

Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino

Socio-cultural aspects of sexuality as obstacles to secondary prevention of cervical cancer

Silvia Lamadrid Alvarez ¹

¹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Av. Cap. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile.

Abstract *The purpose of the study is to explore some characteristics of women's perspectives on their sexuality, as there is information that associates the population's sexual culture with the incidence of cervical cancer. The value of sexual pleasure, sexual activity after menopause, and ways of preventing cervical cancer are explored. Data were obtained from a group of women attending primary care clinics in Santiago, Chile, and who were at least a year late for their Pap smear. The value women ascribed to sexuality was more positive than in previous studies performed in Chile. Women want to learn more about their bodies, although a minority still have negative perspectives concerning their sexuality. These results offer health services the opportunity to carry out educational activities with the purpose not only of increasing the number of women who have Pap smears but also of improving their quality of life.*

Key words *Cervix neoplasms; Papanicolaou; Gender; Sexuality*

Resumen *El artículo se propone explorar algunas características de la visión que las mujeres tienen respecto a su sexualidad, ya que existe información que vincula la cultura sexual de la población con la incidencia del cáncer cérvico uterino. Se exploran la valorización del placer sexual, del ejercicio de la sexualidad tras la menopausia, y las formas de prevenir el cáncer cervical, a través de las respuestas de un grupo de mujeres beneficiarias de Consultorios de Atención Primaria de Santiago de Chile, atrasadas en su examen de Papanicolaou por lo menos un año. Se observa que la valoración expresada por las mujeres de su sexualidad es más positiva que en estudios anteriores en Chile, y que hay disposición de las mujeres a aprender más sobre su cuerpo, aún cuando un grupo minoritario mantiene visiones negativas sobre la sexualidad. Esto abre perspectivas para una acción educativa de los servicios de salud, referida no sólo a mejorar las coberturas del examen de Papanicolaou, sino a mejorar la calidad de vida de las mujeres.*

Palabras clave *Neoplasias do Colo Uterino; Papanicolaou; Género; Sexualidad*

Introducción

En las últimas décadas, el cáncer cérvico uterino (CaCu) ha seguido siendo un problema importante de salud de la mujer en América Latina. En este artículo, sugerimos que la mayor exposición al riesgo de contraer CaCu se asocia a un sistema de relaciones de género muy desigual, entre las mujeres pobres de la región o de cultura hispana. Las mujeres ven entrabada su libertad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva, por el conjunto de valores y normas relacionadas con sus roles de género. Postulamos que la visión que las mujeres tienen de su identidad y de su sexualidad, además de incidir en el riesgo de CaCu, afecta su propensión a realizarse el examen ginecológico a través del cual se puede detectar precozmente la enfermedad.

Mundialmente, las más afectadas por esta patología son las mujeres pobres, que tienen menos acceso a la detección precoz. Los datos de que dispone la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que las tasas de CaCu son mayores en los países del Tercer Mundo, especialmente en América Latina, donde se cree, además, que hay subregistro de la mortalidad por esta causa, ya que se la asigna a "otras partes del útero", o a causas mal definidas. Además, dentro de cada país, hay tasas diferentes. En Argentina, las provincias más pobres tienen tasas más altas que el Gran Buenos Aires. Existe una relación entre pobreza y tasas de CaCu que se hace necesario explorar más (Restrepo & Herrero, 1991).

En los últimos 20 años, la tasa de mortalidad por tumores malignos al útero entre mujeres chilenas se ha mantenido estable, en alrededor de 12 muertes anuales por cada 100.000 mujeres. Este cáncer es la primera causa de muerte entre las mujeres de 20 a 44 años de edad (Ferrechio & González, 1994).

La presencia de CaCu se puede detectar, en etapas tempranas, a través de la toma de una muestra de células descamadas del cuello del útero, conocida como examen de Papanicolaou (Pap). En los países escandinavos, donde se han establecido programas dirigidos de toma de Pap, se ha obtenido una disminución de la incidencia y mortalidad por CaCu de 60%. También en Canadá el programa de toma sistemática de Pap ha sido tan exitoso en la reducción de la mortalidad, que se lo considera modelo para América (Restrepo & Herrero, 1991).

El actual programa de detección precoz de CaCu del Ministerio de Salud de Chile incluye la toma periódica de Pap, cada tres años, en to-

das las mujeres entre 25 y 64 años de edad, de acuerdo a recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La norma anterior en Chile era anual y, con la disminución de la periodicidad, se esperaba ampliar la cobertura.

Durante los últimos años, la infraestructura y la calificación del personal de los servicios de salud han mejorado mucho en lo que respecta a los métodos de detección precoz de este tipo de cáncer (Saavedra et al., 1981), por lo que hubiera sido lógico esperar una disminución de esa tasa. No obstante, sólo se ha logrado mantenerla estable. Las coberturas del examen de Pap siguen bajas (las estimaciones son entre 30 y 58% sobre el total de usuarias de consultorios; además no hay datos fidedignos, por la mala calidad de los registros en los consultorios) y concentradas en mujeres entre 15 y 35 años, que son las que acuden al Programa Materno Perinatal, dentro de cuyas acciones se incluye la toma del Pap.

A esa baja cobertura se suma el problema de registro, que lleva a la repetición de exámenes en las mismas mujeres. La mayoría de aquellas en edades de riesgo no se está controlando con la periodicidad suficiente, lo que podría explicar por qué, a pesar de las mejoras tecnológicas, no se logran bajar los índices de mortalidad: el cáncer es detectado sólo en etapas avanzadas, cuando se presentan los síntomas.

Se sabe que el riesgo de CaCu está asociado con variables y factores relacionados con la vida sexual y reproductiva: la edad de iniciación de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales de la mujer o de su compañero y el número de partos (Restrepo, 1992). Como señala este autor, "la certeza actual, sin embargo, sólo nos permite afirmar que el CaCu se comporta epidemiológicamente como una enfermedad de transmisión heterosexual y que posiblemente alguno o algunos agentes biológicos (virus?) pueden ser necesarios para desencadenar el proceso de malignización de las células del cuello del útero".

Investigaciones recientes indican una hipótesis que relaciona la frecuencia de CaCu con los patrones culturales de comportamiento sexual, estableciendo un modelo con tres tipos de sociedades: tipo A, en que se desalientan las relaciones extramaritales de hombres y mujeres; tipo B, en que se espera que las mujeres tengan una sola pareja y los hombres tengan muchas; y tipo C, hombres y mujeres tienden a tener muchas parejas. Las sociedades tipo B presentarían las más altas incidencias de CaCu (Skegg et al., 1982). Restrepo (1992) menciona investigaciones hechas por Zunzunegui, King,

Coria, et al. entre la población hispana de California, otra investigación, coordinada por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (1990) en Colombia, Costa Rica, México y Panamá, y un tercer estudio, coordinado por la Agencia de Investigaciones de Cáncer de Lyon (1992), que comparó dos poblaciones, una de bajo riesgo (regiones de España) y otra de alto riesgo (Cali, Colombia); aunque no han probado la hipótesis sobre las sociedades tipo B, han tendido a mostrar que la conducta sexual masculina, en particular la visita a prostitutas, influye en el riesgo de CaCu de sus compañeras.

El riesgo de una mujer contraer CaCu no depende sólo de la conducta sexual de su compañero, sino también de la de ella misma. Por otro lado, su comportamiento sexual es producto de lo que su sociedad considera adecuado y que ella ha asimilado en mayor o menor medida, de acuerdo a sus condiciones personales, sociales y materiales, que no son fáciles de alterar.

En suma, para avanzar en la prevención de CaCu, se hace necesario explorar mucho más en torno a las formas de organización social de la sexualidad y la actitud de las mujeres y de los hombres ante el cuidado de su salud, particularmente su salud reproductiva.

Proponemos el uso de la perspectiva de género para analizar las condicionantes sociales de la sexualidad. Entendemos por tales el reconocimiento de que la diferencia biológica entre hombres y mujeres es elaborada por cada sociedad y cultura, llegando a constituir un sistema que regula las relaciones sociales en tanto se dan entre sujetos de distintos géneros. Estos sistemas de género se alteran a lo largo de la historia y de una sociedad a otra. Las relaciones de poder entre ambos géneros se han articulado de maneras diversas, complejas y cambiantes, aún cuando en la mayoría de los casos haya existido predominio del género masculino sobre el femenino (Lamas, 1986; Moore, 1991; De Barbieri, 1992).

La sexualidad nos acerca a las diferencias irreductibles, a lo específicamente biológico que separa a mujeres y hombres. Pero también es el impulso que mueve a ambos a la unidad, a buscar al otro, a crear relaciones. Esa pulsión es regulada a través del proceso de socialización e introyección de pautas y valores culturales, cuya vinculación con los modelos genéricos es constante y recíproca. Es en la sexualidad donde los géneros se encuentran y confrontan los aspectos más íntimos de sus identidades, y el género participa en establecer los límites de lo posible para los miembros de la pareja (Lamadrid & Muñoz, 1996).

Introduciendo estos conceptos, podemos sugerir que la mayor exposición por parte de las mujeres pobres en América Latina o en las culturas hispanas al riesgo de contraer CaCu se asocia con un sistema de relaciones de género muy desigual, en que las mujeres ven entorpecida su libertad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva por una serie de valores y normas relacionadas con sus roles de género. Postulamos que la visión que las mujeres tienen de su identidad y de su sexualidad, además de incidir en el riesgo de CaCu, afecta a su propensión a realizarse el examen que permite detectar precozmente el CaCu.

En Chile, investigaciones realizadas en las últimas décadas indican que las mujeres populares centran su identidad genérica en los roles de madre, esposa y dueña de casa (Valdés, 1988; Montecino, 1991); sus principales valores son la entrega a los demás, la autopostergación, la abnegación y el sacrificio. A través de la realización de estos valores la mujer se legitima socialmente y recupera valor y dignidad, organizando en el ámbito doméstico su espacio de poder. Dentro de sus roles, sin embargo, es posible hallar diferentes interpretaciones. Valdés (1988) define tres tipos, desde el más tradicional, en que la mujer acepta todos sus embarazos sin adoptar medidas anticonceptivas; el de aquellas que limitan su número de hijos a los que pueden criar bien y previenen embarazos, y el más moderno, en que la mujer prioriza por su proyecto de vida, dentro del cual la maternidad es valorada pero en el momento en que ella lo decida.

Respecto a la sexualidad, se ha observado que las mujeres populares tienen una representación social de su cuerpo y su sexualidad articulada en torno al servicio, el afecto, la entrega y el sacrificio (Rodó & Saball, 1987). Tienen escaso conocimiento orgánico/biológico de su cuerpo y una valoración negativa de la sexualidad, vinculada a la suciedad; la forma de revalorizar el ejercicio de la sexualidad es a través de la maternidad y la limpieza y el aseo.

En 1993, realizamos, en Santiago de Chile, una investigación que se abocó a estudiar cuáles son los factores de resistencia que presentan las mujeres beneficiarias de los consultorios para tomarse el examen de Papanicolaou con la periodicidad indicada.

Exploramos los estereotipos sobre los roles de las mujeres relacionados con sus prácticas cotidianas, especialmente en los aspectos referidos a su cuerpo, su sexualidad y el cuidado de su salud, en particular la ginecológica. En base a la información anterior, sostuvimos como hi-

pótesis que las mujeres entrevistadas, todas las cuales estaban atrasadas en su toma de examen al menos en un año, presentarían una adecuación al rol tradicional de mujer, valorizando la maternidad como sacrificio, aceptando en su vida el sufrimiento, la autopostergación y teniendo una visión negativa de su sexualidad, además de valorizarla sólo en base a la maternidad.

En este trabajo se presentan los resultados concernientes a la adecuación de las mujeres beneficiarias de tres Consultorios de Atención Primaria al rol femenino, analizando en particular los aspectos vinculados al conocimiento de su cuerpo, la valoración de su sexualidad, y sus opiniones sobre formas de prevenir el Ca-Cu.

Metodología

La información que se presenta proviene de una encuesta y de dinámicas de grupos realizadas durante la puesta en práctica del Proyecto "Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz del cáncer cérvico uterino y de mamas a mujeres de la zona sur de Santiago". Ese estudio tuvo carácter exploratorio y descriptivo.

La investigación en terreno se extendió a las zonas sur y poniente de Santiago. El universo quedó conformado por las beneficiarias de tres consultorios de atención primaria (La Feria, San José y Maipú), cuyas edades estaban entre 25 y 54 años y que, a la fecha del estudio, estaban atrasadas en un año al menos en la toma de Pap. La muestra fue compuesta por mujeres cuyos nombres estaban en los ficheros del Área Materno Perinatal de los consultorios. Se seleccionaron al azar 861 mujeres.

La primera selección la hicimos entre mujeres con Pap anterior positivo. Esto sólo fue posible en el Consultorio La Feria, donde identificamos 30 casos. En los otros consultorios no había información disponible, porque las mujeres con Pap positivo son enviadas, junto con sus fichas, al Consultorio nº 1, centralizado, para ser tratadas.

De las 861 mujeres seleccionadas, 248 (28,8%) rechazaron la entrevista, aduciendo falta de tiempo o interés, y perdimos 314 (36,5%) por error en los registros domiciliarios o fallecimiento. La muestra final quedó compuesta por un total de 299 mujeres. Se tomaron 100 en La Feria, incluyendo las 30 mujeres con Pap anterior positivo, 100 en San José y 99 en Maipú.

Para obtener la información, elaboramos un cuestionario que se probó en el Consultorio

San Joaquín, con 24 mujeres. El instrumento se modificó en base a los resultados obtenidos, de observaciones entregadas por informantes clave (matronas y dirigentes sociales) y por las dinámicas grupales. En el cuestionario les presentamos a las mujeres un conjunto de afirmaciones referidas a los roles de madre, esposa y dueña de casa, a la valoración de la sexualidad y a su actitud respecto a su cuerpo y su salud. Debían expresar si estaban 'de acuerdo', 'ni de acuerdo ni en desacuerdo' o 'en desacuerdo' con cada una.

En los tres Consultorios, hicimos reuniones de grupo con el respectivo Equipo Maternal: matronas y auxiliares de salud.

Finalmente, realizamos dinámicas grupales en Maipú. Se trabajó con tres grupos de mujeres: dueñas de casa, obreras y trabajadoras informales. Esta información está integrada al análisis de las entrevistas y a las conclusiones.

Resultados

La adecuación a los roles de género

Las afirmaciones sobre los roles se presentan en la Tabla 1. Aquellas referidas a los roles tradicionales (afirmaciones 1 a 4) estaban expresadas de manera muy exagerada, precisamente para evaluar la adhesión a un estereotipo extremado de estos roles. Igualmente, en las afirmaciones sobre sexualidad (afirmaciones 5 y 6) tratamos de evitar ambigüedades. Con la afirmación 7, 'quisiera saber más sobre mi cuerpo', además de obtener información sobre la actitud hacia su cuerpo, quisimos explorar el interés de las entrevistadas en educarse sobre el mismo y sobre su salud. Finalmente, la afirmación 'las mujeres nunca tenemos tiempo para enfermarnos' (8) corresponde a frases usadas por las mismas mujeres, en el sentido de no tener tiempo para atender a su patología aunque consideran tener síntomas.

Los resultados obtenidos nos muestran que la mayoría de las mujeres se adecuan a las expectativas del rol tradicional en relación con la maternidad, el sufrimiento, el orden y la limpieza, y el no disponer de tiempo para enfermarse. Las variables independientes que mostraron mayor asociación fueron la edad: a menor edad, menor adecuación al rol tradicional; el nivel educacional: a mayor nivel educacional, menor la adecuación al rol tradicional; y el tipo de inserción laboral: las mujeres que tenían doble jornada asalariada y las que realizaban un trabajo doméstico intenso tuvieron mayor acuerdo con el sufrimiento en la vida de

Tabla 1

Distribución porcentual de las mujeres según su acuerdo con afirmaciones en relación a su aceptación de los roles de género (n = 299).

Afirmación	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo
1. Ser madre es darlo absolutamente todo por los hijos.	93,3	1,0	5,7
2. En la vida de la mujer siempre debe haber sufrimiento.	63,1	2,0	34,9
3. Quisiera tener más libertad.	50,0	30,2	19,8
4. Una mujer debe estar siempre limpia y ordenada.	98,6	0,7	0,7
5. El placer sexual es necesario para la mujer.	70,7	16,5	12,8
6. Con la menopausia termina la vida sexual de las mujeres.	12,6	7,4	80,0
7. Quisiera saber más sobre mi cuerpo.	89,2	7,1	3,7
8. Las mujeres nunca tenemos tiempo para enfermarnos.	75,3	0,3	24,4

En todas las afirmaciones, el porcentaje de respuestas "no sabe" es inferior a 5%.

la mujer que aquellas con trabajo doméstico liviano o que realizaban trabajo asalariado en su domicilio. Estos datos no se presentan en las tablas.

La reacción fue distinta frente al deseo de más libertad, en que la mitad de la muestra manifestó su acuerdo, refutando la hipótesis de que la mayoría de las mujeres se adecuaría al rol tradicional, no deseando mayores libertades. Lo mismo ocurrió con las afirmaciones relativas al conocimiento de su cuerpo y la valoración de su sexualidad. Este último aspecto es analizado más extensamente a continuación.

La mayoría de las mujeres (70%) se declararon de acuerdo con que el placer sexual es necesario para la mujer. Al cruzar la respuesta a esta afirmación con edad, nivel educacional y actividad cotidiana, encontramos que más mujeres mayores (73,2%) que jóvenes (66,4%) se manifestaron de acuerdo. Porcentajes mayores de mujeres entre las con más educación comparadas con las sin o sólo con básica incompleta estuvieron de acuerdo con la afirmación. Consideramos que las primeras se adecuaron menos al rol tradicional (Tabla 3). Sin embargo las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas. Al analizar la inserción laboral, encontramos que la mayoría de las mujeres (75%) que tenían doble jornada de trabajo en su casa o sólo hacían trabajo doméstico estuvieron de acuerdo, comparadas con poco más de la mitad (55%) de las que tenían doble jornada fuera de casa (Tabla 4). Esta diferencia fue significativa ($p = 0,006$), por lo que sería la variable más interesante para seguir explorando.

Tabla 2

Distribución porcentual de las mujeres según acuerdo con la afirmación 'el placer sexual es necesario para la mujer', por edad.

	Edad (en años)	
	35 y menos	36 y más
Acuerdo	66,4	73,2
Ni acuerdo ni desacuerdo	19,6	14,7
Desacuerdo	14,0	12,1
n	(107)	(190)

$p = 0,441$

Tabla 3

Distribución porcentual de las mujeres según acuerdo con la afirmación 'el placer sexual es necesario para la mujer', por nivel educacional.

	Nivel educacional		
	Sin educación o básica incompleta	Básica completa o media incompleta	Media completa o más
Acuerdo	66,0	71,8	75,4
Ni acuerdo ni desacuerdo	22,3	14,1	13,1
Desacuerdo	11,7	14,1	11,5
n	(94)	(142)	(61)

$p = 0,442$

Tabla 4

Distribución porcentual de las mujeres según acuerdo con la afirmación 'el placer sexual es necesario para la mujer', por inserción laboral.

	Actividad	
	Doble jornada fuera de casa	Doble jornada en casa o trabajo doméstico
Acuerdo	54,6	74,2
Ni acuerdo ni desacuerdo	23,4	14,2
Desacuerdo	21,8	10,7
n	(64)	(233)

p = 0,006

4% de las mujeres con sólo "trabajo doméstico" respondieron "No sabe".

Tabla 5

Distribución porcentual de las mujeres según acuerdo con la afirmación 'el placer sexual es necesario para la mujer', por sentir o no dolor durante la relación sexual.

	Sin dolor	Con dolor
Acuerdo	65,6	73,2
Ni acuerdo ni desacuerdo	18,8	16,4
Desacuerdo	15,6	10,4
n	(64)	(220)

p = 0,426

Faltó información de 13 mujeres.

Tabla 6

Distribución porcentual de las mujeres según opiniones sobre como cuidarse para que no les dé CaCu, por edad.

Opinión	Edad (en años)	
	35 o menos	35 o más
PAP/Control médico	66,7	53,9
Higiene, limpieza	12,0	18,3
Control de la sexualidad	8,3	12,6
No sabe	13,0	15,2
n	(108)	(191)

p = 0,174

Este resultado posiblemente se vincula también con la mayor experiencia sexual, expresada a través de la edad; pero las mayores tensiones y el agotamiento relacionados con la doble jornada y el traslado al lugar de trabajo se podrían vincular con desinterés en la actividad sexual, manifestado en su menor acuerdo con la necesidad del placer sexual.

Consultadas sobre un conjunto de síntomas ginecológicos, encontramos que 22,5% de las mujeres informaron sentir dolor durante la relación sexual. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los porcentajes de mujeres que estaban de acuerdo con la necesidad del placer sexual, al comparar a quienes dicen experimentar dolor durante la relación sexual con aquellas que no tienen dolor (Tabla 5).

Respecto a la afirmación sobre el fin de la vida sexual de las mujeres con la menopausia, el grupo que expresó mayor desacuerdo fue el con más educación (92%), mientras que sólo 65% del grupo de menos educación estuvo en desacuerdo.

En cuanto al acuerdo con el deseo de saber más sobre su cuerpo, no hubo diferencias entre grupos de edad o nivel educacional: las mujeres con enseñanza media completa tuvieron los mismos porcentajes de acuerdo que las que no completaron su enseñanza básica (89%). Podría inferirse que la educación formal no se relacionó mayormente con que las mujeres se sintieran suficientemente informadas respecto a su cuerpo. La educación se asoció a cambios de actitud ante aspectos del cuerpo (en este caso, la sexualidad), pero no con poseer información satisfactoria sobre el mismo.

Lo que piensan las mujeres sobre cómo prevenir el CaCu

El principal medio que mencionan las mujeres para prevenir este cáncer es el control médico y el Pap, lo que indica que, si no se han hecho este examen, no es porque la mayoría no lo conozca. Una de cada seis creía que la higiene puede ayudar a la prevención, y una de cada diez asoció la prevención con el control de la actividad sexual. Separadas por edad, quienes menos mencionan el control médico y el Pap son las mujeres mayores de 35 años (53,9), las mismas que más mencionan la higiene y el control del comportamiento sexual (Tabla 6).

Separadas por nivel educacional, observamos que la valoración del control médico y del Pap fue mayor entre las mujeres con más educación (enseñanza básica completa o media completa y las con educación media completa o más). Las sin educación o con básica incom-

Tabla 7

Distribución porcentual de las mujeres según opiniones sobre como cuidarse para que no les dé CaCu, por nivel educacional.

Opinión	Nivel educacional		
	Sin educación o básica incompleta	Básica completa o media incompleta	Media completa o más
PAP/Control médico	46,3	63,6	67,2
Higiene, limpieza	24,2	11,9	13,1
Control de la sexualidad	13,7	10,5	11,4
No sabe	15,8	14,0	7,4
n	(95)	(143)	(61)

$p = 0,071$

pleta son las que presentan mayores porcentajes para las categorías higiene, limpieza y control del comportamiento sexual. Las diferencias no fueron significativas (Tabla 7). Es posible suponer que, entre las mujeres con más educación, que tienen una valoración más positiva de la sexualidad, algunas consideran que hay ciertas actividades sexuales riesgosas, pero no todo lo sexual es de riesgo; mientras entre las mujeres con menos educación se tiende a ver el conjunto de las relaciones sexuales como potencialmente peligrosas.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir la adecuación de mujeres que han postergado más de un año la realización del Pap a su rol tradicional y a la valoración de su sexualidad, bajo el supuesto de que ello incide en su disposición a realizarse el examen.

Encontramos que estas mujeres manifiestan su acuerdo con el discurso tradicional sobre la mujer como madre sacrificada y autopostergada; sin embargo, hay atisbos de que este discurso no es ya tan mayoritario en lo que dice relación a la libertad personal y especialmente a la valoración de la sexualidad. Hay una tendencia, más fuerte entre las con más educación formal, hacia un discurso que valora el placer sexual como una necesidad de las mujeres y que separa el ejercicio de la sexualidad de las potencialidades reproductivas.

Sin embargo, este discurso "moderno" parece tener matices más complejos si consideramos las respuestas a las otras preguntas, en que hay un porcentaje minoritario, pero constante de mujeres que expresan actitudes de disgusto, temor y rechazo hacia sus genitales.

Al menos una de cada cinco mujeres ha experimentado dolor durante las relaciones sexuales, lo que no es obstáculo para que la mayoría de ellas valore el placer sexual como necesario. También llama la atención el que alrededor de un cuarto de la muestra vincula la prevención del CaCu con la limpieza y el control de la sexualidad, a lo cual se agregan las opiniones recogidas respecto a considerar los genitales como esencialmente desagradables, independientemente de los esfuerzos de las mujeres por estar limpias.

Respecto al papel de la limpieza en la prevención del CaCu, se puede vincular con el alto porcentaje de acuerdo que obtuvo la afirmación "las mujeres deben estar siempre limpias y ordenadas". Parece ser un rasgo importante en la cultura de este grupo la alta valoración de la higiene, lo que para la prevención en salud resulta funcional, si pensamos en enfermedades como el cólera, pero que, en el caso de las enfermedades de transmisión sexual, no tiene efectos positivos y distrae de realizar acciones efectivas en la prevención de dichas enfermedades.

En el estudio se observa que, en general, la valoración de su sexualidad es más positiva que en el estudio de Rodó y Saball (1987). Lo más probable es que entre estas mujeres haya diversidad de discursos sobre sexualidad y que esos discursos contengan muchas contradicciones, tanto internamente como en las conductas reales. Una cultura transmitida de generación en generación, negadora de la sexualidad femenina, no puede cambiarse sin que ello sea un proceso largo y conflictivo.

Podría decirse, en todo caso, que el discurso moderno valorizador de la sexualidad ha encontrado amplia acogida entre esas mujeres, pero aún perviven muchos elementos tradicionales, bastante negativos. Son obstaculizado-

res de la posibilidad de que las mujeres acudan a realizarse el Pap con la periodicidad requerida para que sea eficiente.

El examen ginecológico, en tanto implica la intromisión de un profesional en partes íntimas del cuerpo – y los genitales son partes privadas aún en culturas que valoran muy positivamente la sexualidad – siempre resultará más complicado para las mujeres que una revisión de sus brazos o piernas; pero si además se asocia a esos órganos la sensación de constante suciedad y mal olor, así como el miedo a contraer infecciones o cáncer, es fácil entender que posterguen la toma del Pap.

Hay que destacar las respuestas positivas a la posibilidad de aprender más sobre su cuerpo. Ello abre un amplio campo para que los servicios de salud, si tienen un interés real en mejorar las coberturas del examen de Pap para lograr detectar el CaCu a tiempo y evitar muertes injustificadas, dada la tecnología disponible, impulsen y realicen acciones educativas, cuyos efectos de largo plazo pueden ir no sólo a prevenir muertes, sino también a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Referencias

- DE BARBIERI, T., 1992. Sobre la categoría género. Una introducción teórica metodológica. (en Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio). *Isis Internacional*, 17:111-128.
- FERRECHIO, C. & GONZALEZ, C., 1994. *Perfil de Mortalidad y Epidemiológico de la Mujer*. Santiago: SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), Departamento de Planificación y Estudios, Documento 24.
- LAMADRID, S. & MUÑOZ, S., 1996. *La investigación social en sexualidad en Chile, 1984-1994*. Serie Apuntes Docentes. Santiago: Universidad de Chile, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género.
- LAMAS, M., 1986. La antropología feminista y la categoría 'género'. *Revista Nueva Antropología*, 8:173-198.
- MONTECINO, S., 1991. *Madres y Huachos. Alegorías del Mestizaje Chileno*. Santiago: Editorial Cuarto Propio-CEDEM.
- MOORE, H., 1991. *Antropología y Feminismo*. Madrid: Editorial Cátedra.
- MUÑOZ, N. & BOSCH, F. X., 1990. *Comunicación personal en "Consulting Group on Cervical Cancer Research"*. Washington: Pan American Health Organization.
- RESTREPO, H. E. & HERRERO, R., 1991. *Detección (Screening) de Cáncer Ginecológico en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- RESTREPO, H. E., 1992. *Cáncer de la Mujer en América Latina y el Caribe: Epidemiología y Control*. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- RODO, A. & SABALL, P., 1987. El Cuerpo Ausente. *Proposiciones*, 13:109-164.
- SAAVEDRA, R.; SCHWARZE, E.; SAAVEDRA, F.; ARROYO, C.; SAUMANN, A. & FUENZALIDA, S., 1981. Contribución a la epidemiología del cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 46:184-197.
- SKEGG D.; CORWIN, P.; PAUL, C. & DOLL, R. 1982. Importance of the male factor in cancer of the cervix. *Lancet*, 2:581-583.
- VALDES, T., 1988. *Venid, Benditas de mi Padre*. Santiago: FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).