*.

En pocas ocasiones las mujeres refirieron que la prueba se las realizó un médico. Una de las participantes menciona que ella se lo ha realizado en una sola ocasión en el seguro y jamás en el centro de salud, otra participante comenta que anteriormente, realizaba el PAP en el seguro, pero que la última vez lo realizó en el centro de salud. Sólo una de las mujeres entrevistadas refiere que ella acude a una clínica privada porque los resultados son más rápidos.

Al preguntar a las mujeres cuál es la recomendación que en el Centro de Salud se les hace en relación al PAP, ellas comentan que les especificaron que acudan después de su tener su periodo, pero en general señalan que la principal recomendación que se hace en todas las comunidades es que se lo realicen de manera periódica:

“Nos han dicho que nos lo tenemos que hacer año con año para prevenir... tienes que hacerlo porque ahora sí que con todas las enfermedades que hay como el papiloma, el cáncer, tenemos que prevenirnos”

En relación a los resultados, la mayoría comenta que son ellas quienes acuden a recoger sus resultados al Centro de Salud. Sin embargo, comentan que tardan hasta *“dos meses”, “un año”, “de uno a cuatro meses”* aproximadamente en darlos. Una mujer de Hueyapan percibe que para la entrega, se les da prioridad a las mujeres enfermas. Otras mujeres de la misma comunidad comentaron que en el Centro de Salud les han dicho que si no les llaman o las *“mandan a traer”*, significa que sus resultados salieron bien: *“solo nos buscan por si hay una cosa rara, si no nos buscan es que todo está bien”, “ellos dicen si no se lo entregan es porque no tiene nada”*. No obstante, ellas expresan que sea uno u otro caso, les gustaría recibir sus resultados: *“me gustaría... que una vez que tengan nuestros resultados [en el CS], nos los dieran y entreguen.”* Una de las mujeres entrevistadas comenta que debido a que los resultados son muy tardados ella prefiere acudir a un médico particular para realizarse el PAP. Otro testimonio de las mujeres hace referencia a que ella no fue a recoger sus resultados debido a que dejó de ser beneficiaria del programa Oportunidades.

Las mujeres expresan que al ir a recoger sus resultados sienten un poco de nervio: *“nervios, para estar pensando si salí bien o no”*; pero, que una vez que los reciben y salen bien, se sienten tranquilas: *“más que nada porque uno se siente a gusto que está bien”*.

En aquellas comunidades donde sí les entregan los resultados, las mujeres comentan que es la enfermera quien por lo regular se los da y que sólo pasan a consulta si en sus resultados apareció alguna anomalía o infección: *“...nos hacen pasar con la doctora, depende de cómo salió, bueno yo a veces he salido con un poquito de infección, me dan unas pastillas y los tomo, ya con eso ya.”* En relación a esto último, una de las mujeres entrevistadas refiere que una vez que tenía una infección, únicamente a ella le dieron tratamiento, pero no para su esposo.

Cuando se les pregunta a las mujeres con quién acuden a realizar la prueba del PAP, la mayoría comenta que solas, y algunas refieren que es debido a que sus esposos trabajan; pero también unas cuantas mencionan que sus esposos las han llegado a acompañar: *“Yo cuando me vengo a hacer mi papanicolaou, él viene conmigo, aunque*

él no entra si viene, que sepa a donde voy y qué me voy a hacer". Una mujer refiere que su hermana ha acudido con ella al centro de salud para hacerse la prueba:

"mi hermana y luego me dice que si o luego me dice que no o luego yo la invito pues vamos y dice –pues es que me da pena- pues yo también pero hay veces que coincidimos con los días y ya nos vamos...nos acompañamos"

Si bien la mayoría menciona que sus maridos no las acompañan, ellas refieren que ellos están al tanto de que se están realizando la prueba; otras pocas, además expresan que aparte de estar al tanto, sus esposos las apoyan y las motivan a cuidarse. Una de ellas dice: *"Él dice que está bien que me esté checando todo"*, otra mujer comenta al respecto:

"Pues vete, si es bien para ti pues mejor te van a estar revisando y si te van a dar medicamento pues mejor... hay muchos esposos que como que no les gusta eso, pues al mío de suerte yo veo que si"

En relación a los maridos que acompañan a sus parejas a realizarse el PAP o las motivan a que lo hagan, se puede identificar que aquellos que se encuentran entre 35 y 50 años y que cursaron la secundaria, refieren más atención. Por el contrario, en dos ocasiones explícitamente se menciona que sus maridos no están al pendiente o no les interesa, y en estos casos se puede identificar un rasgo común de baja escolaridad (primaria incompleta): *"el no se entera de nada, ni le preocupa le digo... yo solita"*

Con respecto a cómo ha sido su experiencia al realizarse el examen una de las participantes habló sobre la primera vez que se lo realizaron y expresó el miedo y nervio por no saber cómo sería: *"sentía miedo pues, como ¿qué me van a hacer?"* El resto de las mujeres describe la prueba como incómoda, pero necesaria: *"entra como frío y como está apretadito como lo aprietan y ya después cuando lo sacan si lastima, pero es por uno, por su bien"*, algunas refieren que puede llegar a doler un poco:

"Le digo, pues si se siente una molestia por que te meten cositas, pero de ahí a que duela o lastimen pues nada de eso... vale un rato de pena a estar sufriendo después con una enfermedad".

Entre las mujeres que suelen realizarse el examen, lo que más comentan es que les da vergüenza, expresan que les da pena: *"pues no me gusta que me vean."* Otra mujer comenta que no experimenta dolor, pero que su estado de ánimo cambia, sin

embargo, ella al igual que en los casos donde las mujeres expresan molestia, prioriza las ventajas que le traerá a la larga:

“si es incómodo, se siente uno mal, cuando a mi me lo hacen si me siento mal me pongo de mal humor no quiero que nadie me hable y quiero nada más dormir porque me siento mal, pero no me causa ningún dolor o alguna molestia simplemente es sentimentalmente porque me da pena pero pues se que ese estudio lo tenemos que hacer...no importa la pena siempre y cuando uno esté bien”.

Pocas refieren no tener ninguna molestia o incomodidad.

Razones por las que no se realizan la prueba del PAP

Se les pregunta sobre las razones que ellas identifican de porque algunas mujeres de su comunidad no se realizan el PAP. Ellas refieren que cuando no acuden es porque no están informadas: *“Las personas que no tienen Oportunidades pues no van a las pláticas y no se enteran de nada.”* A las beneficiarias de Oportunidades se les pide lo realicen de manera obligatoria: *“en el caso de las beneficiarias de Oportunidades si se lo hacen porque ya las obligan”* o como se señala en el siguiente testimonio:

“Oigo que platican las que no tienen Oportunidades, los que tienen Oportunidades cada mes les están haciendo el papanicolaou, pero no se qué piensan si esto está mal, pero la verdad no son así, es cada año o cada medio año, pero como ellas no tienen, para ellas está mal, pero para nosotros no, porque hay que estar sano, hay que estar bien uno de adentro... les da pena yo creo, pues a nosotros nos platican y nos dicen y como a ellas no pues a lo mejor ni se vienen a parar ... como a nosotros nos platican pues ponemos a pensarnos”

También se identifica a otras mujeres a las que no les agrada acudir al centro de salud a realizarse el examen y dentro de los motivos que en todas las comunidades refieren está que les da pena: *“por la pena, por la vergüenza de que el doctor o la doctora o la enfermera pues los vea no quiere”.* Otro motivo que refieren por lo que las mujeres de su comunidad no van a realizar la prueba es porque a los esposos no les agrada que sus mujeres acudan porque serían revisadas por un doctor:

“Yo he escuchado a las demás señoras que no les gusta que sus esposos sepan que van al centro de salud a hacerse ese estudio, no quieren porque hay veces que piensan que son doctores los que lo realizan”

“Como vas a dejar que te toque el doctor, que tienes ganas de que te toque otro”.

Dos de las entrevistadas comentan que también existe el temor de que les digan que tienen una enfermedad: *“hay unas que me han dicho no, yo no quiero saber a lo mejor vaya a tener algo que me vayan a decir tienes esto”, “por eso no me la he hecho, porque no quiero saber”.*

Llama la atención un caso en donde una mujer refiere que ella solía hacerse el PAP en el Seguro Social, pero que actualmente ella ya acude al Centro de Salud por ser beneficiaria de Oportunidades, no obstante, comenta que no se hace el PAP porque no le dan confianza las enfermeras, además de que se siente juzgada.

“Es que no se aquí como que me da pena porque me dice una señora que ha venido aquí, luego me dicen –no, es que aquí como que no hay confianza- dice, porque las mismas enfermeras ahí te andan criticando, empiezan a hablar así mal de una y dice –hasta parece que no son mujeres- y a veces luego dicen –no y luego a veces te hacen así como de mala gana y hasta te lastiman muy feo-“

Qué saben del condón

Las mujeres comentan que en el centro de salud les han explicado el uso del condón: *“nos enseñaron como se debe de usar”.* Algunas mujeres mencionan que ambos en la pareja tienen la información sobre el uso del condón.

Las fuentes o la manera como los esposos adquieren ese conocimiento es variado, pero principalmente refieren el Centro de Salud, algunas en específico hacen alusión a las pláticas de Oportunidades. No obstante, las mujeres comentan que sólo en pocas ocasiones sus esposos acuden a las pláticas o al Centro de Salud por lo que es poco lo que ellos aprenden a través de este medio.

También hay quien comenta que ella aprende en las pláticas de Oportunidades y después, le platica a su esposo sobre la información que le dan: *“ya en la nohecita cuando estamos acostados le platico, mira así voy a las pláticas, esta plática nos dieron, así nos debemos de cuidar cosas de esas”,* otra de las participantes comenta que su esposo también sabe usarlo pero que él aprendió porque es militar.

Dos mujeres de la comunidad de Xoxocotla comentaron que les han dado información tanto del condón masculino como del femenino en las pláticas de Oportunidades: *“que también hay para la mujer que lo debemos de usar, y que el*

condón que el que lo va a utilizar que no lo debe de abrir así con la boca". Sólo una de las participantes expresa que no se le ha dado ningún tipo de información al respecto.

Se les preguntó a las mujeres qué sabían o pensaban sobre cuándo usar un condón. En relación a esto, las principales respuestas se refirieron a las relaciones sexuales y como método de planificación familiar. Particularmente se señalan que se debe usar cuando una persona tiene múltiples parejas y una señala específicamente el caso de saber que su marido tiene otras parejas para prevenir enfermedades como SIDA o el virus del Papiloma:

"Es cuando les pega él... no me acuerdo como se llama pero por los hombres. Luego las enfermedades que andan duras como el SIDA, yo digo que si hace mal tener muchas parejas o andar con muchas parejas y he escuchado del condón para esto... Hay mucha gente que no lo ocupa o muchos que no les gusta, pero muchos también no lo ocupan por que se rompen, no funciona o no se lo ponen bien"

"Por ejemplo ellos dicen que para no salir embarazada, para las personas que tienen relaciones con otras personas que no sean sus parejas ya ve que pegan lo que es esta enfermedad del Papiloma y el SIDA"

"Para no embarazarse y para no contagiar de cáncer, los que andan en malos pasos pues y para que no nos contagien se pueden usar".

Una de ellas comenta que esto también aplica para el caso de las mujeres *"hay mujeres que tienen varias parejas, en ese momento se deben usar"*. Sólo una participante expresa no saber en qué momento se debe usar. Una mujer comenta que le dijeron que lo tiene que usar pero sin estar clara en que situaciones, por otro lado, ella señala que eso le corresponde al hombre *"pero eso era tarea de él."*

En relación a como se debe de usar el condón son varias las mujeres que expresan saber cómo se usa, sin embargo, no todas pueden describir o explicar cómo es el procedimiento. Hay quien dice que les da pena explicar o mencionan que en ese momento, no recuerdan o simplemente no lo describen: *"bueno si nos han explicado para qué es y eso (ríe), pero no directamente, pero a otras personas si nos han explicado que si les dicen como se pone"*. De las participantes que si describieron el procedimiento, varias identifican algunos aspectos puntuales sobre cómo usarlo. Principalmente mencionan que se debe abrir con cuidado, no con la boca porque puede romperse y que al ponerse se debe evitar que entre aire presionando la punta:

*“debemos abrir el sobrecito ni con los dientes ni con las uñas, nada mas así”
“nada mas con las yemas de los dedos [ejemplifica que abrirlo despacio y con cuidado] para que no se pase a romper, con cuidado y se va a ir desenvolviendo, no, se va a ir poniendo en el pene del hombre poco a poco”*

“si lo sé usar, nos lo muestran y enseñan, se agarra la puntita para que se salga el aire y se desliza, solo se puede utilizar una vez y nos lo explican también con folletos y dibujitos”.

Cabe señalar que si bien hay quien sí sabe cómo se usa, varias también expresaron no saber o comentaron que no les han enseñado paso a paso cómo se utiliza.

Entre los problemas que identifican sobre el uso de condón están varios, sobre todo que saben que se puede romper, pero no saben porque se rompe y/o cómo evitar que suceda. Unas cuantas identifican que pudiera ser porque no se haya colocado de manera adecuada *“si no se lo colocan bien, dicen que sí se puede abrir”*. En relación a esto mismo una mujer describe más claramente lo que pasa si se rompe el condón: *“Que cuando están teniendo relaciones y se rompe y una persona está teniendo relación y pasa el espermatozoides y si una persona tiene infección ya es cuando infecta, o si no sabes que ya estoy embarazada y ahora que”*. Entre los testimonios relacionados con los problemas de los condones, se mencionó el caso de una familiar que se embarazó porque el condón se rompió. Sólo una mujer comenta que no ha escuchado que un condón se puede llegar a romper o resbalar.

Entre las entrevistadas, se preguntó sobre si usan ellas el condón en sus relaciones sexuales, y las respuestas fueron múltiples. Algunas expresan que si lo han usado con su pareja como método de planificación familiar y otras, que lo han usado, pero sin especificar el motivo.

También una de ellas menciona que lo platicó con su pareja, lo usaron una vez, pero debido a que no les agradó ya no lo usan. Otra expresa que en algunas ocasiones su pareja acepta y en otras se muestra renuente. Varias también expresan que nunca lo han usado sin especificar el motivo por el cual no lo hacen. Dentro de este último grupo de mujeres, una de ellas piensa que aún si a los esposos se les propusiera usar condón, ella no cree que ellos accederían. Una mujer comenta que lo platicó con su esposo, sin embargo no lo consideraron como un método para ellos, no obstante, están de acuerdo en que las mujeres u hombres que tienen varias parejas sexuales deben usarlo:

“Que más que nada se tiene que cuidar mi esposo ponerse el condón nada mas...pero pues no mas somos el y yo... dice que no hay problema y dice; para que me voy a cuidar si no ando con otras, no mas contigo. Y como hemos donado sangre ahí en el Parres nos hacen la sangre del VIH y nos dicen que estamos bien”

Varias mujeres mencionan no haber platicado con los esposos al respecto, principalmente esto sucede cuando la mujer tiene poca escolaridad: *“no, porque le digo él dice que estoy mal que yo hable así de esas cosas”, “la verdad pues no sé, nunca le he dicho esto del condón, no lo platicamos”* .

También están los casos en donde otras mujeres refieren que actualmente no utilizan el condón porque hacen uso de otros métodos de planificación familiar, de estas mujeres la mayoría refiere que ya se realizó la salpingoplastia, dos de ellas comentan que previamente a la operación, lo utilizaban como método de planificación:

“No porque pues nos casamos muy jóvenes, entonces tuvimos nuestros hijos de muy que será no nos esperamos tanto tiempo mi hija tiene 20 y mi muchacho tiene 28 entonces nuestros hijos los tuvimos sin planearlo...pero ya con la ultima bebé que tuvimos, pues si tuvimos que decidirnos a ya no tener más familia... entonces me tuve que obligar a hacerme la como se llama operarme para ya no tener familia... ya no tuve la necesidad de tener cuidados”

Es interesante identificar que en dos de las comunidades las mujeres entrevistadas expresan no haber usado el condón: Cuentepec y Xoxocotla. En las otras tres, su uso es variado.

Al preguntar por el acceso a los condones, varias de las mujeres mencionan que si se ofrecen condones en centro de salud, pero desconocen si están bien abastecidos o no. Una de ellas claramente expresa que para acceder a ellos, sólo se deben pedir:

“pues voy cada mes, nos dan como unos 5, 6 y cuando voy, tengo cita o mi niña algo...pues me acuerdo voy a pedir esto, aprovecho y me dan. Entonces ahí los voy juntando”,

Una mujer refiere que a ella se los han ofrecido sin necesidad de pedirlos:

“De hecho nos han proporcionado el condón en el Centro de Salud luego ahí en las pláticas... bueno ya no los recibo, pero no se qué tan seguido los den porque luego dicen que las muchachitas de la secundaria pasan a pedir”

Entre las entrevistadas, hay algunas que refieren no saber si en el centro de salud se ofrecen o no. Pocas mujeres además mencionan que son ellas mismas quienes por lo regular acuden a pedir condones al centro de salud. Una de las participantes menciona que los hombres por lo general no solicitan condones en el centro de salud, más bien, los compran.

Se les preguntó a las mujeres si saben si otras parejas usan condón a lo que la mayoría responde no saber ya que *“es un tema que no se comenta.”* Entre las que asisten a las pláticas de Oportunidades, comentan que han escuchado que sí usan. Otra mujer refiere que no es común que las parejas utilicen el condón, que sabe que más bien son otros métodos de planificación familiar los que se usan:

“No es común, también he escuchado pláticas y me han dicho que no, que no pueden pues que no quieren, ahora sí que si planifican pero con otros métodos, con pastillas, inyecciones pero con ese método para los hombres no...no les agrada”.

Otra mujer agrega que es poco común que se utilice en su comunidad *“pues unos dicen que es incómodo”*. Una mujer comenta que una familiar suya utilizaba este método pero lo dejó porque quedó embarazada y ahora cree que es un método poco efectivo: *“Una de mis primas se cuidaba con eso y se embarazó y luego me dice, bueno ni sirve o se rompen o se aguan”*. Una de las participantes comenta que ella percibe que las mujeres adultas casi no lo usan pero que los jóvenes si lo utilizan.

Qué se puede hacer si se detecta a tiempo que una mujer tiene un cáncer cérvico-uterino

Al indagar con las mujeres sobre que se puede hacer si se detecta a tiempo este cáncer, varias responden que ante esa situación la mujer debería acudir a tratamiento y atenderse: *“Pues ir al doctor o al ginecólogo”, “la ponen en un tratamiento y ya puede, le pueden hallar cura a tiempo”*. Unas pocas recalcan que esto debe ser inmediatamente: *“acudir a cita que nos dio los doctores, que nos recomiendan para que también no avance la enfermedad”, “Pues darse atención medica de manera rápida...Si se tratan, y si es a tiempo si se cura y si no ahora si como dicen llevar tratamiento, que nada más se vaya controlando o ya ir sobreviviendo”*.

Sin embargo, pocas pueden especificar en qué consistiría esa atención. Algunas de manera explícita refieren que saben que se daría un tratamiento pero no saben que les harían. Son pocas las que tienen al menos alguna idea de donde podrían tratarlas o en qué consistiría. Expresan que saben que les darían algún tipo de medicamento y las enviarían a un hospital especializado: *“pues no me ha tocado ningún caso pero pues yo creo que nos explicarían o nos darían medicamento y bueno yo me imagino que, en caso de que ya fuera algo mas grave ya nos mandarían al hospital general”, “si, de hecho ellos nos mandan al hospital de Cuautla, si sale algo mal ellos te van a buscar para llevarte”*. Algunas otras participantes expresan no saber qué se haría en ese caso.

En general si le gustaría que le dieran más información *“Si pues de esos temas, porque luego uno ni sabe si tiene esta enfermedad o que”*, pocas mujeres mencionan que les gustaría saber sobre cómo prevenirlo o qué tratamientos hay, hay quien dice que quisiera que se les diera tiempo para aclarar dudas ya que las pláticas duran 1 hora y media y no es suficiente. Otra señala que también le gustaría saber para poder explicarle a sus hijos *“por nuestros hijos y conocer cuando ellos nos pregunten”*, y también dos mujeres dicen que les gustaría que le explicaran sobre los síntomas *“que me expliquen eso del cáncer, como pues cómo, que síntomas son”*. Por último, una participante menciona que le gustaría saber más, pero debido a que trabaja no tendría tiempo de acudir a las pláticas.

La mayoría de las participantes comenta que los conocimientos que tiene los ha adquirido porque asiste a las pláticas que se imparten en el Centro de Salud por ser beneficiarias de Oportunidades.

Vale la pena mencionar que las mujeres participantes en el estudio comentan que particularmente en el caso del PAP, a veces la información que tienen es general y que hay cosas que no entienden: *“porque hay veces que hay cosas que no sabemos o no entendemos, nada más sabemos que es malo y que tenemos que hacernos el estudio”*. Algunas participantes desearían información específica respecto al examen, por ejemplo, a partir de qué edad se debe hacer o en qué circunstancias, que se siente o cómo es la enfermedad del CaCu.

4) Cáncer de Mama

Percepción del riesgo

Dado el interés de conocer la percepción que las mujeres tienen acerca del riesgo del CaMa, se examinó la información con el fin de identificar aspectos relevantes que permitieran describir esta situación.

A partir de la revisión de la información se pudo observar que por lo general las mujeres si han escuchado sobre el riesgo de desarrollar esta enfermedad, aunque algunas piensan que esto sólo les puede pasar a las mujeres de mayor edad. Lo anterior deja ver que las mujeres tienen alguna información de este padecimiento pero es por lo general poco clara y confusa. Además de acuerdo a los testimonios no se observan diferencias claras respecto a la edad de las mujeres en cuanto a la percepción del riesgo. Una mujer de entre 26 y 35 años:

“cualquier tipo de personas puede adquirir esta enfermedad yo pienso que el cáncer no ve ni dinero ni edades así que creo que todas pero principalmente las mujeres grande de edad.”

Así lo comenta una mujer indígena de entre 20 y 25 años de edad:

“pero [dicen] que esto sólo le pasa a las mujeres mayores, a las jóvenes no les pasa”.

Y otra mujer indígena mayor de 46 años de edad comenta:

“Nos dijeron que pues cuando ya tenemos más de edad, cuando te puede causar esa enfermedad. Es malo eso...”

En este sentido algunas mencionaron que la información generalmente la reciben de parte de la enfermera o de la trabajadora social en el Centro de Salud y algunas refieren de las pláticas del programa Oportunidades, y además a través de los medios de comunicación.

Identificación de síntomas

Los testimonios recabados son consistentes en cuanto al conocimiento de las mujeres respecto a la identificación de síntomas, al identificar la aparición de “bolitas” en los senos entre las señales más evidentes y la más común de este padecimiento y sólo una

mencionó además la aparición de manchas o el hundimiento del pezón como señales riesgosas:

“[debemos] poner atención sobre los puntitos negros, la secreción; pues estos que están aquí [refiriéndose a la lamina], ...que si sientes un tumor...”

En algunos casos las mujeres describen estas bolitas como algo doloroso y causantes de molestias, además de dar comezón. Mencionan que no atenderse a tiempo es una consecuencia peligrosa y riesgosa a tal grado de que la mujer puede perder el seno. Así mismo, algunas de ellas destacan la importancia de la revisión para la detección de cualquiera de estos síntomas y ante alguna duda es necesario acudir lo más pronto posible al médico para ser valoradas.

“Pues hemos escuchado que nos chequeemos, que nos toquemos bien y que si sentimos algún dolor o una bolita pues que acudamos al centro de salud porque puede ser algo del cáncer de mama, ...[porque es peligrosa]”

En general, ellas dicen que el cáncer de mama es una enfermedad grave, riesgosa, dolorosa y delicada. Se aprecia entre las mujeres la existencia de un sentimiento compartido de esta enfermedad como “algo muy feo” “muy doloroso”, de la cual además se imaginan que debe ser muy difícil para las mujeres que la padecen, por los efectos psicológicos que pueden ocasionar, por el hecho de sentirse muy mal, tristes, preocupadas, con miedo y deprimidas. Así lo comenta esta mujer indígena de entre 36 y 45 años con estudios de secundaria:

“Pues yo creo que deprimida ¿no?, o sea ¡se nos caería el mundo!, yo digo que psicológicamente si uno no empieza a hacer conciencia y psicológicamente no lo analiza cuando a uno le llega... uno ya se devalúa como mujer y no debe de ser así, debe uno agarrar fuerzas y hacer todo al pie de la letra como me lo digan, pero no dejarme caer pero no decir como mujer ya no voy a servir”.

Otra de las mujeres además de mencionar los efectos emocionales que este padecimiento puede causar, destaca la importancia que tiene la familia como sostén de la mujer para sobrellevar los miedos ante la vulnerabilidad en la que se ve envuelta con esta enfermedad:

“baja su autoestima y también, yo creo que también necesita mucho apoyo de su familia, se pone triste yo pienso que se pone muy triste y a lo mejor hasta hay veces que con ganas de morirse, de matarse, no se quizás pueden pasar muchas cosas en la cabeza de alguien así.”

Pero la principal y peor consecuencia que mencionan algunas de las mujeres de tener esta enfermedad, es el riesgo que existe de perder un seno. De la siguiente manera lo expresa esta mujer de entre 36 y 45 años de edad y sin escolaridad:

“Yo me imagino que las consecuencias por ejemplo si te quitan un pecho pues ya no te sientes mujer o tu esposo te desprecia porque ya no estás completa, bueno eso creo yo”

Y por si fuera poco, en caso de que este padecimiento no se detecte a tiempo, algunas mencionan que hasta se puede perder la vida:

“Nos han dicho que si detecta a tiempo es curable y que sino lamentablemente ya no y que muchas mujeres han muerto por el cáncer”

“Pues dicen que se cura pero necesita ir pues ya, ir luego”

Como ya se mencionó antes, además de observarse confusión y diversidad en cuanto a la información que las mujeres tienen de esta enfermedad, algunas otras, aunque pocas, dicen: *“No he escuchado que las mujeres pueden estar en riesgo de tener cáncer de mama”*, como es el caso del testimonio de esta mujer no indígena, de entre 20 y 25 años con estudios de secundaria.

Medidas de prevención del cáncer de mama

Se describen dos procedimientos o exámenes de vital importancia para reducir el riesgo y para la detección temprana del cáncer de mama y adicionalmente se comentan algunas prácticas de prevención relacionados con los estilos de vida.

Autoexploración

La medida de detección temprana que la mayoría de las mujeres mencionan es la autoexploración. En la mayoría de los testimonios se comenta de la importancia de la autoexploración como práctica para detectar tumores o bolitas, sin embargo ninguna menciona la observación de los senos como medida para detectar anomalías como manchas o cambios en la forma de los senos.

En pocos casos las mujeres mencionaron haber escuchado sobre la importancia de hacer ejercicio, cuidar el peso y comer sano, como medidas preventivas, pero no tienen claridad en cuanto a qué tipo de alimentos son los indicados. Y además también

algunas cuantas refieren haber escuchado del amamantamiento como una medida que previene esta enfermedad, pero de igual manera lo que saben es con muchas reservas y sin certezas:

“Ahorita cómo, bueno acabé de dar pecho a mi niño pues ahorita no me preocupa nada porque le decía que cuando uno da pecho es menos riesgo que tenga esa enfermedad del cáncer de mama, le digo pero ya ahorita a mi edad ya no voy a tener bebé le digo y pues ya me voy a empezar a preocupar porque puede que me dé, ahorita no me preocupaba porque casi apenas le quite pecho a mi niño, tiene como un mes o dos meses pero ahorita ya como que me interesa más porque si es muy peligroso también”

Quién y cuándo debe hacerse:

Respecto a la indagatoria sobre el conocimiento que las entrevistadas tiene acerca del perfil de las mujeres que deben de realizarse regularmente la autoexploración, se observa información poco clara y diversa, esto denota en algunos casos desinformación o vacíos de información específica sobre esta práctica. Las mujeres tienen más o menos claro que la edad es determinante, sin embargo no hay consenso en la edad reportada para realizársela, la variabilidad es amplia y va desde los 35 hasta los 50 años de edad. Solamente unas cuantas dijeron que todas las mujeres deben de hacerse la exploración pero sin claridad en la edad recomendada:

“...las mujeres mayores de 45 años... [eso es lo que ha escuchado de la mastografía y de la exploración, ya que piensa y también sus amigas] “... las mujeres jóvenes no corren riesgo de padecer cáncer de mama”.

“Pues todas las mujeres a determinada edad ¿no?, creo que es a partir de los 40 años que las mujeres deben de revisarse y más aun a las que no han tenido hijos o bueno eso me dijo el doctor”

Se evidencia una amplia confusión en cuanto al tipo de mujeres que deben explorarse y con cierta regularidad, de hecho para varias de las entrevistadas las mujeres que tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama son las de mayor edad.

De igual manera, son muy pocos los testimonios en los que se menciona con precisión la periodicidad y regularidad con que se debe de hacer la exploración de los senos. La mayoría de las mujeres no sabe cada cuándo se tiene que hacer la autoexploración.

Falta claridad en relación a la información sobre esta práctica, sólo unas cuantas dijeron que se debe de hacer cada mes o cuando termina el periodo menstrual, sin embargo no saben específicamente cuántos días después de la menstruación se debe de realizar. La frecuencia de esta práctica es variable, algunas dijeron que cada mes, otra dijo cada tres meses y una dijo que lo hace a diario: *“... que cuando nos bañemos nos veamos nuestros pechos”*

Al parecer la mayoría de las mujeres reportaron saber cómo autoexplorarse. Entre algunos de los testimonios encontrados que hacen referencia a cómo debe de hacerse esta práctica preventiva, se menciona:

“... observando (frente) al espejo, [o acostadas] con la punta de los dedos siguiendo la secuencia del reloj, con la puntita de los dedos tocando el seno”

“pues así con las yemas de los dedos y explorar aquí [el pezón]... la enfermera nos ha explicado que la secreción, alguna manchita y así como está aquí [en la lamina]”

“se tiene que tocar uno con los dedos para ver si se tiene un bultito o algo, con el tacto, tocarse y si se siente algo ir a revisarse”.

Respecto a la procedencia de la información que conocen refieren haberla recibido del centro de salud y de las pláticas de Oportunidades.

“Aquí (se refiere al Centro de Salud) nos han enseñado a auto explorarse, eso nos lo han dicho muchas veces, que tenemos que autoexplorarnos cada mes y pues con eso para empezar”... pues revisándonos cada mes ese sería uno e ir al médico o sea hacerte una revisión cada año”

En pocos casos pero importantes de mencionar se encuentran aquellos en donde algunas mujeres relacionan la importancia de revisarse o de autoexplorarse con el hecho de sentirse bien, porque ser una práctica que les da tranquilidad al saber que están bien y sanas. Sin embargo también algunas mujeres, especialmente una de las entrevistadas mostró la falta de interés en su propia salud, y no considera importante esta medida de prevención por lo que no se da el tiempo para practicarla y de alguna manera manifiesta tener otras prioridades: *“que voy a tener tiempo de estarme agarrando”.*

La exploración clínica de los senos no es una práctica rutinaria cada vez que las mujeres van a consulta por alguna otra causa, al parecer depende del prestador de servicio y cuando de les realiza generalmente la hace la enfermera(o) y sólo a unas pocas el médico (a), y ésta puede hacerse acostada o parada. Para algunas al momento de esta revisión por lo general se han sentido cómodas, aunque no por eso a veces dejan de sentir un poco de pena.

Ninguna de las mujeres reporta haber encontrado alguna anomalía o algo extraño o diferente al autoexplorarse. Pero aproximadamente el 80% de las mujeres entrevistadas reportaron tener algún conocido o familiar que ha padecido cáncer de mama.

Mastografía

Se observa un conocimiento general en relación a que la mastografía es un estudio o un examen para detectar o prevenir el CaMa, pero sólo unas cuantas reconocen la importancia de hacerse este estudio:

“yo pienso que está muy bien y asegurarse [de estar bien] porque, qué tal si no sabemos chearnos bien así es algo seguro”

Sin embargo no hay consenso en la edad recomendada para realizarse este examen, aunque algunas aluden que son las mujeres “mayores” a las que se les recomienda:

“esa vez de mi grupo [se refiere a cuando las llevan a Cuernavaca a hacerse este examen] escogieron a todas como las ya de edad”.

Aun cuando la mayoría de las mujeres saben para qué sirve este estudio, no así la periodicidad con que se debe de hacer:

“...pues la primera vez que usted acude al médico a hacerse eso pues si sale bien cada año, pero y si no, pues ya tiene que revisar el doctor y si hay algo malo pues someterse a un tratamiento y ya después de eso pues cada mes va yo creo”.

Al parecer, en lo que hay cierta consistencia es en la información que tienen algunas de las mujeres acerca de que la mastografía se hace con un “aparato”, el cual describen de acuerdo con la sensación que les causa al momento de la prueba: “un

aparato que apachurra o presiona al seno”, y en otras ocasiones lo explican a partir de lo que perciben:

“un aparato que da como rayos al seno”,...“son unas placas que revisan el seno a través de un escaneo y esta guía a los médicos para dar un mejor diagnóstico”.

La forma de acceso que tienen algunas de las mujeres de estas comunidades para hacerse la mastografía es a través del programa de las “rutas de la salud” que llegan a la propia comunidad o a alguna otra comunidad cercana, o bien por las convocatorias que les hace el centro de salud para ser trasladadas en camioneta a Cuernavaca o a algún otro lugar cercanos a su comunidad en donde se halla instalado algún mastógrafo.

Esto requiere que se organicen en grupos de 10 o más mujeres y de esa manera acceder para hacerse esta prueba. La mayoría reporta no tener claro quién es la persona que les realiza este examen, sólo unas cuantas comentan que es la enfermera, y así describen su experiencia:

“Nos iban hablando una por una y nos quitaban todo, todo y nos daban unas así como camisita y nos pasaban, y la enfermera dice –acomódese bien- veía ella que nuestro pecho, veía la enfermera que no quedaba bien pues nos lo jalaba y tenía esa cosa como que apachurra” [el mastógrafo].

Se detecta una apremiante y gran necesidad de que las mujeres reciban información completa y clara respecto lo que se siente y en qué consiste este estudio, y adicionalmente fomentar la amabilidad de parte de los prestadores de servicio, esto además de ser un derecho fundamental humano, puede provocar que las mujeres se sientan más seguras, cómodas y sin temor. Todo esto además promovería una mayor afluencia para la realización de esta prueba de prevención y detección temprana, y evitar malos entendidos y la incertidumbre que algunas mujeres tienen por la falta de conocimiento:

“si porque aja, no de doler ese día yo salí y estaba otra señora también ya más grande y le digo, le va a doler y que me alcanza a oír la doctora y dice –nada de que duele, nada no diga nada- y ya”.

“pues veníamos platicando y dice que si dolió tantito, dice que unas se espantaba, “a lo mejor le va a hacer daño”, venían platicando la señora”

Es evidente la gran necesidad de información certera y una actitud más humana del prestador de servicio, para dejar de lado tratos como este: *“no, no nomas pásele y quítese la ropa”*.

Son pocas las ocasiones en que la experiencia relacionada con las prácticas y procedimientos para la prevención y la detección del CaMa son compartidas con el esposo o compañero, por lo general no es una práctica común, y ellos rara vez están al tanto, es más bien algo que se guardan las mujeres y si acaso lo comparten es con alguna hermana o familiar y a veces con algunas de las compañeras del grupo [se refieren al grupo cuando las llevan en la camioneta]. Algunas mujeres dicen que el esposo está enterado y de acuerdo en que ellas se revisen y se realicen este examen, y en cambio para algunas otras esta anuencia no la consideran necesaria, como es el caso de esta mujer de 36 a 45 años, con estudios de primaria y que manifestó:

“yo no sé, yo como a veces digo yo mando mi cuerpo no me lo mandan, mi esposo no me manda mi cuerpo y yo no mando en su cuerpo, si él no se quiere hacer nada es muy su problema, pero si yo me quiero cuidar, yo recurro al centro de salud”

Por otro lado la entrega de los resultados de esta prueba es irregular, ya que sólo una mujer comentó que le habían entregado la imagen: *“si ...unas laminitas negritas y en un sobre amarillo, ahí las tengo en la casa”*, y por lo que se puede percibir no le dieron ninguna explicación, por su parte algunas otras comentaron haber recibido este resultado de manera verbal y escueta, sin mayor explicación.

b) Entrevistas a Proveedores de Salud (anexo 6)

Capacitación del personal de salud (anexo 7)

En general, los proveedores refieren que hay una capacitación continua por parte de la jurisdicción. Cada mes acuden dos elementos (un médico y una enfermera o promotor) y se van alternando mensualmente para que todo el personal de planta pueda ser capacitado. Señalan que la información es transmitida oralmente, pero que también les entregan por escrito el material. Esta situación no siempre aplica al personal pasante, ya sean prestadores de servicio social o practicantes. Para ellos la

capacitación queda a cargo del mismo personal del centro de salud, es decir, por aquellos que ya recibieron capacitación o por aquellos compañeros que adquirieron experiencia en la práctica. Estos generalmente comparten oralmente sus conocimientos.

Mencionan que el personal que está a cargo del programa Oportunidades, principalmente los promotores, son los que tienen una capacitación más completa y continua, ya que ellos se encargan de hacer promoción a la salud e impartir los temas en los cuales les capacita.

A las enfermeras solamente se les capacita en cuanto a los temas que se relacionan con la actividad que desarrollan, de acuerdo a un área que se les asigna. Así lo expresa una de ellas:

“Yo solamente estoy en clínica y hay unas personas especializadas para hacer citologías vaginales y todo ese tipo de análisis. Aquí va por sesiones. Por ejemplo, yo soy enfermera de clínica, hay unas enfermeras en vacunas y otras en citologías, todas tienen su función”.

Tanto médicos, como enfermeras y promotores mencionan que se documentan de manera personal, ya sea con libros o por internet. De igual forma en que el personal pasante refiere que adquiere experiencia de sus prácticas profesionales.

Capacitación específica para trabajar en comunidades indígenas

En general, los proveedores no refieren haber recibido alguna capacitación sobre cómo trabajar en comunidad indígena o con personas que hablen otra lengua.

En general en todas las comunidades los proveedores mencionan que ya no es común encontrar pacientes que no entiendan el castellano, no obstante, manifiestan que las usuarias tienen usos y costumbres y una ideología característica de su etnia. Sus comportamientos son propios de de la comunidad en que habitan y esto dificulta la relación médico-paciente. También el acercamiento de los pacientes al centro de salud o los cuidados hacia su propia salud.

Dichas limitaciones culturales, resaltan al momento en que el proveedor intenta transmitir información sobre los cuidados hacia la salud del paciente (recomendaciones, signos y síntomas, etc.). Algunos de ellos señalan que hace falta

mayor capacitación en este sentido. Sobre todo para ayudarlos a generar estrategias y poder comunicarse mejor con los pacientes.

También mencionan que los proveedores no siempre están con el interés necesario para inmiscuirse directamente en la comunidad y entender el contexto de trabajo. Como lo refiere un proveedor:

“yo lo he visto en esta población, y siento que mucha gente, la mayoría vienen de ciudad, los doctores, las enfermeras, son poco los que son de aquí...siento que ... para que tu realmente trabajes en una población así debes de tener gusto y ponerte bien la camiseta y decir voy a ir con gente que no está en el mismo nivel cultural que yo y no les hablo con palabras técnicas y metodológicas, les voy a hablar lo más sencillo que se pueda, para que se lleven la información”.

Solamente en una comunidad, cuentan con un proveedor que habla lengua indígena, el cual refiere que tiene un mayor acercamiento con la comunidad, favoreciendo que las personas tengan claridad al momento de recibir indicaciones, ya que además de auxiliar en la traducción, para aquellas personas que no hablan muy bien el español, también imparte talleres en castellano y en náhuatl.

Comunicación con Proveedores - personas que hablan lengua indígena

A excepción de una comunidad en que la mayoría habla náhuatl y castellano, en las otras comunidades, la lengua indígena se ha ido perdiendo. Los proveedores refieren que son muy pocas y cada vez menos las personas que lo hablan bien y siempre. Hay algunos que lo entienden, pero no lo hablan. De acuerdo a lo que señalan, actualmente solo personas de edad avanzada (mayores de 50 años) hablan náhuatl, aunque varias de ellas también hablan y/o entienden el castellano. Refieren que actualmente es difícil encontrar pacientes que solamente hablen lengua indígena, y que en esos casos, siempre van acompañados de algún familiar que habla español, mismo que les sirve de traductor.

Debido a que la mayoría del material (folletos, carteles, videos, etc.) que el centro de salud recibe por parte de la jurisdicción es en castellano, es difícil que esta información pueda ser de utilidad para aquellas personas que no lo comprenden. En estos casos los proveedores se valen de las imágenes para la transmisión de la información acerca de los cuidados de la salud de los pacientes.

También refieren que al momento de dar alguna explicación, buscan palabras más sencillas para explicar y ejemplos cotidianos, procurando no utilizar tecnicismos o definiciones que los pacientes no puedan entender.

Como se decía, generalmente se ve que aquellos pacientes que no hablan castellano, siempre van acompañados de un familiar, quien les ayuda a traducir las recomendaciones y explicaciones que da el médico en consulta o la enfermera al momento de algún procedimiento. Con relación a esto, los proveedores señalan que ellos se quedan con la duda, si el familiar tradujo exactamente lo que dijo y si a los pacientes comprenden y sienten que es clara la información.

Claridad en la información que reciben

En general, el personal de salud comenta que es difícil saber si la información que recibieron los pacientes es comprendida en su totalidad, ya que es poco común que las personas de la comunidad expresen sus dudas o hagan comentarios. Sin embargo una de las estrategias que refieren en las pláticas, es que al final de dar una indicación grupal, hacen preguntas a todos para cerciorarse que hayan entendido. O en los talleres procuran que la mayoría participe en las actividades, al mismo tiempo en que las mismas mujeres explican ciertos temas relacionadas con la prevención.

Señalan que en comparación con otros lugares (zona urbana), es más difícil explicarles a las personas de estas comunidades. Explican que además de tener que buscar formas más sencillas de expresar palabras e ideas, ellos han visto que las usuarias fácilmente olvidan lo que se le dice y los proveedores expresan que no comprenden porque se da este fenómeno. Ellos ponen el ejemplo de que aún momentos después de dar una indicación y/o haber pegado un poster con la información, en ocasiones las personas que asisten a consulta o la plática preguntan sobre lo mismo que se les acaba de decir. De acuerdo a como lo refieren:

“No es fácil explicarles porque ellas no son personas que tengan educación, nada más estudiaron hasta la primaria. Entonces hay que buscar palabras más específicas para ellas... yo siento como que hay que repetírselo más veces porque como que no entienden”.

En las entrevistas se puede identificar que algunas mujeres si bien no hablan Náhuatl, tampoco comprenden cabalmente el castellano.

1) Planificación familiar

Los proveedores comentan que son las mujeres quienes principalmente solicitan los métodos en los centros de salud, más aún si pertenecen al programa Oportunidades.

Los proveedores señalan que generalmente las mujeres acuden solas, comentan: *“casi todas vienen solas o a escondidas”*. No obstante señalan que cuando asisten solas, es el marido el que toma la decisión respecto a que método usar o incluso no usar ninguno.

En pocas ocasiones ambos en la pareja acuden por un método.

La mayoría de las veces la solicitud se hace a través de una consulta médica. En ésta la paciente pasa con el/la doctor/a y la se le explica y enseñan los métodos de planificación familiar que hay (o los que tiene el Centro de Salud en ese momento).

Para la elección del método se comenta:

“la elección del método tenemos que ver en sí las condiciones del paciente, ver sus antecedentes heredofamiliares, primero si tuvieron un familiar que tuvieron cáncer cervicouterino, cáncer de mama, si hay alguna patología cardiaca, trastornos de coagulación para poder elegir métodos hormonales pues podrían ser un poquito peligrosos, en especial las inyecciones porque podrían ocasionar una trombosis. También si tienen un poco de sobrepeso se tiene que checar porque pueden subir con los métodos. En el caso de mujeres que por primera vez utilizaran un método se tiene que pasar a valoración y ya después se le aplica”.

Los proveedores señalan que les comentan todos los pros y contra de cada uno de ellos. Hay quien señala que a través de la consulta se busca concientizar a las mujeres para que no tengan más hijos pues hay muchas familias que continúan en esta práctica.

En casi todas las comunidades los proveedores comentan que el método que más están solicitando las mujeres son las inyecciones bimensuales, y por lo mismo, a veces se agotan. Mencionan que son las mujeres entre 28 y 40 años (que generalmente se casaron muy chicas, tienen un hijo de 10 de 12, ya no quieren tener más hijos y no quieren operarse), las que buscan la planificación familiar. Continúa explicando:

“Después de las inyecciones, siguen las pastillas, pero como no tienen mucha constancia en tomarlas no es un método muy seguro, tenemos implantes subdérmicos que es lo mejor que tenemos porque te protegen tres años”.

También se menciona que en ciertos casos se hacen campañas de promoción de algún método en particular. Los que más solicitan las mujeres son pastillas, preservativos, parches. No obstante, los proveedores se comentan que no siempre se cuenta con el abasto necesario de métodos de planificación familiar (Tetelcingo, Hueyapan):

“Cuando no hay métodos las mujeres se enojan mucho y piensan que las enfermeras son quienes no se los quieren dar, pero no es así, a veces no llega todo lo que pedimos”.

Entre otras razones se comenta que cuando se hace mucha promoción de un método, a veces ocurre que el centro se queda sin el método para distribuirlo. Cuando esto sucede, se les da el nombre, por ejemplo de las pastillas o inyecciones para que las pacientes puedan comprarlo en la farmacia; pero, esto generalmente ocasiona problemas entre las usuarias. En aquellos casos en que deciden buscar el método en farmacias, por ejemplo cuando es inyecciones, se les dice que pueden regresar al Centro de Salud y ahí se les inyecta. También, otra cosa que se refiere como un hecho común, es que al no haber el método solicitado, se ofrece otro.

En Hueyapan comentan los proveedores la siguiente situación por la que a veces atraviesan:

“aquí caemos en una contradicción por que nosotras les enseñamos todos los métodos como los condones, pastillas, implantes y cuando llegan las pacientes para pedirnos algún método en especial nosotras les decimos que no tenemos esos solo el DIU y las inyecciones y es cuando las mujeres se disgustan”.

Uno de los proveedores señala que el 75% de la población tiene un método, pero muchas veces el esposo lo desconoce o la suegra no quiere que se siga la planificación (se comenta que muchas mujeres viven en casa de sus suegras y no les gusta que usen nada para cuidarse. Las suegras les dan té o hierbas):

“...entonces cuando la chica escoge su método se le pregunta si su esposo sabe, si el esposo no sabe entonces se le pone en el expediente que su esposo o familia no saben del método de planificación”.

La estrategia más común que se refiere para la sensibilización de la población al uso de métodos es las pláticas de Oportunidades. Se explica que los temas de las pláticas van rotando, son 40 temas. Se da una por mes y a la población se le divide por grupos, dependiendo de éste, se ofrece un tema. Un proveedor comenta:

“los jóvenes son quien mejor aceptan que se les hable de este tema [PF], pero los adultos comentan yo ya pase por eso, si lo escuchan, pero no le hacen mucho caso”.

Los proveedores señalan que las pláticas de Oportunidades las dan los pasantes de Servicio Social, quienes generalmente tienen el nivel de bachillerato.

Los proveedores aclaran que *“en las pláticas o talleres, las promotoras les explican el uso y funcionamiento [a las personas que asisten], pero la elección [del método] se da en consulta con su médico”*. También comentan que es el médico quien generalmente hace el seguimiento del método que se seleccionó. Señala *“si, en la cartilla de la mujer se anota que tipo de anticonceptivo están usando y ahí se dice en tal fecha tiene que venir... y el doctor en consulta les pregunta cómo van con el método y revisa”*. En todos los centros de salud, se menciona que una vez que se entrega o se aplica un método, queda notificado y asentado en el expediente. Posteriormente se hace seguimiento en el consultorio o bien en las casas: *“si se hacen las visitas domiciliarias pero para saber porque no ha ido por su método de planificación”*.

Uno de los problemas que se mencionan en Hueyapan y Cuentepec es que en sus comunidades hay muchas adolescentes embarazadas y refieren que la causa es *“porque no se acercaron antes a pedir un método, viven en unión libre muy jóvenes no miden lo que es estar embarazadas”*. Señalan que es muy difícil que este grupo poblacional acuda a solicitar un método antes de tener un hijo. Explican que:

“las chiquitas de 16 años que ya tuvieron su bebé a los 45 días del puerperio se lo colocan (implantes subdérmicos)... ellas son candidatas y son a las que se lo estamos colocando”.

En prácticamente todos los centros de Salud se mencionó que se ha iniciado un trabajo con las escuelas. *“Se dan pláticas como estrategias para difundir la información sobre planificación familiar entre población adolescente”*. En Cuentepec, también se habla de estas pláticas y se dice que principalmente se está tratando de abordar a las secundarias. Otra estrategia que se menciona en Tetelcingo para alcanzar a la población de interés es a través de los adolescentes en los GAPS (Grupo de adolescentes promotores de la salud), donde se realizan talleres, elaboración de carteles y actividades recreativas para promover estos temas (sobre todo planificación familiar y prevención de ITS).

Comentan los proveedores que la jurisdicción les manda folletos de diferentes temas aproximadamente dos veces por año y ellos los ponen en la sala de espera para que las mujeres los tomen.

Entre los principales problemas que los proveedores mencionan en torno a este tema de la planificación familiar son: Por un lado, encontrar la forma de que las mujeres con pocos hijos, quieran iniciar su planificación oportunamente. Algunos comentan que hay mujeres que no quieren controlar por ellas mismas su decisión y cuerpo y que prefieren dejarlo en manos de sus maridos. Los proveedores mencionan que los esposos pueden ser una barrera para que las mujeres acudan a consulta:

“Hay muchos maridos que no saben que su esposa tiene algún método de planificación o sea la señora viene a escondidas o que tienen implante y el marido no sabe”.

Se preguntó si ellos identifican alguna estrategia para favorecer que los hombres acudan a los servicios de salud y un proveedor responde:

“no, es que realmente los hombres no vienen a menos que estén muy enfermos de la garganta o diarrea, por algún accidente por machete o agresión, que les pique un alacrán o los diabéticos”.

Entre las principales sugerencias que los proveedores comentan para este programa de planificación familiar estaría el buscar la manera en que exista mayor abastecimiento de métodos; que se sensibilice a los proveedores un poco más sobre la forma en la que se les debe hablar a las usuarias, y que se distribuyan las cargas de trabajo porque en ocasiones son los pasantes quienes realizan la mayor parte de las tareas y no se dan a basto.

2) Infecciones de transmisión sexual

En la comunidad de Tetelcingo, los proveedores hacen referencia a un programa llamado *GAPS*, grupo de jóvenes promotores de salud, que se implementa como parte del programa Oportunidades desde hace 4 meses. Entre las actividades que contempla se ubican talleres en los que se informa a los adolescentes sobre prevención de ITS.

En las otras comunidades (Hueyapan, Xoxocotla, Santa Catarina y Cuentepec) dijeron impartir también talleres aunque no son parte de algún programa específico,

tienen una orientación básicamente preventiva y se extienden también a otros espacios como se expresa en el siguiente testimonio

“...se intenta empezar a trabajar desde las escuelas para prevenir (...) nada más se les enseñan los talleres y en las escuelas, que es un medio en donde se les puede llegar a hablar de infecciones (...) y más que nada se aborda lo de VIH/SIDA”.

Lo común es que la orientación que imparten sobre prevención la adapten a la edad de las personas, generalmente jóvenes, siendo los mayores quienes reciben una explicación más amplia por ejemplo, sobre el uso de condón como forma de prevención. El testimonio de un proveedor hizo referencia a que los más jóvenes también deberían recibir esta información ya que es una forma de evitar los embarazos adolescentes

“...y así es como nosotros intentamos prevenirlo, siempre explicando, bueno depende de la edad, si tienen una edad baja yo sí explico cómo se pone ¿no?, que algunos hacen -ah sí, jijijijiji- es que tenemos muchas embarazadas muy pequeñas, a mi me vale, yo prefiero que se vea ridículo pero que sepan ponerlo, que sepan usarlo y no que se queden con las ganas [de saber] y al rato traigan a su chamaco”.

Los proveedores mencionaron que los adolescentes en un rango de entre 10 hasta 21 años, son su principal grupo blanco para la promoción de temas como prevención de embarazos y ITS, algunos son parte de los grupos del programa Oportunidades, y también los adultos en edad reproductiva. No obstante, refirieron obstáculos culturales para incluir a los menores de entre 10 y 11 años, porque en general van acompañados de sus madres y ellas no desean que sus hijos reciban esta información, razón por la que los grupos de adolescentes promotores les parece la estrategia alternativa

“Muchas veces no se puede dirigir a las niñas de 10 años, 11 años, como propone el programa de Oportunidades de línea de vida, porque es lo que propone, desde los 10 hasta más adelante, siempre estás informado, no puedes a veces dirigirte [a ellos] porque vienen con las mamás y las mamá con la misma idea cerrada de -no, no le digas a mi hija-”.

“ -¿cómo le va a hablar de estos temas [sobre ITS] a mi hija si apenas tiene 15 años?- pero pues tenemos embarazadas de 14 [años] y sí es un poquito difícil el tipo de comunicación y a veces ya no sabemos si

decirlo o no decirlo y por eso en esos grupos [GAPS] es cuando se dan ese tipo de pláticas”.

La escuela es un espacio alternativo al centro de salud, a donde acuden a impartir talleres de orientación, sin embargo hay obstáculos administrativos y culturales para llevar a cabo esta actividad como se menciona en el siguiente testimonio:

“va dirigido a jóvenes, en este caso se le pide permiso al director del bachillerato para dar pláticas en las escuelas, en la secundaria también se pidió permiso pero el director no nos autorizó porque los padres no quieren que se les den este tipo de pláticas y se da a toda la escuela”.

Los promotores observan una participación desigual en los talleres que imparten, mencionan que los hombres casi no acuden, muchos de ellos son migrantes activos de manera que como estrategia planifican esta actividad en los meses en los que ellos regresan a las comunidades pero aún así, no hay una participación muy entusiasta de su parte, adjudicada a la falta de motivación por aprender.

Entre las estrategias referidas para alcanzar a la población de interés mencionaron los GAPS, conformados por jóvenes promotores que imparten diversos temas, entre ellos: métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, prevención, entre otros. Van dirigidos a adolescentes de entre 10 y 21 años. La estrategia para asegurar su asistencia es condicionarles el apoyo económico que reciben del programa Oportunidades. También mencionaron impartir talleres en las escuelas secundarias y primarias, en 5º y 6º grados, así como en el bachillerato, esta extensión se hace en ocasiones a petición de las propias escuelas.

“se realizan talleres desde primaria, secundaria, bachillerato, a veces la escuela te manda a llamar, te dicen: -oye voy a tener una semana cultural ¿puedes traerme condones y venir a dar un taller?-, o nosotros vamos y solicitamos, por ejemplo apenas fue la semana del adolescente, fue al CETIS y se hizo una ponencia sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, se dan condones, se les explica cómo se ponen, como todo, igual en el centro de salud, llegan muchos niños o adolescente que te dicen -es que me dejaron de tarea hacer esto- y les das una breve información, ahí tenemos prototipos de pene y se les explica cómo se pone, el condón femenino y el otro [el masculino]”.

La promoción de estos temas se apoya también en folletos *“trípticos que nos da la Secretaría [de Salud]”* y se da orientación también a través de la consulta, en Hueyapan, los promotores señalaron que la estrategia de los folletos no resulta muy útil por el alto grado de analfabetismo del lugar, remarcando con ello el importante papel de los determinantes sociales.

“aquí la gente no sabe leer, por eso funciona más que le platique, más del 50% de la población mayor no sabe leer”.

En cuanto a la frecuencia con la que se presentan casos de ITS, los promotores de salud no suelen tener esta información, aunque de acuerdo a su apreciación, éstas son comunes en las localidades. De acuerdo a su experiencia, cuando se identifican en la consulta, se remiten inmediatamente a tratamiento.

Entre las causas atribuidas a su presencia está la falta de higiene y la promiscuidad del varón

“es muy difícil que la señora te diga –ah sí, mi esposo me engaña- pero si es él, vemos la manera de cómo ellos manejan su sexualidad, pudieran tener más de una pareja los varones, las señoras no, muy raro, pero los varones sí”

A quiénes se les recomienda hacer una prueba de VIH (si el CS cuenta con la prueba)

Mencionan las pruebas rápidas para detección de VIH y VDRL (para detectar sífilis), los estudios de laboratorio y el PAP para el VPH, como recursos que tienen para identificar la presencia de ITS. En Tetelcingo están disponibles las pruebas para la detección de VIH y también para sífilis, las de VIH se las realizan a todas las mujeres que están embarazadas, sin excepción alguna, aunque la pueden aplicar a quien la solicite. Lo mismo ocurre en Hueyapan donde dan los resultados de manera inmediata a las mujeres y en Santa Catarina y Cuentepec. En este último lugar mencionaron la posibilidad de aplicar esta prueba a los adolescentes por considerarlo un grupo de alto riesgo.

“estamos pensando hacer pruebas a adolescentes, tenemos muchas adolescentes casadas o en unión libre que no han tenido bebés, ese pudiera ser un grupo blanco”.

En cambio en Xoxocotla no realizan pruebas para la detección de ITS, no fue posible identificar la causa.

Los resultados se devuelven a las mujeres a través de la consulta pero no fue posible indagar como se da la información.

Sobre la referencia de casos detectados no hubo mucha información; los prestadores de Hueyapan mencionaron que recurrían a ello sólo en caso de que no tuvieran recursos materiales para tratar a una persona en la propia clínica, los médicos son comúnmente quienes hacen esta tarea. Mencionaron también que no cuentan con apoyo para el traslado de estos casos; los pacientes pueden obtenerlo del DIF para cuando son referidos a Cuernavaca o la ciudad de México, aportando ellos mismos una pequeña cantidad.

En Cuentepec los prestadores identificaron que en ocasiones los pacientes prefieren acudir a algún laboratorio particular a realizarse las pruebas, ya que les sale más barato que ir hasta Cuernavaca. Entre las causas reconocidas es que les hacen dar muchas vueltas en los hospitales de referencia:

“a veces la respuesta que tienen también por parte de los hospitales, que no hay o -no te toca aquí, te toca en Tetecala, vete a Temixco, que ahora tienes que ir a Cuernavaca-, eso es de alguna manera lo que hace que los pacientes vayan a hacerse los estudios a otro lado y ya que los traigan [con su médico de la clínica]”.

Relación con las caravanas de la salud para la prevención o atención de ITS

Los proveedores no reconocen una vinculación con otras acciones, como por ejemplo las caravanas de la salud, identifican que falta coordinación al respecto.

Se refirieron visitas domiciliarias para seguimiento de referencias y de otros programas (Planificación Familiar) y no específicamente para prevención de ITS

“sí existen estas visitas pero sólo se hacen para saber el seguimiento del método de planificación familiar o cuando se canalizaron a otros hospitales y para llevar un seguimiento”.

También para invitar a las personas a acudir por sus resultados, pero no para acciones de promoción.

“De visitas domiciliarias como tal, no, o sea, sí hacemos visitas a los casos positivos o bien hacemos, ya llegaron los resultados de las mastografías, son 10 personas, vamos a buscarlas que vengan a consulta para que conozcan su resultado, esa es la parte que se hace de visitas domiciliarias, pero ya cuando tenemos el resultado”.

Cómo responden las mujeres de la comunidad al programa de prevención de ITS

Sobre la respuesta de las mujeres al programa de prevención de ITS, los prestadores mencionaron que la población en ocasiones exige una atención rápida y el tiempo de espera los desmotiva a realizarse otros estudios o pasar a otros servicios, cuando lo requieren. Reconocen que esta actitud es variable entre las personas.

En relación al uso del condón, reconocen la influencia de los usos y costumbres, así como de los roles de género:

“hay algunas que sí, igual vienen por condones y demás, pero la mayoría no, igual por usos y costumbres de los varones (...) muchas no te dicen [no acceden a ser revisadas para detectar este tipo de enfermedades], muchas no aceptan el tacto, la mayoría sí pero muchas no”.

Identifican también la influencia de la educación en el reconocimiento de síntomas y en la búsqueda de atención:

“bueno que tengan presente –ah, tengo una infección- o algo, no realmente no, solamente las personas mayores de 30, las adolescentes, sí, ellas de alguna manera, las mamás menores de 28, las embarazadas [reconocen] –que tengo flujo-, de alguna manera tienen otro tipo de pensamiento que las personas más grandes (...), igual y ahí las personas ya un poco más jóvenes, la mayoría tuvieron algún tipo de instrucción, ya sea primaria y secundaria, y las gentes mas grandes no, muchas saben leer y saben escribir pero de alguna manera se quedaron en la primaria, se casaron muy jóvenes, no hubo quien les orientara”.

Sobre las dificultades que el personal enfrenta para las actividades de promoción que realiza, reconocieron la falta de interés de la gente debida a la percepción de bajo riesgo.

“las que dicen –me vale, yo estoy muy bien, yo nunca me he enfermado y no tengo por qué venir-. ¿Cómo le explico que no debería ser esa su actitud?”

La vinculación de los talleres a programas de apoyo social, como Oportunidades, en virtud de que éste no está asignado a toda la población que lo necesita, excluyéndola además del programa, de la posibilidad de recibir esta información.

La vergüenza por parte de las mujeres es otro obstáculo que reconocen, pues esto no permite que los médicos les hagan las revisiones diagnósticas; la preferencia por las

parteras es otro obstáculo identificado por algunos prestadores, si bien no explicitan la razón, puede pensarse que es porque no las consideran capacitadas para la detección de ITS.

La percepción de tratarse de un tema del ámbito privado es otro de los obstáculos reconocidos

“pues probablemente sería el de enfermedades de transmisión sexual, aquí la gente no te dice mucho (...), porque si tú se lo preguntas puede negarte todo”.

Podemos identificar que los principales obstáculos se identifican en la población y no en el personal, mencionan que es *“... la mentalidad de la población en general”*, aunque un testimonio hubo en el sentido de señalar la falta de recursos humanos, con la consecuente carga excesiva de trabajo, como obstáculo para la tarea de promoción.

Equidad de género

Para los prestadores incorporar la perspectiva de género en sus estrategias de promoción ha sido una tarea muy difícil, lo atribuyen a una percepción de la población que se contrapone con esta visión

“... es algo muy difícil de explicarles y decirles, que ellas tienen que decidir por su cuerpo, que tienen que ver el modo de vida (...), cosas que no sé si no comprenden o no quieren ver”.

En el mismo sentido mencionan que los hombres suelen tener una actitud machista y que no se involucran demasiado en cuestiones relativas al cuidado de la salud, lo común es que sean las mujeres quienes hagan las consultas, es muy raro que un hombre acuda solo a consulta, cuando llegan al servicio de salud lo hacen acompañados de sus esposas.

Algunos prestadores reconocieron el problema de violencia doméstica en sus comunidades, pero refirieron que difícilmente las mujeres lo exponen, la forma como ellos lo detectan es a través de algunos síntomas a través de la exploración física. Sin embargo ante esta problemática, los prestadores se perciben sin recursos para hacerle frente:

“... desgraciadamente tenemos mujeres maltratadas, no te van a decir que son maltratadas pero tú te vas a dar cuenta cuando las

exploras, cuando las revisas, hay algunas que te dicen, reportamos algunos casos de violencia, cuatro creo que en dos meses, realmente porque las mujeres acuden, ese es nuestro principal problema, la agresión, pero las señoras no dicen y nosotros no podemos hacer nada”.

3) Cáncer Cérvico uterino

Los proveedores señalan que uno de los medios que se utiliza para concientizar e informar a las mujeres sobre el CaCu es generalmente por medio de pláticas:

“En cuanto a prevención, lo que hacemos más son pláticas de cómo pueden prevenir algún tipo de enfermedad... por medio de las pláticas de Oportunidades”.

Los proveedores indican que el papanicolaou (PAP) se le debe recomendar a toda mujer que haya iniciado vida sexual, sin embargo se reconoce que existe dificultad para que esto sea así, por lo que muchas veces se recomienda principalmente a aquellas que ya han tenido hijos:

“Idealmente el papanicolaou se puede hacer cuando inician su vida sexual pero obviamente una adolescente, una mujer que no ha tenido es muy difícil que acuda esa población no acude, acuden las mujeres que ya han sido mamás, las señoras mayores 40, 50 años”

En este sentido, por los testimonios de los proveedores se nota que aquellas mujeres beneficiarias del programa Oportunidades, son aquellas que con más frecuencia acuden en parte debido a que tienen mayor contacto con los centros de salud y debido también por las co-responsabilidades que las mujeres deben cumplir como parte de este programa: *“el papanicolaou si se lo realizan bastante porque les sirve para una firma de Oportunidades.”*

En todos estos centros de salud, los proveedores señalaron que ahí se realiza el examen del PAP, sin embargo sus formas de organización para esto son distintas en cada centro de salud. Por ejemplo en un centro de salud se refiere que se programan cierto número de PAP diarios, mientras que en otro se programan un día a la semana, y en otro se prioriza el horario, indicando que después de las 10 de la mañana es cuando se programa cita para el PAP, para que las mujeres acudan cuando hay menos

gente. En cuanto a la periodicidad de este examen, existe en general un acuerdo en que este debe realizarse una vez al año, particularmente porque esto es lo que el programa Oportunidades solicita a sus beneficiarias.

El personal encargado de realizar el PAP es generalmente la enfermera, aunque apoyada en ocasiones por los médicos: *“Nosotras las enfermeras y a veces los doctores nos apoyan a hacerlas”*. También en un centro de salud se menciona que el PAP se realizan en Cuernavaca o en las caravanas de la salud, para lo cual el/la promotor/a organiza grupos de mujeres que cuentan con apoyo para transporte. Los proveedores indican que en promedio, el tiempo que transcurre entre la realización del PAP y la entrega de resultados es de alrededor de un mes-mes y medio, para lo cual se les pide a las mujeres que acudan a los centros de salud para sacar una “ficha” para la entrega de resultados:

“...en caso de que ellas no tengan cita con nosotros se les dice señora venga en tanto tiempo y saque una ficha, por lo mismo de que a veces la libreta ya esta agendada por mucho tiempo este se le dice saque una ficha... y ya a quien le toque le explica a la paciente como está”

Es generalmente la enfermera la encargada de realizar la entrega de resultados, a menos que se detecte alguna situación anormal en los resultados, para lo cual se recurre a los médicos para que en consulta se entreguen los resultados a la paciente o bien, se acude al/la promotor/a o personal de salud auxiliar para que busque a la mujer y le solicite que acuda a consulta:

“Después de un mes a mes y medio se les dice que acudan a ver si ya están sus resultados y de preferencia acuda temprano... Nosotras las enfermeras si ya revisamos sus resultados y salieron bien pues solo 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 pero en el papelito se pone la anomalía y se le da una ficha y pasan con el médico y él es quien ya habla con ellas”

Cuando alguna anomalía resulta en el examen, las mujeres son referidas a un hospital de segundo nivel para atención más especializada, sin embargo existe una falta de apoyo para que las mujeres acudan a estas citas: *“no, eso si no, simplemente las mandan con la hoja ..”*.

Por otro lado, no se observa, de acuerdo a los comentarios de los proveedores, un vínculo estrecho con las llamadas rutas o caravanas de la salud, y se menciona una falta de coordinación entre las actividades de ambos:

“En este periodo que estamos aquí, que estamos en agosto han venido una vez hicieron detección de antígeno prostático, colesterol, glucosa, dotación de ácido fólico... pues ellos les hacen papanicolaou, pero no siempre tienen la unidad disponible para eso, las mastografías que se hicieron si fueron parte de rutas de la salud pero vinieron por la gente y se la llevaron o sea cubrir de alguna manera del materia que ellos carecen, pero si se trasladaron a las personas, no se realizó aquí”

Por otro lado, los proveedores también narran las dificultades que a veces existen para que las mujeres tomen conciencia sobre el cáncer cérvico uterino, pero sobre todo para que rompan ciertas barreras relacionadas a la exploración clínica por parte del médico/médica. Por ejemplo, un proveedor habla sobre la falta de interés de las mujeres:

“Las que dicen – me vale, yo estoy muy bien, yo nunca me he enfermado y no tengo porque venir. Como le explico que no debería ser esa su actitud, sino de decir – mejor me voy a hacer un PAP, a lo mejor tengo algo y no sé”

“... es algo muy difícil de explicarles y decirles que ellas tienen que decidir por su cuerpo, que tienen que ver el modo de vida... cosas que no sé si no comprenden o no quieren ver”

Mientras que el testimonio de otro proveedor habla de las barreras culturales para la realización de exámenes clínicos:

“En cuanto al programa no hay tanto pero si nos hemos dado cuenta que cuando las mujeres nos preguntan quienes las van a revisar y les decimos que el doctor nos dicen que mejor no, es una cuestión más de pena de que un doctor las revise, tienen más confianza a estar con una mujer que con un hombre... y en muchas ocasiones las mujeres de aquí siguen yendo con las parteras a tener a sus hijos, si vienen con nosotras a revisión pero prefieren aliviarse con ellas”.

En relación a las barreras culturales, se comenta también el rol de los esposos en las acciones que las mujeres realizan o no para su cuidado y prevención de cáncer cérvico-uterino, que muchas veces pueden obstaculizar o bien, favorecer el que las mujeres tengan cuidados. Por ejemplo, como se señala en el siguiente testimonio, algunos esposos no están de acuerdo con que las mujeres acudan a realizarse el PAP:

“Algunos hombres si saben que sus esposas se hacen sus papanicolaou pero otros no porque les dicen a sus esposas que si ya van a que las vea otro, entonces las mujeres mejor optan por no decirles a sus esposos... algunos

esposos viene con sus esposas para ver que realmente la enfermera o la doctora hagan su papanicolaou”

Sin embargo, la realidad es que a pesar de esto, la mayoría de las veces la mujer acude sola o acompañada de otras personas a la consulta, y el involucramiento de sus parejas en la atención a su salud se da en contadas ocasiones:

“No, no de todas nuestras por ejemplo lo que más vemos embarazadas vienen con su mamá, con cuñada, con su hermana o solitas, siempre las acompaña una mujer o vienen solas, contados los casos de varones que acompañan a sus esposas y cuando las llegan a acompañar es cuando ya nació el bebé”

Sin embargo, y paradójicamente, cuando se trata de la atención a un problema de salud de ellos, en ese caso los hombres si son acompañados por sus esposas: *“Vienen con sus esposas, no vienen solos de hecho los tienen que traer las señoras”*.

En cuanto a capacitación en general, si bien algunos médicos/médicas señalan si recibir capacitación, esto es menos claro entre personal de otro nivel como enfermeras y/o promotores. Por ejemplo, un proveedor señala que un/una compañero/a *“De buena onda, me enseñó todo lo que sabía, porque finalmente vamos a trabajar lo mismo, pero no es que a él le hayan asignado esa tarea”*, mientras que, en su caso, un médico/médica explica que ellos si reciben capacitación:

“De capacitación nosotros somos dos por decirlo así, se nos dio una capacitación antes de empezar aquí a la unidad y ahorita nos vamos a capacitar en más cosas o sea por ejemplo la colocación de implante subdérmico me enseñaron a mí y yo les enseñe a los pasantes, así nos fuimos como transmitiendo los conocimientos entre nosotros”

Sin embargo, este mismo proveedor comenta también que las enfermeras y/o promotores reciben una capacitación en distintos temas: *“Ellas tienen capacitaciones en diferentes cosas en estimulación temprana, en otras cosas pero como tal de métodos en el tiempo que llevo, no”* . Sin embargo, esto no es siempre igual en todas las comunidades. Por ejemplo, en Hueyapan y Tetelcingo, los proveedores comentan que las capacitaciones si son en cierta medida frecuentes, sin embargo, aunque estas no son para todos, cuando existe algún curso se trata de que una pareja de proveedores, por ejemplo un médico y una enfermera, acudan:

“Si hay capacitación para los médicos y enfermeras, no es como para todos, pero si. Por ejemplo que en enero y febrero fueron un médico y una enfermera, y para el siguiente agosto va otro médico y otra enfermera”

Al indagar con los proveedores su experiencia en la atención con población indígena, se les preguntó con qué frecuencia atienden a población hablante de lengua indígena, quedando claro por las respuestas de todos, que cada vez son menos las personas que hablan exclusivamente una lengua indígena, siendo generalmente las personas mayores las que hablan Náhuatl: *“Poco, generalmente son las señoras grandes, pero aquí ya vienen a hablar español, se hablan entre ellas, pero por algún dialecto no hay barrera”*. Sin embargo, aún cuando esta población sea menor en número, se reconocen ciertas dificultades para su atención y consulta:

“Aquí tenemos de alguna manera una diferencia que sería el dialecto que muchas veces es difícil que las personas te entiendan, no nos es tan fácil comunicarnos con ellas, casi todos hablan español pero le tienes que explicar muy bien y estar tratando de explicarles y luego no le entienden...en tres meses que llevamos aquí he visto como cinco casos pero vienen con alguien más ya sea su hija, su hermana o con la promotora” [sobre personas que no hablan español]”

Ante estas experiencias, los proveedores señalan la importancia de poder lograr un mayor entendimiento con ellos: *“yo creo que nos faltaría, entenderlo a ellos y saberlo manejar... yo con los años de experiencia siempre ando buscando”*. Aún cuando los proveedores se plantean algunas estrategias para la comunicación con esta población, como por ejemplo se señala en el siguiente testimonio: *“Es tratar y repetir y repetir y ¿me entendió? Y hacer señas y hacerles dibujitos... es complicado”*, no siempre estos tienen la certeza de que al/la paciente le queda claro la información que se le dio, incluso un/una médico/a comenta que no está seguro/a de que incluso el familiar que acompaña muchas veces a pacientes con estas características, le explique realmente las recomendaciones dadas por él/ella.

4) Cáncer de mama

Los proveedores realizan algunas acciones relacionadas con la exploración de senos, y ofrecen información acerca de las prácticas de prevención y detección oportuna del CaMa, no se percibe la aplicación de un programa de CaMa como tal, sólo y en algunos

casos dijeron que se organizan pláticas para explicar a las mujeres acerca de este padecimiento como realizarse la autoexploración; sin embargo, no hay consenso entre los proveedores respecto a la periodicidad con la que las mujeres se tienen que hacer esta revisión para detectar alguna anomalía.

“...se hace con unas laminas con la información desde qué es, qué se siente así..., tiene que explorarse frente a un espejo y bueno les das los pasos de cómo se puede auto explorar...”

Es principalmente la enfermera, después el médico y en tercer lugar la promotora los que dan las indicaciones para la autoexploración. Para esto se aprovecha cuando las mujeres asisten a consulta o a realizarse el papanicolau para hacer autoexploración clínica:

“En específico se dan talleres ... por parte de enfermería como por parte de nosotros médicos. ... pero en específico lo que nosotros intentamos casi siempre o por lo menos yo en mi caso promover que ellas se exploren y enseñarles como explorarse aunque sea una situación en dos, tres minutos pues enseñarles a veces si las señoras son mayores de edad intentar decirle a su hija como le ayude a explorar o como enseñarle”

Un médico refiere que él mismo realiza la exploración pero cuenta que tiene que ser cuidadoso en la forma en cómo se dirige a ellas porque es una comunidad donde las mujeres son un tanto agresivas:

“... en esta población en específico las mujeres son un tanto agresivas de carácter, tienen mucho poder entonces si uno se pone a explorar las mamas como que, probablemente en cualquier población pero aquí si te tachan de lo que sea de morboso, 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 comentaron que si se detecta algún signo de alarma en las pacientes, las pasan a consulta para un chequeo médico y se le sugiere que se realice un ultrasonido, en caso de que salga positivo, se manda a segundo nivel, para que el especialista haga la valoración y de seguimiento y tratamiento a la paciente. Además comentan que hay una enfermera especializada para hacer las citologías y detección de CaMa.

Se aprecia una amplia variabilidad en cuanto al criterio del perfil de las mujeres a las que van dirigidas estas prácticas específicamente la exploración: *“a mujeres en edad reproductiva”*, o bien, *“... a mujeres entre 20 años y que tienen una vida sexual activa...”*

“...aquellos casos que presentan antecedentes familiares son las personas que con mayor razón deben hacerlo... se les recomienda desde que tienen su primera relación sexual y a la población en general después de los 40 años”.

“Pues casi siempre a partir de los 35 años y sabe que también en embarazadas lo hemos implementado”

“se les da a todas las mujeres a partir de que comienzan la menstruación”

De igual manera para la realización de la mastografía se organizan grupos de mujeres que son llevadas a Cuernavaca, o bien cuando se detecta algún síntoma o señal y se requiere de atención más especializada es generalmente el médico quién refiere a la paciente a Cuautla o a Jojutla, para esto se mencionan una serie de trámites que hay que hacer para la referencia y en algunos casos mencionan que la cita se puede programar hasta 2 o 3 meses después. Los gastos derivados de estos trayectos tienen que ser solevantados por la paciente. Otra alternativa que mencionaron los proveedores para apoyar la realización de mastografía son las unidades de mastografía de las rutas o Caravanas de la salud. La entrega de resultados por lo general se hace en visita domiciliaria particularmente, si éste resulta positivo.

Pocos comentaron acerca de la periodicidad con que se recomienda esta prueba: una vez al año a mujeres que tienen antecedentes familiares de este padecimiento y a las mayores de 40 años.

Las estrategias de promoción para el ofrecimiento de estos servicios se hacen a través de la convocatoria a las pláticas de Oportunidades y en algunos casos la promotora se encarga de visitar a las mujeres. Para las pláticas o talleres en algunos casos se utilizan rotafolios o láminas que improvisan en el momento. De manera temporal se hacen campañas provenientes de los servicios de salud para invitar a las mujeres a realizarse la mastografía. Comentan los proveedores que la jurisdicción les manda folletos de diferentes temas aproximadamente dos veces por año y ellos los

ponen en la sala de espera para que las mujeres los tomen. En una comunidad se reportó además el uso del siguiente medio:

“se hace perifoneo, esta vez se hizo en la iglesia, la información la da el doctor o la enfermera”

No se tiene un registro de la frecuencia con la que se presentan casos de cáncer de mama, sin embargo en una comunidad se reportó un caso que ya está siendo tratada en el hospital de cancerología en la ciudad de México: *“y apenas que la vi en el pueblo ya está mejor, ya hasta sale de su casa porque antes no lo hacía”*. En general los casos presentados han podido ser identificados a través de la exploración clínica, o por la autoexploración, o la mastografía y ultrasonido, en pocos casos comentaron que es por el propio interés que la mujer tiene por su salud y asisten a revisiones regulares:

“Realmente nunca he hecho una estadística” [sobre cuántos casos ha visto] “yo llevo aquí tres meses y unos tantos días yo creo que he visto una que ya le hicieron la mastectomía, una que detecté, dos sospechosas, al final fueron cuatro pero una yo no la detecté no me toco a mí”

Los proveedores refieren que las actitudes de pudor o de incomodidad de parte de las mujeres ante la realización de estas prácticas dependen por ejemplo, de la edad, del nivel educativo, de la cultura y a sus costumbres. Deducen que esto se deba a que no están familiarizadas con su cuerpo, por lo que son muy pocas las que realmente hacen estas prácticas, porque no le dan la importancia que tienen como medidas preventivas o de detección temprana, hasta que realmente siente alguna anomalía.

Generalmente las mujeres *“siempre vienen ellas solas”* a consulta, sólo las embarazadas se hacen acompañar por la mamá o alguna de las hermanas. Cuando el esposo las llega a acompañar: *“...es para ver que realmente la enfermera o la doctora hagan su papanicolaou (y no un proveedor varón)”*. En cambio cuando es el hombre el que va a consulta por lo general va acompañado de la esposa.

Al parecer un alto porcentaje de los pacientes están adscritos al programa Oportunidades porque de alguna manera es una población que está cautiva: *“porque están forzadas por el programa, no forzadas pero si digamos que es algo con lo que tienen que cumplir”*.

En cambio los pacientes que son de alguna manera población abierta asisten a consulta:

“porque están interesadas por su salud y las otras tal vez que el interés no es tanto por la información que se les da o los beneficios a la salud, sino por la ayuda económica que se les brinda y para evitar las faltas asisten a las pláticas y talleres”

En cuanto a la capacitación, los proveedores refieren haber asistido a cursos, talleres o pláticas para actualizarse pero no existe una programación o no se comenta que sea una actividad regular, por lo general a estos cursos asiste el médico o la enfermera, uno de los proveedores mencionó haber tomado un curso virtual.

El personal no cuenta con capacitación adecuada para atender población indígena y refieren tener pacientes que no hablan castellano, ante lo cual comentan los proveedores de Hueyapan, se han visto ante la dificultad para que los pacientes sigan las recomendaciones que se les indican, aunque por lo general éstos se hacen acompañar por algún familiar.

Finalmente, se perciben huecos de información entre los proveedores de salud, ellos por su parte refieren la falta de información que las mujeres tienen pero no parece que se asuman como corresponsables de esa deficiencia. Es evidente la necesidad que tienen de acceder a información veraz y clara sobre este padecimiento. Además, se percibe también la urgencia de sensibilizar y de ofrecer a los proveedores el apoyo en la búsqueda de estrategias para hacer más efectiva su labor hacia la población. Hay avances pero aún falta mucho por hacer.

c) Observaciones en los centros de Salud

CENTRO DE SALUD: Cuentepec, Temixco.

Lugar Físico	
Espacio aproximado de sala de espera	Espacio de 5 x 4 metros (adentro) y afuera hay otras sillas en un espacio de 3 x 2
Número de asientos	Entre 25 y 30 asientos dentro del centro de salud y 8 afuera (cerca de la puerta).
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	<p>Los contenidos en español son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boletín prosalud (salud reproductiva, 3ª. Semana nacional de salud e influenza) • Cáncer de mama (mastografía) • Preeclampsia • Tabulador de servicios médicos asistenciales (costo por procedimiento) • Día mundial de la nutrición. • Planificación familiar (elección del método) <p>En náhuatl se encuentran los derechos de los médicos y los pacientes, así como letreros con el nombre y número de consultorio.</p>
Si hay material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere	<p>En el de cáncer de mama, se promueve la autoexploración y exploración médica. También hay un cartel promocionando la mastografía.</p> <p>Respecto al de planificación familiar se sugiere pasar a consulta para la elección del método (pero no muestra tipos de métodos).</p>
Identificar si existe algún tipo de folletos sobre la información relacionada con contenidos de salud.	No hay folletos disponibles (a la vista), pero en los consultorios, hay unos cuantos sobre planificación familiar (mismo que los que hay en Sta. Catarina), campaña de vacunación y dengue.
Si tiene que ver con los programas prioritarios del estudio, describir los datos más importantes del contenido.	En el consultorio de la promotora hay rotafolios con los temas que se trabajan en los talleres de Oportunidades, incluyendo planificación familiar (con ilustraciones y explicación breve de los diversos métodos), CaMa (promoviendo la autoexploración) y uso del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual. Todos con ilustraciones caricaturescas en blanco y negro.

Dinámica social en la sala de labor	
Cuántas mujeres mayores de 25 hay en consulta externa (edad aproximada)	El primer día hubo cerca de 30 mujeres, pero no en consulta, sino por un evento del día mundial de nutrición. El segundo fueron poco más de 7 señoras (mayores de 25 años).
Con quien van estas mujeres (hijos, edades aproximadas, compañeros, otras mujeres)	3 mujeres iban con niños (de entre 1 y 3 años) y 2 señoras iban con sus esposos.
En que hablan entre ellas (Náhuatl, castellano)	Hablan náhuatl entre ellas (aunque también entienden el castellano)
Las personas que están en espera se encuentran paradas o sentadas (piso, silla)	Sentadas (hay suficientes sillas). En el evento de nutrición incluso sacaron mesas y sillas.
Las personas que están en espera se encuentran (Calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra)	El primer día sentadas comiendo y platicando (por el evento de nutrición) el segundo día sentadas platicando entre ellas y viendo la televisión (programa familiar de tv).
Cuando el personal de salud se refiere a ellas, en qué idioma les habla y en qué idioma responden	En español. Pero la promotora les habla siempre en náhuatl (sobre todo a las señoras mayores).
Se identifica algún tipo de traductor en el Centro de Salud	Si, la promotora.
Identifica tiempo aproximado de consultas	De 10 a 30 minutos.
Identifica si hay consultorios especializados	Consultorio dental y de nutrición.
Identifica si hay personal de salud realizando alguna espera en consulta externa - Cuál.	El dentista.

Personal de salud	
Cuántos médicos hay dando consulta	2 médicos pasantes (hombre y mujer), incluyendo a la responsables del centro, que también es pasante.
Cuántas enfermeras hay	1 enfermera y 2 pasantes de enfermería
Cuántos promotores hay	Una promotora (que habla náhuatl)
Hay algún otro personal	Dentista y nutrióloga
Número de consultorios y características	2 de atención médica, 1 dental, 1 de nutrición, el consultorio de la promotora, farmacia, y 2 consultorios de enfermería. A un costado del centro de salud hay un módulo de ecoturismo (con espacios techados y sillas) donde se imparten los talleres de Oportunidades).

Observaciones	
Personal	La médico responsable refiere que anteriormente había 5 médicos de planta (Este médico había realizado ahí su servicio social).
Centro de salud	La estructura del centro de salud es grade, varios consultorios, asientos suficientes para los pacientes. Sin embargo, no hay muchas pacientes.
Organización	Reparten entre 6 y 8 fichas en el horario de la mañana (8am) y 4 o 5 en el horario vespertino (3pm).
Material (carteles o folletos)	Hay posters en náhuatl, pero ninguno en relación a los temas prioritarios del estudio. La promotora refiere que realizaron un video en náhuatl (pero no de los temas de interés para el estudio) y que en ocasiones lo ponen mientras los pacientes esperan su consulta. Los rotafolios que utilizan para los talleres de Oportunidades son en español, pero la promotora da la plática también en náhuatl.
Actividades del centro de salud	El primer día hubo un evento del día mundial de la nutrición, en que las señoras llevaron comida y entre todas compartieron.

CENTRO DE SALUD: Hueyapan

Lugar Físico	
Espacio aproximado de sala de espera	Espacio de 2 x 3 metros
Número de asientos	20 sillas. Y afuera hay jardineras en las que caben 6 personas sentadas.
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	Únicamente una manta sobre la campaña de salud bucal. Además de esa, no hay ningún otro anuncio o cartel, ni adentro, ni alrededor del centro de salud.
Si hay material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere	No hay
Identificar si existe algún tipo de folletos sobre la información relacionada con contenidos de salud. Si tiene que ver con los programas prioritarios del estudio, describir los datos más importantes del contenido.	No hay (los proveedores comentaron que se terminaron y que les distribuyen muy pocos)

Dinámica social en la sala de espera	
Cuántas mujeres mayores de 25 hay en consulta externa (edad aproximada)	El día que se asistió no hubo consulta. Sin embargo había alrededor de 20 mujeres de Oportunidades, 6 mayores de 50 años.
Con quien van estas mujeres (hijos, edades aproximadas, compañeros, otras mujeres)	De las mujeres, 6 llevan niños (de 2 a 4 años). Una va con su hijo de 13 años y una niña de 4.
En que hablan entre ellas (Nahuatl, castellano)	Castellano
Las personas que están en espera se encuentran paradas o sentadas (piso, silla)	Al principio todas estaban paradas en fila (esperando que les firmaran su cartilla). Después solamente 6 sentadas y las demás paradas (afuera del salón). La sala de espera estaba vacía debido a que no hubo consulta
Las personas que están en espera se encuentran (Calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra)	Platicando entre ellas. Comentan que quieren pasar todas juntas a la plática para irse a su casa (se les comenta que no es plática sino entrevista y que es voluntaria), algunas se van.
Cuando el personal de salud se refiere a ellas, en qué idioma les habla y en qué idioma responden	Español

Se identifica algún tipo de traductor en el Centro de Salud	No
Identifica tiempo aproximado de consultas	No hubo consultas ese día. Algunas señoras refieren que la consulta es muy rápida (5 o 10 minutos) y que no les explican.
Identifica si hay consultorios especializados	Solamente hay un dentista.
Identifica si hay personal de salud realizando alguna labor en consulta externa - Cuál.	Dentista.

Personal de salud	
Cuántos médicos hay	2 médicos pasantes (hombre y mujer), además de la responsable del centro de salud, quien también da consulta.
Cuántas enfermeras hay	3 enfermeras
Cuántos promotores hay	No tienen promotor en el centro de salud
Hay algún otro personal	El dentista
Número de consultorios y características	3 consultorios, un consultorio dental y un salón para talleres

Observaciones	
Personal	No hay promotor y las enfermeras se encargan de dar los talleres.
Centro de salud	Uno de los días que se asiste, no cuenta con luz en el centro de salud, por lo cual no repartieron fichas para consulta. Las mujeres que estaban eran del programa Oportunidades, pero tampoco tuvieron el taller (solo les firmaron su cartilla).
Organización	Reparten 8 fichas al día, sin embargo los médicos refieren que no se dan abasto. Ya que en el transcurso del día atienden a personas del programa Oportunidades como parte del programa. La atención se da de 8am a 2pm (no hay horario vespertino).
Material (carteles o folletos)	Refieren que les distribuyen muy pocos y por eso no alcanzan para toda la población. En el salón para taller había varios carteles (en nahuatl) pero estaban en un estante y se veían un tanto descuidados.
Actividades del centro de salud	A pesar de no haber consultas ese día. Se entrevistó a las mujeres del programa Oportunidades que iban por su firma de la cartilla. Refieren que tiene 3 meses que no han recibido el taller de Oportunidades.

CENTRO DE SALUD: Santa Catarina, Tepoztlán

Lugar Físico	
Espacio aproximado de sala de espera	La sala tiene una dimensión de 3 x 3
Número de asientos	Alrededor de 20 asientos, pero es insuficiente para la cantidad de personas. Aproximadamente 10 personas estaban paradas.
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	<p>Todo se encuentra en español. Los contenidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengue. Medidas preventivas. • Preeclampsia. Signos y síntomas de alarma. • Anuncio de vacunación permanente. • Medir tu cintura, una razón de mucho peso.
Si hay material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere	No hay material relacionado a los temas prioritarios del estudio
Identificar si existe algún tipo de folletos sobre la información relacionada con contenidos de salud. Si tiene que ver con los programas prioritarios del estudio, describir los datos más importantes del contenido.	Planificación familiar

Dinámica social en la sala de espera	
Cuántas mujeres mayores de 25 hay en consulta externa (edad aproximada)	Más de 15, la mayoría eran mayores de 45 años. En el transcurso del día llegaron más señoras a consulta.
Con quien van estas mujeres (hijos, edades aproximadas, compañeros, otras mujeres)	Las señoras de mayor edad vienen solas, pero las jóvenes vienen con un niño (de 2 años aprox.) o con un bebé en brazos.
En que hablan entre ellas (Nahuatl, castellano)	Entre ellas hablan español
Las personas que están en espera se encuentran paradas o sentadas (piso, silla)	La mayoría están sentadas, algunas (6 u 8) están paradas afuera
Las personas que están en espera se encuentran (Calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra)	Platican entre ellas. No llegan juntas al centro de salud, pero hablan entre ellas mientras esperan (sobre todo las mayores).

Cuando el personal de salud se refiere a ellas, en qué idioma les habla y en qué idioma responden	Español
Se identifica algún tipo de traductor en el Centro de Salud	No
Identifica tiempo aproximado de consultas	25 minutos aprox. Antes de pasar a consulta las miden y pesan (5 minutos).
Identifica si hay consultorios especializados	No hay
Identifica si hay personal de salud realizando alguna labor en consulta externa - Cuál.	No hay

Personal de salud	
Cuántos médicos hay dando consulta	2 Médicos (hombre y mujer), incluyendo la responsable del centro de salud
Cuántas enfermeras hay	2 enfermeras y 1 pasante
Cuántos promotores hay	1 Promotora
Hay algún otro personal	No.
Número de consultorios y características	2 consultorios, 1 área de farmacia y un salón para los talleres.

Observaciones	
Personal	Las 2 enfermeras de planta se fueron ambos días a campo (vacunas), mientras la enfermera pasante se quedó a cargo de las actividades en el centro de salud. La promotora se fue también a vacunas el segundo día y no pudo impartir la plática de Oportunidades. El taller fue impartido por el médico (aunque la enfermera ya había dicho que “no habría clase”).
Centro de salud	En el salón para talleres hay más de 30 sillas y bancos, pero no se utilizan para las señoras que están esperando (las tomamos prestadas para las entrevistas). También hay bicicletas fijas para ejercicio (pero están envueltas en sus bolsas). Sin embargo, una entrevistada refiere que si las utilizan.
Organización	Las señoras refieren que cuando no está la promotora no tienen el taller (solo les firman). Sin embargo el día que no estuvo la promotora, fue el médico quien dio el taller. El horario de atención es de 8am a 4pm. Sin embargo después de las 12pm solo llega una o dos personas esporádicamente.
Material (carteles o folletos)	Solo hay un folleto sobre planificación familiar y tomamos uno.
Actividades del centro de salud	Ambos días hubo talleres de Oportunidades.

CENTRO DE SALUD: Tetelcingo, Cautla.

Lugar Físico	
Espacio aproximado de sala de espera	La sala de espera se encuentra afuera, en el patio del centro de salud. Tiene un espacio de 2 x 2 metros aprox.
Número de asientos	4 asientos fijos y 1 banca donde caben 3 personas.
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	<p>Los carteles y posters que hay son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos de los pacientes (único poster en náhuatl. También en español) • Afiliación al seguro popular • Tamiz neonatal • Factores de riesgo en el embarazo (Preeclampsia) • Cáncer infantil • Campaña de vacunación • Planificación familiar (Salpingoplastia, DIU)
Si hay material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere	<p>Planificación familiar:</p> <p>Donde se promueve el uso del DIU para aquellas mujeres que no desean otro embarazo por el momento (con una ilustración del DIU). Y de la salpingoplastia, también con una ilustración del procedimiento.</p>
Identificar si existe algún tipo de folletos sobre la información relacionada con contenidos de salud. Si tiene que ver con los programas prioritarios del estudio, describir los datos más importantes del contenido.	No hay folletos.

Dinámica social en la sala de espera	
Cuántas mujeres mayores de 25 hay en consulta externa (edad aproximada)	15 mujeres, de entre 30 y 35 años.
Con quien van estas mujeres (hijos, edades aproximadas, compañeros, otras mujeres)	La mayoría con niños, menores de 6 años. Solo una va acompañada de su pareja y su bebé (son jóvenes, menores de 25 años).
En que hablan entre ellas (Nahuatl, castellano)	Castellano
Las personas que están en espera se encuentran paradas o sentadas (piso, silla)	Sentadas en la sala de espera, pero hay otras personas que están paradas esperando pasar a consulta.
Las personas que están en espera se encuentran (Calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra)	No platican entre ellas. Una borda mientras espera. Las demás cuidan a sus hijos y comentan algunas cosas con ellos.
Cuando el personal de salud se refiere a ellas, en qué idioma les habla y en qué idioma responden	Español
Se identifica algún tipo de traductor en el Centro de Salud	No
Identifica tiempo aproximado de consultas	De 10 a 25 minutos. Antes de pasar a consulta las miden y pesan (5 minutos).
Identifica si hay consultorios especializados	Hay un centro especializado en atención psicológica y asesoría jurídica. Pero parece que es independiente al centro de salud.
Identifica si hay personal de salud realizando alguna labor en consulta externa - Cuál.	Consulta psicológica y dental.

Personal de salud	
Cuántos médicos hay dando consulta	Un médico pasante y la médico responsable del centro de salud.
Cuántas enfermeras hay	Una sola enfermera (pasante).
Cuántos promotores hay	Una promotora y una auxiliar.
Hay algún otro personal	Hay 5 practicantes (nivel bachillerato) que en el transcurso del día, se alternan, cubriendo 3 o 4 horas. Auxilian a la enfermera, organizando el pase de las pacientes a consulta, midiéndolas antes de pasar con el médico. Y dando información.
Número de consultorios y características	Se observan 2 consultorios, el consultorio dental, un área techada donde hay más de 25 bicicletas fijas (para ejercicio) y bancos (que no están disponibles para las pacientes a pesar de que hay pocas sillas en la sala de espera). Hay un módulo de atención psicológica y jurídica (3 consultorios) pero se coordinan independientemente del centro de salud.

Observaciones	
Personal	El médico pasante refiere que gran parte del trabajo está a cargo de los pasantes. Los días de las entrevistas las promotoras salieron constantemente del centro de salud.
Centro de salud	En el salón techado hay más de 30 sillas, pero no se utilizan para las señoras que están esperando (se tomaron prestadas para las entrevistas)
Organización	Hay 2 horarios para la atención (dan fichas a las 8am y a las 2pm). Las señoras refieren que en la mañana dan 10 fichas y en las tardes 5.
Material (carteles o folletos)	Hay suficientes carteles (con ilustraciones), sin embargo, los días que estuvimos no se notó que alguien se acercara a verlos.
Actividades del centro de salud	Uno de los días, las practicantes utilizaron un Rotafolio para dar una plática sobre donación de órganos, está se dio leyendo la información y por lo mismo sin dar explicaciones. Tampoco se abrió un espacio para preguntas.

CENTRO DE SALUD: Xoxocotla, Puente de Ixtla.

Lugar Físico	
Espacio aproximado de sala de espera	2 x 3 dentro del centro de salud y 2 x 2 afuera (cerca de la ventanilla de farmacia)
Número de asientos	15 asientos adentro y 6 afuera. Algunas personas se sentaban en el suelo (en las jardineras).
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	<p>Todo se encuentra en español.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna. • Cáncer de mama (mastografía). • Signos de alarma de la mujer embarazada. • Dengue. • Campaña de vacunación. • El plato del buen comer. • Los derechos de los pacientes y de los médicos. • El segundo día colgaron un poster en náhuatl (acude al centro de salud).
Si hay material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere	En el de cáncer de mama, se promueve la autoexploración y exploración médica. También otro cartel promocionando la mastografía.
Identificar si existe algún tipo de folletos sobre la información relacionada con contenidos de salud.	No hay folletos disponibles.

Dinámica social en la sala de espera	
Cuántas mujeres mayores de 25 hay en consulta externa (edad aproximada)	Alrededor de 25 señoras (entre 30 y 45 años) llegan, pero las referían a otro módulo del centro de salud. Otras iban una plática de Oportunidades.
Con quien van estas mujeres (hijos, edades aproximadas, compañeros, otras mujeres)	Aproximadamente 6 señoras llevaban niños de 3 a 5 años y otras 3 bebé en brazos (menores de 1 año).
En que hablan entre ellas (Nahuatl, castellano)	Castellano.
Las personas que están en espera se encuentran paradas o sentadas (piso, silla)	Las que cabían, sentadas. Pero eran más las que estaban paradas o sentadas en el suelo (en las jardineras)
Las personas que están en espera se encuentran (Calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra)	La mayoría no habla entre ellas, solo platican las que van acompañadas de sus hijos o algún familiar.
Cuando el personal de salud se refiere a ellas, en qué idioma les habla y en qué idioma responden	En español.
Se identifica algún tipo de traductor en el Centro de Salud	No (incluso ya no hablan náhuatl).
Identifica tiempo aproximado de consultas	Entre 15 y 30 minutos.
Identifica si hay consultorios especializados	Un consultorio dental. Sin embargo hoy otro módulo en el centro de Xoxocotla.
Identifica si hay personal de salud realizando alguna labor en consulta externa - Cuál.	Solamente el dentista.

Personal de salud	
Cuántos médicos hay	2 médicos en ese centro de salud. Y una médico pasante (responsable) del otro módulo.
Cuántas enfermeras hay	5 enfermeras distribuidas en ambos módulos del centro de salud.
Cuántos promotores hay	1 promotor en el horario matutino y una en el vespertino (encargado de ambos módulos)
Hay algún otro personal	El dentista
Número de consultorios y características	3 consultorios, 1 consultorio dental y farmacia. En el otro módulo solo hay 2 consultorios médicos.

Observaciones	
Personal	Los promotores se coordinan en ambos módulos de salud, al igual que las enfermeras.
Centro de salud	Está el centro de salud principal y un módulo (en el centro) en ambos se da atención a la población.
Organización	No hay una organización ágil entre ambos módulos. Las señoras van de un centro a otro solicitando la atención. Si van a uno y no hay medicamentos o personal disponible, los refieren al otro. La promotora refiere que la población se clasifica en 8 núcleos, los cuales se reparten entre los 2 módulos. Que antes había mayor organización (eran 6 núcleos), pero que los núcleos 7 y 8 estaban sin atención (solo cuando hay ruta de la salud es que se atienden). El segundo día no estaban los promotores y no se impartió el taller de Oportunidades.
Material (carteles o folletos)	Todo se encuentra en español. Sin embargo el segundo día colgaron un poster (enmarcado) en náhuatl, junto a uno que ya estaba en español. Promoviendo la salud de la familia (acude al centro de salud). Hay una barda a un costado del centro de salud sobre la campaña de vacunación, pero sin información.
Actividades del centro de salud	Un taller de Oportunidades que ya no se realizó (por que no estaban los promotores) y una plática de nutrición el primer día.

IX) PROPUESTAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS RELACIONADAS AL TEMA

Los resultados de este estudio muestran que en la gran mayoría de las mujeres, aún entre aquellas que pertenecen a comunidades con menor desarrollo social, existen ciertas nociones generales sobre el cáncer de mama y cérvico uterino, así como sobre las Infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación familiar.

Si bien es un gran avance que hoy día sean muy pocas las mujeres que no identifican nada en torno a estos temas, es importante reconocer que todavía hay un camino importante que recorrer en torno al cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, particularmente cuando estamos hablando de aquellas con menores niveles educativos y que pertenecen a grupos con alta marginación social como son las comunidades con población rural e indígena. Entre otros, hay muchas dudas y huecos de conocimientos en cuanto a las medidas de prevención y detección temprana de estos padecimientos, así como sobre el funcionamiento y utilización de los diferentes métodos de planificación familiar. A través de sus testimonios se evidencia que la información que poseen es confusa, parcial y poco clara. Esto revela la gran distancia que existe entre el tener ciertas nociones muy generales sobre estos problemas de salud y el identificar pautas concretas de acción que influyan en el auto-cuidado de la salud.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de la importancia que tiene el que las mujeres posean información específica en relación a la prevención, síntomas y tratamiento para cáncer cérvico uterino, de mama e ITS, así como sobre la efectividad de los diferentes métodos de planificación familiar. A mediano plazo esto permitirá asegurar una detección y atención oportuna y la prevención de complicaciones mayores.

Cabe mencionar que por el tipo de estudio que se realizó, no se puede identificar con claridad si los proveedores que trabajan en estas comunidades de salud tienen un trato diferenciado entre usuarias indígena y no indígena. Ellos mismos mencionan que son pocas las mujeres indígenas con las que ellos/as atienden. Ante esto cabe la duda si las mujeres indígenas están realmente acudiendo a los servicios.

A continuación se señalan algunas recomendaciones y/o propuestas de acción que pudieran ser implementadas en beneficio de la población de estas comunidades.

Buscar estrategias viables y apegadas a las necesidades específicas de las poblaciones “blanco”.

Promover programas e implementar estrategias adecuadas a las características demográficas, socioeconómicas, regionales y culturales de la población. Es inminente la implementación de programas con una visión de equidad, que identifique barreras familiares, sociales, culturales, geográficas, que impiden que las mujeres tengan acceso tanto a información adecuada como a los servicios de salud, e interfieran en la toma de decisiones acertadas sobre su salud así como en el ejercicio de prácticas de cuidado efectivo. Por ejemplo, aún cuando cada vez más mujeres manifiestan que saben hablar castellano, es necesario seguir ofreciendo la información más básica en salud sexual y reproductiva en su lengua indígena. Esto seguramente ampliará su comprensión y mejorará el seguimiento que los proveedores pueden hacer de su estado de salud.

Por otro lado, las normas sociales y en general ciertas nociones culturales, interfieren el que las mujeres hablen de ciertos temas que representan un tabú como las ITS, el Papanicolaou (PAP), la auto-exploración de senos u otros aspectos de salud. El romper estos tabúes, por medio de fomentar el que las mujeres hablen con sus familiares, vecinas, amigas, etc. podría asegurar que aquellas mujeres que posean mayor y mejor conocimiento, le proporcionen información útil a otras mujeres por ejemplo a aquellas que se encuentran más alejadas de los servicios de salud, aquellas que no saben leer o bien, aquellas que hablan lengua indígena. Eso se logrará en la medida en que se busquen espacios de discusión y se fomente el que las mujeres hablen de estos temas entre ellas.

Diseñar materiales didácticos de difusión de información adecuados.

Se debe contemplar el diseño de materiales didácticos dirigidos tanto a las mujeres que saben leer como a aquellas que no lo saben, o bien, diseñar materiales para las mujeres que hablan castellano y a aquellas hablantes de lengua indígena y/o materiales bilingües. Los materiales deben ser diseñados de tal forma que se logre transmitir mensajes clave para la prevención y detección de ITS, cáncer de mama y cérvico uterino, con pasos puntuales y muy específicos en relación a lo que debe de hacer una mujer cuando percibe alguna anomalía. En relación a los métodos de planificación familiar, los materiales deberían contener mensajes clave sobre los

diferentes métodos existentes y las ventajas, desventajas y especificidades de cada uno de ellos. La combinación de imágenes pertinentes y pocas palabras puede ser de gran utilidad cuando se quiere mostrar situaciones o riesgos que es importante identificar; pero también, éstas deben dar ideas en relación a posibles acciones a seguir, es decir, los materiales deben enunciar los problemas y el camino de la solución.

Promocionar el uso del condón como un método que debe usarse para la prevención de ITS así como para regular la fecundidad.

Sabemos que el condón es el único método que de manera bastante generalizada protege de Infecciones de transmisión sexual. Por ello, es importante buscar su difusión; pero también; para que toda persona desde que es adolescente, conozca su uso correcto, así como las ventajas que conlleva este uso y dónde se accede a ellos de manera gratuita. Es importante que se transmitan las ventajas que conlleva el uso de condón tanto para la prevención de ITS, como para la planificación familiar. Esto se vuelve esencial, pues la percepción del condón como un método para planificar o prevenir un embarazo, afecta de forma negativa su uso especialmente en las mujeres que se sienten lejanas de la posibilidad de un embarazo, como por ejemplo las mujeres de mayor edad o aquellas que ya se encuentran usando un método anticonceptivo temporal. Una expectativa importante en los servicios pudiera ser que toda mujer conozca un condón y se sienta capaz de saber usarlo correctamente.

Para lograr un incremento en el uso del condón para la prevención de ITS y embarazos no planeados, se requiere que las mujeres se sientan capaces de negociar su uso con la pareja y para esto es necesario que ellas posean información precisa y certera sobre las ventajas de su uso, a la par que se fomenten habilidades para lograr una comunicación asertiva con sus parejas. Esta no es una tarea fácil de promover y lograr con mujeres adultas, pero es necesario idear talleres que promuevan el desarrollo de estas habilidades respetando los usos y costumbres en cuanto a las formas de comunicar.

Asegurar el abastecimiento de los métodos de planificación familiar en los centros de salud.

Debido a las carencias económicas de estas comunidades, el costo de adquirir los métodos fuera de los centros de salud es una razón determinante para que las parejas no los usen o bien, dejen de usarlos. Por esto, se requiere promover mecanismos que garanticen la existencia y disponibilidad de los diferentes métodos en todos los centros de salud del país, así como la distribución gratuita de los mismos. En relación a esto mismo, el abasto real de los distintos métodos es lo que puede favorecer el que las parejas sean libres para seleccionar el método que más les convenga. De lo contrario, en caso de que opten por algún método, será más difícil su continuidad en su uso ya que habrá más razones para no usarlo o usarlo parcialmente.

Promover el involucramiento de la pareja durante las consultas médicas, para el acompañamiento y la toma de decisiones compartida en relación a la salud de las mujeres.

Lograr que las mujeres y sus parejas comprendan la importancia del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, que reconozcan factores de riesgo y actúen para evitarlos o eliminarlos. A pesar de que históricamente a los hombres se les ha excluido y se autoexcluyen de participar y a su vez se sienten poco identificados con estas problemáticas de salud, actualmente cada esfuerzo y programa debe estar dirigido a ambos. En aras de promover un enfoque de género con responsabilidad compartida, se debe buscar incorporar y acercar también a la pareja a los servicios de salud y garantizar que sean ambos los que reciban la información proporcionada por los proveedores. El que las parejas cuenten también con la información adecuada, podría promover que ellos tengan una participación positiva y más activa e influir en el cuidado de la salud de las mujeres. Los mensajes deben estar también dirigidos a ellos.

Diseñar estrategias de sensibilización y concientización para hombres.

Es necesario redoblar esfuerzos para sensibilizar a los hombres y fomentar la reflexión por un lado, del riesgo que tienen las mujeres ante estos padecimientos y la vulnerabilidad que ambos pueden compartir, por ejemplo específicamente si se habla de ITS, y por otro, la importancia de su participación en lo relacionado con la

planificación familiar como es la elección del método apropiado para él y/o su pareja, el momento en el cual decidan tener un hijo así como el número de hijos que deseen tener.

Esto se podría lograr por medio de convocar a talleres y/o pláticas exclusivas para hombres, buscando días y horarios que se adecúen a sus jornadas laborales e identificando medios y formas de difusión efectiva, ya sea a través de volantes, altavoces, anuncios en los centros de salud, escuelas y a través de la propia pareja. Se deben diseñar mensajes específicos y apropiados para aquellos hombres que se resisten a que las mujeres propongan el uso del condón, se realicen la autoexploración mensual, el examen clínico de las mamas, la mastografía o el PAP.

Específicamente, se debe trabajar en mensajes apropiados para hombres con bajo nivel educativo, esto último porque se ha visto que aunque no es exclusivo de este grupo en particular, éste es un sector de la población que está fuera de muchos otros mensajes educativos que pudieran enfatizar la importancia y comprensión de su salud y la de sus compañeras. Dichos mensajes deben priorizar las ventajas que conlleva el que las mujeres se realicen estos exámenes o estudios, así como conocer oportunamente los resultados. También para que los que estén ya convencidos de su importancia, apoyen y motiven a sus compañeras para que periódicamente se realicen estos exámenes y conozcan sus resultados para un mejor seguimiento de su estado de salud.

Sensibilización intercultural y con perspectiva de género para los prestadores de servicios de salud.

Se debe buscar capacitar a los proveedores de salud no sólo en el manejo técnico de la información, sino en las maneras de transmitir y sensibilizar a la población para un mejor manejo de su salud y para abordar problemas relacionados con las barreras culturales prevalentes. Así mismo, se debe buscar que los proveedores a través de estas capacitaciones logren entender conceptos claves en relación a la equidad de género y la importancia que tiene involucrar a los hombres en el esfuerzo de cualquier programa vinculado a la salud sexual y reproductiva de la población.

En muchas ocasiones, la atención médica es marginal y en parte porque aún existen barreras culturales que impiden una atención eficaz, lo cual se traduce en una

falta de orientación y consejería adecuada. En este sentido, vale la pena señalar la importancia que tiene el que los proveedores identifiquen las necesidades de la población y puedan ser sensibles a las causas que acompañan a éstas, con el objetivo de generar un cambio de actitud de las personas involucradas. Esto contribuirá a que en un mediano plazo, se fortalezca la confianza inicial que las mujeres y sus parejas tienen sobre los prestadores de servicios.

Desarrollar estrategias de promoción para población abierta.

Si bien queda claro por la evidencia existente, así como por los resultados de este estudio, que programas de apoyo social como Oportunidades están mostrando un impacto positivo en la salud y prácticas de autocuidado en la población beneficiaria, es importante destacar que aún existe población que no está siendo alcanzada por este programa. En este sentido, se vuelve fundamental diseñar e implementar una estrategia para la población abierta y en general para aquellas mujeres que se encuentran más alejadas de los servicios de salud, para informar y concientizar en relación al cáncer de mama, cáncer cérvico uterino e ITS, así como sobre las ventajas y particularidades de los distintos métodos de planificación familiar. Para esto se puede aprovechar también la presencia de personal de los servicios de salud en las escuelas, ferias de salud u otros escenarios con el objetivo de captar y llegar a la población abierta.

Coordinar acciones entre las diferentes dependencias gubernamentales, no gubernamentales, privadas y la comunidad.

La prevención en salud sexual y reproductiva es un asunto complejo de abordar, no obstante, es importante seguir trabajando desde diferentes enfoques y utilizando distintas estrategias para lograr que cada mujer y hombre, sea consciente de sus riesgos, pero a la vez, tenga posibilidades reales de ejercer su sexualidad de manera plena y segura. Para ello, la interrelación de sectores y dependencias es prioritaria en el país. Es indispensable, crear más y mejores interrelaciones entre el sector salud y el educativo, esto particularmente cuando se trabaja con comunidades con grandes desventajas sociales como es el caso de las comunidades rurales y con población hablante de lengua indígena. Por ejemplo, aún cuando cada vez más la población habla

el castellano, es indudable que existen importantes rezagos de aprendizaje y por lo tanto, su comprensión es en algunos casos limitada, también entre otros, por la poca exposición a la cultura occidental.

También la participación social y comunitaria es esencial para lograr involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto en la población. Esto permitirá la planeación e implementación de programas y estrategias acordes a las necesidades particulares de las comunidades. Por ejemplo, una necesidad que se identifica a través de este estudio, es que se establezca una mayor coordinación entre las diferentes estrategias implementadas a nivel local, particularmente entre las acciones de los centros de salud y las llamadas rutas de la salud.

Para avanzar en el rezago en salud sexual y reproductiva en este tipo de comunidades, es importante seguir incrementando de manera muy enfática y creativa intervenciones sólidas con un transfundo socio-educativo, ya que la educación y la salud están interrelacionadas de manera estrecha en la cotidianidad de las personas.

Por último, además de estas recomendaciones generales, a continuación se señalan algunas sugerencias específicas para cada uno de los temas abordados en este estudio.

Planificación familiar:

- Hacer hincapié en la promoción de los distintos métodos para que las mujeres puedan hacer una elección real.
- La información que se proporcione a las mujeres y sus parejas debe incluir no sólo los diferentes tipos de métodos y sus respectivos nombres, sino sobre todo, debe transmitir su funcionamiento y forma de utilizar cada uno para evitar que la falta de claridad sobre ello, condicione la decisión de no usarlos.
- Contemplar aspectos como la efectividad, la seguridad y posibles complicaciones de cada método, estos elementos parecen ser significativos para la toma de decisiones de las mujeres y adicionalmente, podría evitar que tomen decisiones a partir de la experiencia de otras mujeres, más que por la información que tienen.

- Asegurar la elección libre e informada del método por parte de las mujeres y sus parejas, solicitando siempre la autorización para la colocación de los mismos.
- Doblar esfuerzos en la promoción de las ventajas de la anticoncepción antes del primer embarazo a través de pláticas en las escuelas, pláticas de Oportunidades, GAPS y cualquier otra oportunidad que se identifique.
- Proporcionar información sobre las desventajas y riesgo del embarazo a temprana edad.
- Buscar mecanismos que garanticen el abasto de todos los métodos, sobre todo de aquellos que tienen una mayor solicitud por parte de los usuarios.
- Insistir en el abasto de condones así como su distribución, esto principalmente por su doble efecto, es decir, tanto para la disminución de embarazos como de ITS.
- Ampliar entre las mujeres, la difusión del uso correcto de los condones y enfatizar las ventajas que trae para ellas el uso de este método.
- Favorecer entre las mujeres, el desarrollo de habilidades para la negociación del uso de condón con sus parejas.

Infecciones de transmisión sexual:

- Se debe proporcionar información sobre las diferentes ITS, formas de transmisión y prevención, especialmente diferenciarlas de las infecciones vaginales.
- Asegurar que las mujeres posean información sobre los síntomas y señales específicos para cada ITS, a fin de que ellas puedan identificar anomalías y acudir para su atención oportuna.
- Proporcionar información clara en relación al tratamiento y/o cura de las ITS, con el objetivo de abatir la noción de que las ITS no tienen cura y de que su falta de atención y tratamiento puede derivar en una complicación severa y grave como el desarrollo de cáncer cérvico uterino.
- Ampliar la aplicación de pruebas rápidas de detección a otros grupos de riesgo, además de las embarazadas.
- Implementar una estrategia de promoción general, más que focalizada a adolescentes.

- Ampliar entre las mujeres, la difusión del uso correcto de los condones y enfatizar las ventajas que trae para ellas el uso de este método.
- Favorecer entre las mujeres, el desarrollo de habilidades para la negociación del uso de condón con sus parejas.

Cáncer de mama:

- Abatir la confusión que las mujeres tienen entre autoexploración y mastografía, precisando diferencias entre una y otra, la periodicidad con la que se deben de hacer, el perfil de las mujeres que se tienen que hacer estos exámenes (edad, paridad, herencia, estilos de vida) y el procedimiento y/o técnica específica a seguir.
- Aclarar los riesgos y principales síntomas para la prevención y/o detección oportuna.
- Promover estilos de vida saludables como una alimentación sana y la práctica de ejercicio físico, así como reducir prácticas nocivas como el consumo de alcohol y tabaco.
- Buscar mecanismos óptimos para la entrega de resultados de la mastografía, así como seguimiento de los mismos por parte de los Centros de Salud y las mujeres.
- Buscar estrategias de capacitación más efectivas para reforzar la información que los proveedores en los servicios de salud poseen en relación a la prevención, detección y atención del cáncer de mama y a su vez estos puedan transmitir esta información a las mujeres.

Cáncer cérvico uterino:

- Promover mensajes claros con información precisa e inequívoca sobre la prueba del PAP, particularmente sobre cuándo se debe iniciar con este examen, periodicidad y perfil de las mujeres que se tienen que hacer estos exámenes (edad, estilos de vida, etc.).
- Buscar mecanismos óptimos para reducir los tiempos de entrega de resultados del PAP, así como seguimiento de los mismos por parte de los Centros de Salud y las mujeres.

- Promover la auto-toma de híbridos, esto sin duda ayudaría para que aquellas mujeres que no se realizan el PAP por pena o porque sus compañeros no se los permiten, puedan llevar a cabo un control de su estado de salud sexual.
- Buscar fondos para apoyar económicamente y/o con un medio de transporte a aquellas mujeres que sean canalizadas a hospitales e instituciones de un segundo o tercer nivel, fuera de su comunidad habitual de residencia, para una atención más especializada en relación a cáncer cérvico uterino.

X) ANEXOS

Fotos (anexo 1):





Instrumentos (Guías) (anexo 2):

INTRODUCCION [A TODAS LAS DE MUJERES]

¿Cómo se llama?
 ¿Cuántos años tiene?
 ¿Dónde vive usted? – Si no es de esa localidad, cuánto hizo de camino – transporte ¿De dónde es usted? [o ¿dónde nació?]
 ¿Está casada o vive con su pareja? -- ¿Desde cuándo? -- ¿Vive con usted?
 ¿Tiene hijos? -- ¿Cuántos? -- ¿Qué edades tienen?
 ¿Hasta qué año fue a la escuela? [o ¿Sabe leer y escribir?]
 ¿Cuándo aprendió el castellano – el español?
 ¿Habla alguna lengua indígena?
 ¿Generalmente qué lengua habla usted en su casa – fuera de su casa?
 ¿Es usted indígena?
 ¿Cuál es el motivo por el que hoy viene al Centro de Salud (CS)?

Exclusión

Menores de 20 años
 Que no entiendan español
 Qué sean solteras
 Qué no tengan hijos
 Que estén con un bebé cargando

VISITA AL CENTRO DE SALUD [PREGUNTAS FILTRO – IDENTIFICACION NIVEL DE COMUNICACION]

¿Qué tan seguido viene usted al CS?
 ¿Generalmente por qué tipo de motivos es que usted viene al CS?
 ¿Cuándo viene, cómo cuánto tiempo tiene que esperar para que la atienda el médico?

Cuando le explica el médico alguna cosa, ¿usted siente que le entiende al médico?

- ¿En qué lengua habla usted con el médico y enfermera?
- Cuando viene al médico por algún problema de salud, ¿generalmente viene sola o alguien la acompaña?
- ¿Alguna vez la pesan y miden? // ¿Le toman la presión?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

LE VOY A PREGUNTAR ALGUNAS COSAS RELACIONADAS CON SUS HABITOS Y GUSTOS

¿A usted le gusta fumar? -- ¿Qué tan seguido fuma – cuánto al día/semana/? [Cigarro-cajetilla]
 - ¿Aquí en la comunidad qué tantas mujeres de su edad usted piensa que fuman?

¿A usted le gusta tomar alguna bebida con alcohol? -- ¿Qué toma? -- ¿Qué tan seguido toma esa bebida – cuánto al día/semana/? [¿Alguna vez que toma, luego se siente mareada o ya no se acuerda de las cosas – qué tan seguido eso le pasa?]

a) Facilitar la comunicación con imágenes

b) Facilitar la comunicación con imágenes

- ¿Aquí en la comunidad qué tantas mujeres que tienen + ó - su edad, usted piensa que les gusta tomar?

¿A usted le gusta hacer ejercicio, como caminar? -- ¿Qué tan seguido lo hace—cuándo camina y cuánto camina? --

- ¿Le gusta hacer algún otro ejercicio, ¿cómo cual? [Bailar, jugar algo en las canchas]

- ¿Aquí en la comunidad qué tantas mujeres que tienen + ó - su edad, usted piensa que les gusta hacer ejercicio? -- ¿Qué acostumbran hacer de ejercicio? ¿Cuándo?

¿Alguna vez aquí en el CS con el médico o la enfermera ha hablado sobre el tema del alcohol // fumar // comer o no comer // ejercicio? -- ¿Cuándo?, ¿qué le han dicho -- qué piensa usted? [Identificar si se ve como *riesgo a la salud*]

¿Alguna vez ha escuchado que es bueno que las mujeres hagan ejercicio para prevenir enfermedades?

¿Alguna vez ha escuchado que es bueno que las mujeres NO fumen para prevenir enfermedades?

¿Alguna vez ha escuchado que es bueno que las mujeres NO beban mucho alcohol para prevenir enfermedades?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

c) Facilitar la comunicación con imágenes



IDENTIFICACIÓN DE TEMA(S) PARA LA ENTREVISTA [PREGUNTAS FILTRO – IDENTIFICACION de uno o dos TEMAS PARA ENTREVISTA SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA Y RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS]

¿Alguna vez aquí en el CS le han hablado sobre los métodos de planificación familiar (PF)?

- Quién le ha dicho algo? (identificar si el médico o enf)

¿Alguna vez aquí en el CS le han hablado sobre las Infecciones de transmisión sexual? (Por ej; gonorrea, sífilis, VIH/SIDA). (...de que las mujeres pueden estar en riesgo de que les de alguna enfermedad en sus genitales // en sus partes?)

- Quién le ha dicho algo? (identificar si el médico o enf)

¿Alguna vez aquí en el CS le han hablado sobre el cáncer de mama? (...de que las mujeres pueden estar en riesgo de que les de este tipo de cáncer?)

- Quién le ha dicho algo? (identificar si el médico o enf)

¿Alguna vez aquí en el CS le han hablado sobre el cáncer cérvico uterino? (...de que las mujeres pueden estar en riesgo de que les de este tipo de cáncer?)

- Quién le ha dicho algo? (identificar si el médico o enf)

Entrevistas de :

Temas únicos:

PF // CACU // CAMA // ITS

Temas combinados

PF __ ITS

PF – CACU

ITS – CACU

PLANIFICACION FAMILIAR

- ¿Qué le han dicho aquí en el CS sobre la Planificación familiar.
- ¿Qué le han dicho aquí en el CS sobre métodos de PF? ¿quién se lo dijo?
- ¿Usted qué sabe que son los métodos de planificación familiar (MPF)? Para qué sirven?
- ¿De cuales MPF le han hablado en el CS?
- ¿Cuando le hablaron de MPF, usted vino sola o con su pareja?
- ¿Le explicaron un método o todos?, ¿Se los mostraron? – ¿cómo fue?
- ¿Alguna vez ha hablado con su pareja sobre la planificación familiar – los métodos?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Sabe de las pastillas o píldoras? ¿Actualmente las toma, o alguna vez las ha tomado? **OJO: Preguntar lo mismo** para pastilla del día siguiente o de anticoncepción de emergencia

Si sí:

- ¿Cuánto tiempo las ha tomado?
- ¿Se las dieron en el CS? ¿Siempre se las han entregado aquí en CS? (Indagar si alguna vez no las ha tomado porque no se la dieron por que no había disponibles en el CS)
- ¿Por qué o para que las tomó?
- ¿Cómo se sintió o se siente de estarlas tomando? (preguntar sobre su experiencia con las pastillas)
- ¿Quién decidió usar este método? (lo habló con su pareja, lo decidió ella o se lo dieron en el CS)
- ¿Qué piensa su pareja de que usted esté usando ese método?

Si no:

- ¿Conoce a otras mujeres que toman o han tomado las pastillas?
- ¿Sabe cómo fue su experiencia tomando las pastillas? Se sienten a gusto, tuvieron problemas, efectos secundarios, consecuencias, etc.

Aquí en el CS le han hablado sobre el DIU? Dispositivo? ¿Qué le han dicho? **OJO: Preguntar** lo mismo para Implantes y para inyecciones.

- ¿Quién le ha hablado de esto?
- ¿Aquí en el CS le han ofrecido colocarle el DIU?
- ¿Actualmente lo está usando o alguna vez lo ha usado?

Si sí:

- ¿Por cuánto tiempo lo usó o lo ha usado?
- ¿Cómo se sintió o se siente de estarlo usando? (preguntar sobre su experiencia con el DIU)
- ¿Tuvo algún problema con su uso? (Explorar consecuencias, utilidad, si está satisfecha)
- ¿Quién decidió usar este método? (lo habló con su pareja, lo decidió ella o se lo dieron en el CS)
- ¿Qué piensa su pareja de que usted esté usando ese método?

Si no:

- ¿Conoce a otras mujeres que usen o hayan usado el DIU?
- ¿Sabe cómo fue su experiencia con el uso del DIU? Se sienten a gusto, tuvieron problemas, etc.

a) Verificar qué entiende por PF

b) Verificar si le hablaron y mostraron métodos, cómo fue esto.

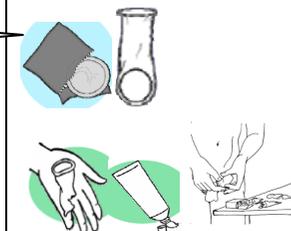


c) Verificar cuando se hable de cada método, el que se entienda cual es utilizando imágenes



¿Aquí en el CS alguna vez le han hablado del condón como un método de PF?
 ¿Sabe si alguna vez a su pareja le han explicado algo sobre el uso del condón como un método de PF?
 ¿Sabe cómo se usa un condón? ¿Cómo se pone, cómo se quita?
 ¿Alguna vez ha escuchado // o le ha pasado// que los condones se pueden romper, resbalar. ¿Sabe cómo se evita esos problemas?
 ¿Alguna vez le han dicho algo sobre usar lubricantes [liquidito] ¿
 ¿Usted ha hablado con su pareja de este método?

d) Verificar uso de condón



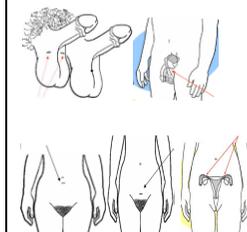
Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Cuándo diría usted que hay que usar ese método (condón)?
 ¿Alguna vez usted con su pareja ha usado el condón como un método de PF? – qué tan seguido lo usan
 ¿Usted sabe si las mujeres con sus parejas cuando tienen relaciones sexuales usan ese método?
 ¿Su pareja está de acuerdo en usar condón --- usted está de acuerdo en usar condón? Por qué
 ¿Aquí en el CS le dan condones? ¿Qué tan seguido? -- ¿Quién y cuándo viene a recoger los condones?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Le han hablado de los métodos de PF definitivos como salpingoplastia y vasectomía? ¿Quién? (CS)
 ¿Qué le han dicho de estos métodos? Para qué son?
 ¿Le han hablado sobre la salpingoclasia? (salpingo, ligadura o atadura de trompas, esterilización femenina, etc) ¿Qué es? ¿Quién se puede hacer este procedimiento?
 ¿Quién le ha hablado de la salpingo?

e) Verificar que se entienda métodos definitivos



¿Usted está operada? ¿se hizo la salpingo? // ¿Su pareja conoce de este método? **OJO: Hacer adecuación** para preguntar por vasectomía?

<p>Si sí: ¿Cómo decidió ese método? (lo habló con su pareja, lo decidió ella o se lo dieron en el CS) ¿Cómo se sintió o se siente con haber decidido ese método? ¿Tuvo algún problema con su operación? ¿Dónde se la hicieron? – ¿Hace cuánto? ¿Qué piensa su pareja de que usted operada?</p>	<p>Si no: ¿Usted conoce a mujeres / varones que se la han hecho? ¿cuál ha sido su experiencia? Se sienten a gusto, tuvieron problemas</p>
--	--

¿Se haría la salpingo // su pareja la vasectomía? Por qué si, por qué no?
 ¿A usted le gustaría que su pareja se la hiciera?

¿En el CS le han hablado sobre los métodos de PF tradicionales? ¿Qué le han dicho? ¿Cuáles de estos conoce?
¿Conoce el método el Billings? (método del moco cervical, método de la ovulación, etc.) OJO: Preguntar lo mismo para ritmo o calendario
¿Quién le explicó este método? ¿Qué le dijeron?
¿Su pareja conoce este método? ¿qué opina de él?
¿Usted lo ha intentando usar?

Si sí:

¿Cómo se sintió o se siente de estarlo usando? (preguntar sobre su experiencia)
¿Alguna vez usando este método ha quedado embarazada?
¿Tiene o ha tenido algún problema con el uso de este método?
¿Quién decidió usar este método? (lo habló con su pareja, lo decidió ella o se lo dieron en el CS)

Si no:

¿Conoce a mujeres que hayan usado este método?
¿Sabe cuál ha sido su experiencia?

¿Los hijos que tiene son los que se imaginaba que iba a tener? -- **¿Cuántos más – o cuántos menos?**

¿Le gustaría que en el CS le dieran más información sobre los métodos?- **¿quién- cuando—cómo- sobre qué?**

f) Verificar que se entienda métodos naturales



INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS / VIH / SIDA)

¿Alguna vez usted ha escuchado que las mujeres pueden estar en riesgo de tener infecciones de transmisión sexual (ITS)?

¿Qué le han dicho en CS o que ha escuchado acerca de las EV? [Por ej: Gonorrea, Sífilis, VIH]

¿Quién se lo ha dicho?

¿Cuáles ITS conoce?

¿Sabe o ha escuchado a quién le puede dar una ITS o por qué nos puede dar una ITS? [Identificar si conoce todas las principales]

¿Usted ha escuchado algo en relación a que las mujeres pueden enfermar cuando ellas o sus compañeros han tenido otras parejas sexuales sin usar el condón?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Sabe o se imagina qué se siente cuando uno tiene alguna ITS, qué le pasa al cuerpo?

¿Cuándo o cómo sabe una mujer si tiene una EV? // ¿Cuándo un hombre tiene una ITS? [Síntomas]

¿Usted sabe si ha tenido alguna ITS?

¿Cuál?

¿Le dieron tratamiento? ¿A usted / a su pareja / ambos?

¿Asistieron los dos a consulta?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

a) "Imágenes multi-parejas" Verificar si puede identificar la posibilidad de que una persona tenga más de una pareja sexual



b) Verificar conocimiento de otras formas de transmisión



c) Verificar que alguna vez ha escuchado, visto o sentido que las mujeres se quejan de dolores o molestias.



d) Verificar identificación de molestias que los hombres se quejan:

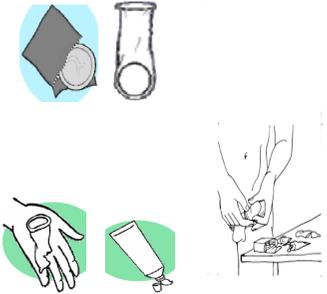


¿Cómo se puede prevenir? -- ¿Alguna vez ha escuchado algo sobre el uso de condón para prevenir las ITS?
 ¿Aquí en el CS alguna vez le han hablado del condón ¿
 ¿Cuándo diría usted que hay que usar un condón?
 ¿Sabe si alguna vez a su pareja le han explicado algo sobre el uso del condón?
 ¿Sabe cómo se usa un condón? ¿Cómo se pone, cómo se quita?
 ¿Alguna vez ha escuchado // o le ha pasado// que los condones se pueden romper, resbalar. ¿Sabe cómo se evita esos problemas?
 ¿Alguna vez le han dicho algo sobre usar lubricantes [liquidito] ¿
 ¿Usted ha hablado con su pareja de este método?
 ¿Usted alguna vez ha hablado con su pareja sobre las ITS?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Alguna vez usted con su pareja ha usado el condón para evitar una ITS? – qué tan seguido lo usan
 ¿Su pareja está de acuerdo en usar condón --- usted está de acuerdo en usar condón? Por qué
 ¿Usted sabe si las mujeres con sus parejas cuando tienen relaciones sexuales usan ese método?
 ¿Aquí en el CS le dan condones? ¿Qué tan seguido? -- ¿Quién y cuándo viene a recoger los condones?
 ¿Ha escuchado si las EST se curan? ¿cuáles si/no?
 ¿Conoce a otras mujeres que hayan tenido alguna EV?
 ¿Aquí en su comunidad, alguna vez las mujeres hablan sobre las ITS? // VIH/SIDA?
 ¿Conoce algún remedio para curar las ITS? ¿Quién se lo platicó o enseñó?
 ¿Aquí en la comunidad , ¿cuándo una mujer sospecha que tiene una ITS, generalmente qué hace?
 ¿Aquí en la comunidad las parteras o curanderos saben de remedios para prevenir o para curar las ITS?
 ¿Alguna vez usted ha ido con alguno de ellos por esta razón? – ¿Qué le dieron? --¿Le sirvió?
 ¿Le gustaría que en el CS le dieran más información sobre las ITS?- ¿quién- cuando—cómo- sobre qué le gustaría saber más?

e) “Imágenes condón y uso de condón”.
 Verificar si lo conoce, sabe cómo se usa, sabe se puede romper”



CANCER CERVICO-UTERINO

¿Alguna vez ha escuchado que las mujeres pueden estar en riesgo de tener un cáncer que se llama Cérvico uterino?

¿Usted cómo sabe o se imagina que es la enfermedad del cáncer?

¿Sabe o se imagina que se siente algo cuando una mujer tiene cáncer cérvico uterino?

¿Cómo puede saber una mujer si tiene ese cáncer?

¿Sabe o se imagina si tener cáncer tiene alguna consecuencia en la salud de una mujer?

¿Sabe si hay algo que las mujeres pueden hacer para prevenir que les de cáncer cérvico uterino?

¿Ha oído hablar de un examen que las mujeres se hacen que se llama papanicolao – PAP? ¿Qué ha escuchado sobre esto?

¿Quién se lo ha dicho? – [identificar si en el SC]

¿Usted sabe cómo es ese examen?

¿Aquí en el CS le han recomendado a Usted que se lo haga? ¿Cuántas veces le han dicho que se lo haga?

¿Usted se lo ha hecho?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

Si:

- dónde – quién se lo hace --- cada cuándo – cuándo se entera resultados – quién le da los resultados.
- quién la acompaña a hacerse el examen--- marido sabe --- marido acompaña --- médico habla con los dos
- cómo se sintió en el examen (le dolió, le asustó, fue difícil) cómo se sintió después del examen
- cómo se sintió después del resultado --- cuándo se lo piensa hacer otra vez

No:

- ¿Por qué no se lo ha hecho?
- ¿Conoce a mujeres que se han hecho este examen?,
- ¿cómo se sintieron?
- ¿Sabe si es doloroso, incómodo?

¿Ha escuchado o sabe a qué mujeres se les debe hacer ese examen?

¿A qué edad es recomendable hacerlo?--- cada cuándo?

¿Hasta qué edad es recomendable hacer ese examen

a) “Mujer Exploración ginecológica. Verificar si con la imagen identifica o no el tipo de examen



¿Usted ha escuchado algo en relación a que las mujeres pueden enfermar cuando ellas o sus compañeros han tenido otras parejas sexuales sin usar el condón?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Aquí en el CS alguna vez le han hablado del condón ¿

¿Cuándo diría usted que hay que usar ese método (condón)?

¿Sabe si alguna vez a su pareja le han explicado algo sobre el uso del condón?

¿Sabe cómo se usa un condón? ¿Cómo se pone, cómo se quita?

¿Alguna vez ha escuchado // o le ha pasado// que los condones se pueden romper, resbalar. ¿Sabe cómo se evita esos problemas?

¿Alguna vez le han dicho algo sobre usar lubricantes [liquidito] ¿

¿Usted ha hablado con su pareja de este método?

¿Alguna vez usted con su pareja ha usado el condón como un método de PF? – qué tan seguido lo usan

¿Su pareja está de acuerdo en usar condón --- usted está de acuerdo en usar condón? Por qué

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Usted sabe si las mujeres con sus parejas cuando tienen relaciones sexuales usan ese método?

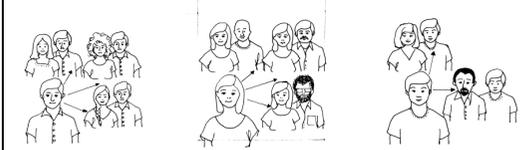
¿Aquí en el CS le dan condones? ¿Qué tan seguido? -- ¿Quién y cuándo viene a recoger los condones?

¿Sabe qué se puede hacer si se detecta a tiempo que una mujer tiene un cáncer cérvico-uterino?

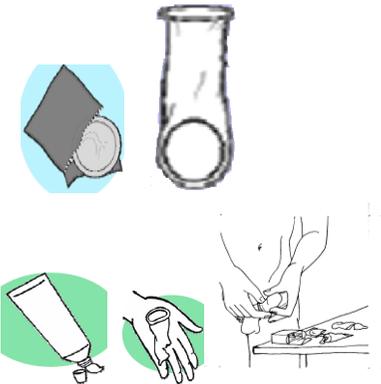
¿Le gustaría que en el CS le dieran más información sobre el cáncer cérvico uterino ?- ¿quién- cuando—cómo- sobre qué le gustaría saber más?

¿Le gustaría que en el CS le dieran más información sobre examen de PAP?- ¿quién- cuando—cómo- sobre qué le gustaría saber más?

b) “Imágenes multi-parejas” Verificar si puede identificar la posibilidad de que una persona tenga más de una pareja sexual



c) “Imágenes condón y uso de condón”. Verificar si lo conoce, sabe cómo se usa, sabe se puede romper”



CANCER DE MAMA

¿Alguna vez usted ha escuchado que las mujeres pueden estar en riesgo de tener un cáncer de mama o de pecho?

¿Usted cómo piensa que es la enfermedad del cáncer?

¿Qué consecuencias piensa usted que tiene el cáncer en la salud de una mujer?

¿Qué sabe o piensa usted que pasa si una mujer tiene cáncer de mama? ¿Sabe usted si es una enfermedad que se cura?

¿Sabe o se imagina que se siente algo cuando uno tiene ese cáncer?

¿Cuándo o cómo se imagina usted que una mujer sabe si tiene ese tipo de cáncer?

¿Usted conoce alguna mujer que tenga o haya tenido ese cáncer?

¿Alguna vez aquí en el CS o en algún otro lugar ha escuchado que las mujeres deben de revisar su pecho para ver si notan algo que ha cambiado?

¿Alguna vez aquí en el CS ha escuchado o le han dicho que hay que revisar su pecho para ver si tiene alguna bolita?

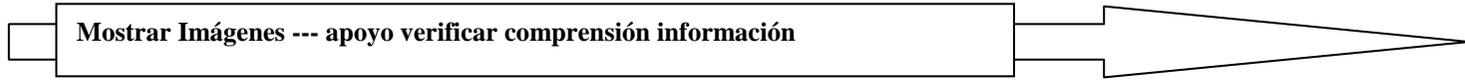
¿Alguna vez aquí en el CS ha escuchado o le han dicho que hay que revisar su pecho para ver si su pezón se ha cambiado (invertido)?

¿Alguna vez aquí en la consulta le han dicho que usted debe hacer una revisión para ver si nota que tiene alguna bolita o algo diferente en sus pechos?

¿Quién se lo ha dicho? – le explicaron cómo y cuándo hay que hacer la revisión – cómo se lo explicaron (usaron materiales, sólo se lo dijeron, mostraron videos, etc.)

- Qué indicaciones le dieron: a partir de qué edad es necesario hacer autoexploración, cada cuándo [una vez al mes 7-10día?], ¿qué debe hacer si nota algo diferente?
-

¿Alguna vez usted ha hecho esa revisión? ¿Cada cuándo hace esa revisión?



SI

¿Ha notado algo diferente en su/sus pecho/s – ha hecho algo al respecto?
¿Qué piensa sobre esa revisión que usted se ha hecho – cómo se siente?
¿Se siente segura de que la está haciendo bien, como le enseñó el médico?

NO

[Según respuestas anteriores preguntar]
¿Cree que las mujeres deben hacerse esa revisión? Por qué sí // Por qué no

¿Alguna vez aquí en la consulta a usted le han revisado su/s pecho/s

- ¿A qué mujeres usted diría que hay revisar?
- Qué hayan revisado si tiene alguna bolita en algún pecho
- Que hayan revisado cambios en su piel o cambios en el tamaño de su/s pecho/s
- Que hayan revisado cambios en la forma o posición de su pezón o que salga algún liquidito que no es leche o sangrado del pezón
- Que hayan revisado su axila para ver si hay alguna bolita

a) "Pecho problemas". Verificar si ella no ha escuchado nada sobre c/u de ellos.

b) "Mujer autoexploración". En caso de que sí, verificar si ella sabe sobre posición brazo, movimiento mano etc.

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Cuántas veces la han revisado (o cada cuándo) --- quién revisa – qué le han dicho? ¿le explican para qué la revisan?
¿Qué piensa usted sobre ese examen que le ha hecho – cómo se siente --- sabe el resultado?
¿Quién la ha acompañado – sabe su esposo --- qué dice su esposo?

¿Alguna vez le han dicho que debe hacerse un examen de su pecho en un aparato que se llama mastógrafo (donde usted se quita su ropa de la parte de arriba y tiene que poner uno de sus senos entre unas planchas de fierro y poco a poco lo aprietan y toman una como foto para verlo por dentro de su piel)?
¿Alguna vez le han hecho ese estudio? – le explicaron cómo sería ese examen?
¿Dónde se lo hicieron? ¿Le explicaron su resultado?

Mostrar Imágenes --- apoyo verificar comprensión información

¿Sabe o se imagina para qué es ese estudio – quién se lo dijo? ¿Qué mujeres se lo tienen que hacer?
¿Sabe cuándo hay que hacer ese estudio – sabe cada cuándo hay que hacer – sabe edad para hacer?
¿Sabe si alguna mujer se lo ha hecho? -- ¿Sabe dónde se lo han hecho? ¿Sabe si le entregaron resultados?

¿A qué mujeres cree usted que les puede dar cáncer de mama?

¿Sabe si hay algo que las mujeres pueden hacer para ayudar a que no les de cáncer de mama/pecho? ¿Qué cosas?
¿Sabe o ha escuchado si dar pecho a los bebés puede ayudar a las mujeres para que no les de cáncer de pecho? [Cómo sabe eso o dónde lo ha escuchado, usted qué piensa de eso]
¿Sabe o ha escuchado si hay alimentos que ayudan para que a las mujeres no les de ese cáncer? [Cómo sabe eso o dónde lo ha escuchado, usted qué piensa de eso]
¿Sabe o ha escuchado si hacer ejercicio ayudan para que a las mujeres no les de ese cáncer? [Cómo sabe eso o dónde lo ha escuchado, usted qué piensa de eso]

¿Usted alguna vez ha pensado que le puede dar cáncer de mama?

¿Le gustaría que en el CS le dieran más información sobre el cáncer de mama?- ¿quién- cuando—cómo- sobre qué le gustaría saber más?

Verificar utilizando imágenes si le han realizado alguna exploración de ese tipo



c) “Exploración -parada axila”



d) “Exploración – acostada”



e) “Mujer mastografía”

GUIA PROVEEDORES DE SALUD [MEDICOS // ENFERMERAS // y/o PROMOTORES]

¿Existe algún programa de salud sobre cáncer de mama en Morelos?	¿Existe algún programa de salud sobre c cervicouterino en Morelos?	¿Existe algún programa de salud sobre <u>ITS/VIH/SIDA</u> en Morelos?	¿Existe algún programa de salud sobre PF en Morelos?
<ul style="list-style-type: none"> - Cómo se implementa aquí en este CS - Medios que se utilizan para su difusión - A qué población va dirigido - Como llegan a la población de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo se implementa aquí en este CS - Medios que se utilizan para su difusión - A qué población va dirigido - Como llegan a la población de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo se implementa aquí en este CS - Medios que se utilizan para su difusión - A qué población va dirigido - Como llegan a la población de interés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo se implementa aquí en este CS - Medios que se utilizan para su difusión - A qué población va dirigido - Como llegan a la población de interés.
<ul style="list-style-type: none"> - Quién y cómo capacitan o enseñan a las mujeres la autoexploración – resultados - Quién realiza la exploración en consulta - A quiénes se les hace o se le recomienda mastografía / ultrasonido <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dónde se hacen ➤ Quién las hace ➤ Caravanas – Rutas de la salud ➤ Logística: tiempos, calendario, referencia, periodicidad ➤ Entrega resultados y Consejería ➤ Costo - apoyo para el traslado en caso de requerir atención médica especializada si se identifica Dx+ 	<ul style="list-style-type: none"> - A quiénes se les hace o recomienda citología o Pap // estudios para detección VPH <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dónde se hacen ➤ Quién las hace ➤ Caravanas – Rutas de la salud ➤ Logística: tiempos, calendario, referencia, periodicidad ➤ Entrega resultados y Consejería ➤ Costo - apoyo para el traslado en caso de requerir atención médica especializada si se identifica Dx+ 	<ul style="list-style-type: none"> - A quiénes se les hace o se le recomienda prueba de VIH/ o estudios de sífilis/gonorrea - A quiénes se les recomienda estudios para detección VPH <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dónde se hacen ➤ Quién las hace ➤ Caravanas – Rutas de la salud ➤ Logística: tiempos, calendario, referencia, periodicidad ➤ Entrega resultados y Consejería ➤ Costo - apoyo para el traslado en caso de requerir atención médica especializada si se identifica Dx+ 	<ul style="list-style-type: none"> - Qué estrategias se implementan para que los usuarios/usuarioas conozcan y seleccionen el método. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dónde se hace ➤ Quién las hace ➤ Caravanas – Rutas de la salud ➤ Logística: tiempos, calendario, referencia, periodicidad, seguimiento ➤ Consejería ➤ Costo - apoyo para el traslado en caso de requerir atención médica especializada si se identifica problema o se elige método definitivo

¿Existe algún programa de salud sobre cáncer de mama?	¿Existe algún programa de salud sobre c cervicouterino?	¿Existe algún programa de salud sobre <u>ITS/VIH/SIDA</u> en Morelos?	¿Existe algún programa de salud sobre PF en Morelos?
<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de sensibilización y/o promoción se ofrecen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Pláticas, distribución de folletos o materiales. ➤ Quién determina contenidos // imágenes ➤ Tipo de información sustantiva que se transmite para prevención ➤ Cuenta con materiales y personal capacitado para trabajar con esta población 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de sensibilización y/o promoción se ofrecen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Pláticas, distribución de folletos o materiales. ➤ Quién determina contenidos // imágenes ➤ Tipo de información sustantiva que se transmite para prevención ➤ Cuenta con materiales y personal capacitado para trabajar con esta población 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de sensibilización y/o promoción se ofrecen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Pláticas, distribución de folletos o materiales. ➤ Quién determina contenidos // imágenes ➤ Tipo de información sustantiva que se transmite para prevención ➤ Cuenta con materiales y personal capacitado para trabajar con esta población 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de sensibilización y/o promoción se ofrecen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Pláticas, distribución de folletos o materiales. ➤ Quién determina contenidos // imágenes ➤ Tipo de información sustantiva que se transmite para prevención ➤ Cuenta con materiales y personal capacitado para trabajar con esta población
<ul style="list-style-type: none"> - Cómo percibe que las mujeres responden al programa de prevención <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Autoexploración ➤ Atención a síntomas. ➤ Seguimiento de estudios ➤ Participación de las parejas . ➤ Problemas frecuentes (Formas de comunicación cuando hablan lengua indígena. Estrategias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo percibe que las mujeres responden al programa de prevención <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Autoexploración ➤ Atención a síntomas. ➤ Seguimiento de estudios ➤ Participación de las parejas ➤ Problemas frecuentes (Formas de comunicación cuando hablan lengua indígena. Estrategias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo percibe que las mujeres responden al programa de prevención <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Autoexploración ➤ Atención a síntomas. ➤ Seguimiento de estudios ➤ Participación de las parejas ➤ Problemas frecuentes (Formas de comunicación cuando hablan lengua indígena. Estrategias) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo percibe que las mujeres responden al programa de prevención <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta ➤ Autoexploración ➤ Atención a síntomas. ➤ Seguimiento de estudios ➤ Participación de las parejas ➤ Problemas frecuentes (Formas de comunicación cuando hablan lengua indígena. Estrategias)
<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del personal del CS sobre problema y programa de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del personal del CS sobre problema y programa de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del personal del CS sobre problema y programa de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del personal del CS sobre problema y programa de prevención. -

CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD

- 1) Puesto que ocupa: _____
- 2) Número de meses _____ o años _____ en que se encuentra laborando en este Centro de salud.
- 3) Antigüedad en este puesto: _____
- 4) Edad: _____
- 5) Sexo: _____
- 6) Grado Académico: _____
- 7) Año de obtención de grado académico: _____
- 8) En los últimos dos años (2010 y/o 2011) ha recibido algún tipo de capacitación relacionada con los siguientes temas:
 - a) Planificación Familiar:
No ___ Si ___ Número de horas de capacitación _____
 - b) Infecciones de transmisión sexual:
No ___ Si ___ Número de horas de capacitación _____
 - c) Cáncer cervicouterino:
No ___ Si ___ Número de horas de capacitación _____
 - d) Cáncer de mama:
No ___ Si ___ Número de horas de capacitación _____
 - e) Perspectiva de género o equidad de género:
No ___ Si ___ Número de horas de capacitación _____

OBSERVACIÓN

LUGAR FISICO:	
Espacio aproximado de sala de espera	
Número de asientos	
Descripción de contenidos e idioma de todo lo que se encuentre pegado en las paredes (cuadros, poster, letreros)	
Si se encuentra material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere. (Hoja anexa)	

LUGAR FISICO:	
Identificar si existe algún tipo de folleto sobre información relacionada con contenidos de salud. Si tiene que ver con los programas prioritarios del estudio, pedir al proveedor si puede tomar uno o copiar datos más importantes (Hoja anexa)	
DINAMICA SOCIAL EN SALA DE ESPERA	
Cuántas mujeres mayores de 25 años hay en consulta externa (edad aproximada)	
Estas mujeres con quién van (hijos, edades aprox, compañeros, otras mujeres)	

LUGAR FISICO:	
En qué hablan entre ellas (Nahuatl, castellano)	
Las personas que están en espera se encuentran (Paradas, sentadas [piso, silla])	
Las personas que están en espera se encuentran (calladas, hablando entre ellas, bordando, comiendo, otra – cuál)	
Cuando el personal de salud se refiere a ellas/ellos, en qué idioma les habla y en qué idioma responden .	
Se identifica algún tipo de traductor en el CS	
Identificar tiempo aproximado de consultas	
Identificar si hay consultorios especializados	
Identificar si hay personal de salud realizando alguna labor en consulta externa – cuál	
Si se encuentra material relacionado con los programas prioritarios del estudio, describir con detalle el tipo de información al que se refiere.	

Imágenes – verificadores en las entrevistas (anexo 3):

CONSULTA - Centro de Salud

CONSULTA Centro de Salud - Hábitos



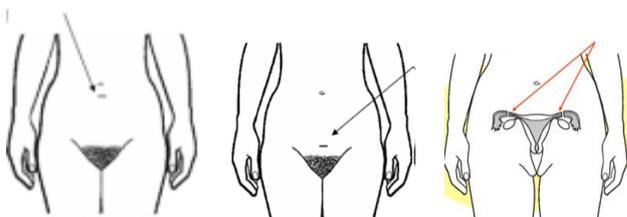
Planificación Familiar - Condón



Método anticonceptivo definitivo- Hombres



Método anticonceptivo definitivo- Mujeres



Método - Tradicional



Exploración Centro de Salud – Problemas ganglios y mamas



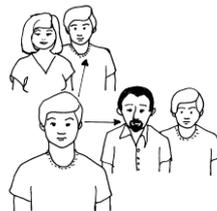
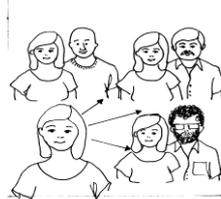
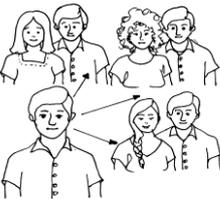
Mastografía – Detección problemas mamas



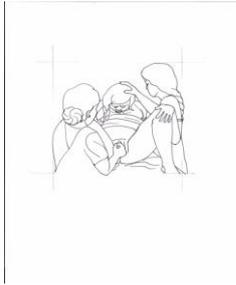
PAP



Transmisión sexual



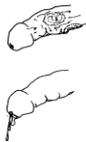
Transmisión - otras vías no sexual



ITS – Síntomas - Mujeres



ITS – Síntomas - Hombres



Planificación Familiar - Selección de Método



Planificación Familiar – Métodos Modernos



CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS (anexo 4)

Número total de entrevistas: 114

Motivo de Consulta	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Enfermedad del hijo	3	3	3	2	11	9
Por vacunación		4	2	2	8	7
Por enfermedad de otro familiar	0	0	0	1	1	1
Enfermedad de ella	1	1	4	1	7	6
Chequeo de ella	8	4	3	1	16	14
Seguimiento a un programa especial	3	1	2	2	8	7
Seguimiento de enfermedad crónica	1	2	1	0	4	4
Asistir a plática de Oportunidades o seguro popular	12	5	9	8	34	30
No aplica (visita domiciliaria)	8	3	7	7	25	22

Edad de las mujeres	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Menor de 25	8	6	0	2	18	14
Entre 26 y 30	8	3	3	3	17	15
Entre 31 y 35	3	7	10	6	26	23
Entre 36 y 40	8	4	6	5	23	20
Entre 41 y 45	3	1	7	3	14	12
Entre 46 y 50	2	2	4	1	9	8
Mayores de 51	0	0	1	5	6	5
No información	0	1	0	2	3	3

Edad de la pareja	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Menor de 25	2	3	0	0	5	5
Entre 26 y 30	11	3	3	0	17	15
Entre 31 y 35	2	9	4	5	20	18
Entre 36 y 40	5	4	8	5	22	19
Entre 41 y 45	4	2	5	3	14	12
Entre 46 y 50	1	2	2	1	6	5
Mayores de 51	0	0	1	5	6	5
No información	5	5	8	6	24	21

Estado civil	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Casada o unión libre	32	24	30	17	103	90
Separada o divorciada	0	0	2	4	6	5
Madre soltera o viuda	0	0	0	3	3	3
No información	0	0	0	0	2	2

Número de hijos	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Ninguno	0	0	1	3	4	3
Uno	2	3	2	3	10	9
Dos	12	6	11	6	35	31
Tres	9	7	8	4	28	25
Cuatro	4	5	7	2	18	16
Más de cuatro	3	2	2	8	15	13
No hay información	2	1	0	1	4	3

Escolaridad	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
No fue a la escuela	0	2	1	2	5	4
Primaria incompleta	1	0	4	6	11	10
Primaria completa	5	7	4	3	19	17
Secundaria incompleta	3	2	1	1	7	6
Secundaria completa	14	8	15	7	44	39
Más de secundaria	4	2	1	0	7	6
No hay información	5	3	5	8	21	18

Sabe lengua indígena	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Si	7	8	7	8	30	26
No	14	11	13	9	47	41
Entiende pero no lo habla	7	4	11	6	28	25
No hay información					9	8

Habla lengua indígena en el hogar	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Si	7	6	4	7	24	21
No	20	14	16	17	67	59
Familiares lo hablan, ella entiende pero no lo habla	2	0	2	0	4	3
No información					19	17

Habla lengua indígena fuera del hogar	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Si	5	5	5	7	22	19
No	22	15	15	15	67	59
Entiende pero no lo habla	4	1	7	1	13	11
No información					12	11

Algún familiar habla lengua indígena	PF	ITS	CACU	CAMA	TOTAL	%
Si	26	18	24	19	87	77
No	3	6	4	3	16	14
No información	3	0	4	4	11	9

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR COMUNIDAD (Anexo 5)

Número total de entrevistas: 114

Edad de las mujeres

Comunidad	De 20 a 24	De 25 a 35	De 36 a 45	Mayor de 46	Otro	TOTAL	%
Cuatepec	5	7	7	3	0	22	19
Hueyapan	0	5	6	3	0	14	12
Sta. Catarina	1	12	8	5	0	26	23
Tetelcingo	7	7	9	1	3	27	24
Xoxocotla	3	13	9	0	0	25	22
Subtotal	16	44	39	12	3		

Número de hijos

Comunidad	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro	Otro	TOTAL	%
Cuatepec	0	5	7	1	5	4	0	22	19
Hueyapan	1	0	4	3	3	3	0	14	12
Sta Catarina	2	1	10	5	4	2	2	26	23
Tetelcingo	1	1	8	9	2	4	2	27	24
Xoxocotla	0	3	6	10	4	2	0	25	22
Subtotal	4	10	35	28	18	15	4		

Escolaridad

Comunidad	No fue a la escuela	Primaria	Secundaria	Más de secundaria	Otro	TOTAL	%
Cuatepec	2	5	9	2	4	22	19
Hueyapan	0	9	5	0	0	14	12
Sta Catarina	0	7	9	2	8	26	23
Tetelcingo	2	3	12	3	7	27	24
Xoxocotla	1	6	16	0	2	25	22
Subtotal	5	30	51	7	21		

Sabe lengua indígena

Comunidad	Sí	No	Entiende	Otro	TOTAL	%
Cuatepec	20	0	1	1	22	19
Hueyapan	5	5	4	0	14	12
Sta Catarina	1	12	13	0	26	23
Tetelcingo	3	18	3	3	27	24
Xoxocotla	1	12	7	5	25	22
Subtotal	30	47	28	9		

Hábitos

Comunidad	Bebe				Ejercicio				
	Sí	No	Otro	TOTAL	Sí	No	Otro	TOTAL	%
Cuatepec	9	12	1	22	9	12	1	22	19
Hueyapan	4	6	4	14	5	4	5	14	12
Sta Catarina	14	11	1	26	18	7	1	26	23
Tetelcingo	12	14	1	27	11	15	1	27	24
Xoxocotla	17	6	2	25	10	14	1	25	22
Subtotal	56	49	9		53	52	9		

CARACTERISTICAS DE LOS PROVEEDORES DE SALUD ENTREVISTADOS – (Anexo 6)

Localidad	Proveedor	Sexo	Edad	Puesto	Antigüedad	Grado	Año grado	Habla Nahuatl
Sta. Catarina	Enfermera	M	18	Enfermera pasante	3 meses	Tecnico en enfermería (pasante)	-	No
	Promotor	M	55	Promotora de salud	19 años	Odontología (trunca)	-	No
Tetelcingo	Médico	M	25	Médico pasante	9 meses	Médico pasante (servicio social)	-	No
	Enfermera	M	18	Enfermera pasante	3 meses	Técnico en enfermería (pasante)	-	No
Cuentepec	Médico	M	25	Directora del centro de salud	3 meses	Médico pasante (servicio social)	-	No
	Promotor	M	55	Promotora de salud	7 años	Secundaria	-	Si
Xoxocotla	Enfermera	M	35	Enfermera	3 meses	Técnico en enfermería	2005	No
	Promotor	M	27	Promotora de salud	1 mes y medio	Psicologa	2009	No
Hueyapan	Médico	H	23	Médico pasante	3 meses	Médico pasante (servicio social)	-	No
	Enfermera	M	35	Enfermera	4 años	Técnico en enfermería	1996	No

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES DE SALUD ENTREVISTADOS, CAPACITACIÓN (Anexo 7)

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD														
PF	Quién o Dónde	Tiempo (horas)	ITS	Quién o Dónde	Tiempo (horas)	CaCu	Quién o Dónde	Tiempo (horas)	CaMa	Quién o Dónde	Tiempo (horas)	GÉNERO	Quién o Dónde	Tiempo (horas)
No	-	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-
No	-	-	No	-	-	No	-	-	Si	SSA e INSP	8	Si	SSA	8
Si	SSA	12	No	-	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-
No	-	-	Si	Prácticas	-	Si	Prácticas	-	No	-	-	No	-	-
Si	Prácticas	-	Si	Prácticas	-	Si	Prácticas	-	Si	Prácticas	-	No	-	-
Si	SSA	8	Si	SSA	1 Día	Si	SSA e Internet	8	Si	SSA e Internet	8	No	-	-
No	-	-	Si	Compañeros del Centro de salud (informal)	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-
No	-	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-	No	-	-
Si	SSA	8	No	SSA	8	Si	SSA	8	Si	SSA	8	No	-	-
Si	SSA	8	Si	SSA	8	Si	SSA	8	Si	SSA	8	Si	SSA	8

INDICADORES META 1 (Anexo 8)

Proporción de Recomendaciones (PR) =Número de Recomendaciones(NR)/Número de procedimientos analizados(NPA)

PR=NR/NPA

PR=35/8

PR=4.37

➤ **NR= total de recomendaciones y NPA= temas tratados con mujeres y proveedores**

Proporción de Recomendaciones de política pública(PRPP)=Número de acciones de política pública por tipo de problemática(NAPPTP)/problemáticas atendidas(cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, VIH, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar) PA(CCU,CM,VIH,ITS,PF)

PRPP=NAPPTP/PA(CCU,CM,VIH,ITS,PF)

PRPP=NAPPTP/PA(CCU)

PRPP=13/4(CCU)

PRPP=3.25

PRPP=NAPPTP/PA(CM)

PRPP=13/4(CM)

PRPP=3.25

PRPP=NAPPTP/PA(ITS)

PRPP=16/4(ITS)

PRPP=4.0

PRPP=NAPPTP/PA(PF)

PRPP=19/4(PF)

PRPP=4.75

➤ **NAPPTP= Acciones de política pública señaladas por tema y PA= temáticas**

Proporción de Funcionariado Participante (PFP)=Número de funcionaria/os entrevistadas/os y/o encuestados desagregando por sexo, nivel, área(NFE)/ Número de funcionaria/os entrevistadas/os y/o encuestadas/os programados para entrevistas y encuestas(NFPE)

PFP=NFE/NFPE

Proveedores: PFP=NFE/NFPE

PFP=10/10

PFP=1

➤ **NFE= proveedores entrevistados y NFPE= proveedores programados**

Total Mujeres: PFP=NFE/NFPE

PFP=114/25

PFP=4.56

➤ **NFE= total de mujeres entrevistadas y NFPE= número mínimo de entrevistas programadas a mujeres**

Mujeres por Comunidad

Mujeres Cuentepec: PFP=NFE/NFPE

PFP=22/5

PFP=4.4

Mujeres Hueyapan: PFP=NFE/NFPE

PFP=14/5

PFP=2.8

Mujeres S.Catarina: PFP=NFE/NFPE

PFP=26/5

PFP=5.2

Mujeres Tetelcingo: PFP=NFE/NFPE

PFP=27/5

PFP=5.4

Mujeres Xoxocotla: PFP=NFE/NFPE

PFP=25/5

PFP=5

➤ **NFE= mujeres entrevistadas en cada comunidad y NFPE= número mínimo de entrevistas programadas a mujeres por comunidad**

XI) FUENTES

Bibliografía sustantiva en la cual se basa la conformación metodológica y elaboración de instrumentos:

Campero L, Kendall T, Caballero M, Mena AL, Herrera C. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio cualitativo con personas que viven con VIH/Sida en México. *Salud Pública Mex.* 2010 Jan-Feb;52(1):61-9.

Calfio Montalva M, Velasco LF, 2005. Mujeres indígenas en América Latina: Brechas de género o de étnia? Ponencia al Seminario Internacional "Pueblos indígenas y afrodescendientes Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas políticas y programas", CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005.

Chávez AM, Pérez A. Determinants of the use of contraceptives among the indigenous population in Mexico. *CRIM: Cuernavaca.*

Chávez AM, Menkes C, Hernández HH, Ruiz GA, Flores RA, 2007. La salud reproductiva de la población indígena. En: *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.* Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias – UNAM: México, 2007.

Hernández-Rosete D, García OM, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. [Migration and ruralization of AIDS: reports on vulnerability of indigenous communities in Mexico]. *Rev Saude Publica.* 2008 Feb;42(1):131-8.

Herrera C y Campero L. La Vulnerabilidad e Invisibilidad de las Mujeres ante el VIH/SIDA: Constantes y Cambios en el tema. *Salud Pública de México.* 2002; Vol. 44(6): 554-564.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), 2009. Avances en la equidad de género. En: *La Situación Demográfica de México 2009.* CONAPO: México.

Langer A, Nigenda G, 2000. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades. *Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo.*

Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejia LS, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R, Hernandez-Avila M. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008 Oct;17(10):2808-17.

López Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S345-S349.

Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S147-S156.

Mendoza D, Sánchez M, Hernández MF, Mendoza ME, 2009. 35 años de planificación familiar en México. En: *La Situación Demográfica de México 2009*. CONAPO: México.

Olaíz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J: *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Panamericana de la Salud, 2007. *Agenda de Salud para las Américas 2008–2017*. OPS: Panamá. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda Salud para las Americas 2008-2017.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)

Palacio-Mejía LS, 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 supl 2:S208-S219.

Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 3:S315-S325. This paper is available too at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Pelcastre-Villafuerte BE, Gómez LL, Betancourt AM, Cervantes ML. Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services. *Reprod Health*. 2007 Mar 1;4:2.

Romero Zepeda JA, Kumar Acharya A, Infante JM. Sexual and reproductive behaviors of the indigenous women: findings from Mexico. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, junio 2011, vol. 33, 114-130.

Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias – UNAM. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*.

World Health Organization, 2011. *Universal access to reproductive health: Accelerated actions to enhance progress on Millennium Development Goal 5 through advancing Target 5B*. WHO: Geneva.

Bibliografía apartado Metodológico

Bertaux, D. Los relatos de vida en el análisis social. En: *Historia Oral*. Instituto de Investigaciones Dr. José Mora. México: 1993. pp. 136-148.

Cabral Soto J, Escandón C, Hernández B, Ramos U (2008). "El SIDA y los jóvenes". En: Córdova JA, Ponce de León S, Valdespino JL (eds). 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Aldine de Gruyter: New York, 1967.

Gutierrez JP, Conde-González C, Walker D, Bertozzi S. Herpes simplex virus type 2 among Mexican high school adolescents: Prevalence and association with community characteristics. Arch Med Res 2007; 38: 774-782.

Gutierrez J, Bertozzi S, Conde-Gonzalez C, Sanchez-Aleman M. Risk behaviors of 15–21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. BMC Public Health 2006; 6: 49.

Lincoln I, Guba E. Naturalistic Inquiry. Sage Publications: Beverly Hills, 1985.

Maxwell JA. Understanding and Validity in Qualitative Research. Educ Rev 1992, Harvard; 62: 279-300.

Reyna M, Díaz C.V. Saber Hablar Poder Hablar. El lenguaje en la vida cotidiana. Colección Modular, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1989.

Spradley J. The Ethnographic Interview. Holt: New York, 1979.

XII) GLOSARIO DE TERMINOS:

CaCu: Cáncer Cérvico uterino

CaMa: Cáncer de mama

CS: Centros de Salud

ITS: Infecciones de transmisión sexual

IMEM: Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

MPF: Métodos de Planificación Familiar

Oportunidades: Programa Oportunidades

PAP: Papanicolaou

PF: Planificación Familiar

SSA: Secretaria de Salud

DR. MARCO ANTONIO ADAME CASTILLO
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE MORELOS
Lic. Ricardo Emilio Esponda Gaxiola
Secretario de Desarrollo Humano y Social del Estado de Morelos
Mtra. Adriana Rebeca Vieyra Olivares
Directora General del Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos



Línea de las Mujeres
GRATUITA Y CONFIDENCIAL
01 800 911 15 15



**GOBIERNO
FEDERAL**

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras (es) del presente trabajo