

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIRUS DEL PAPILOMA
EN EL CANTÓN DE POCOCÍ Y TARRAZÚ
Y SU EFECTO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tesis sometida a la consideración de la Comisión de Estudios
de Posgrado en Estudios de la Sociedad y la Cultura
para optar al grado de
Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura

OLGA MARGARITA MURILLO GAMBOA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2010

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, el lugar donde aprendí a pensar. En especial a mi esposo Alex, por su paciencia, su apoyo constante y sus consejos oportunos. A nuestros hijos, Pedro, Lucía y María Paz, quienes sacrificaron de su tiempo para que pudiera enamorarme de mi sueño de crear.

A mi papi Luis y a mi mami Olga, por su gran amor, ternura y comentarios de aliento, pero sobre todo porque aprendí a luchar desde la cuna.

A mis hermanos y hermana, sobrinos y sobrinas, sobrino-nietos, quienes siempre estuvieron alentando, admirando cada resultado y motivando cada paso que daba.

Agradecimientos

Un sincero e invaluable agradecimiento a Don Daniel, por querer “embarcarse” en un barco que no tomó desde el principio. Gracias por haber estado acompañándome en mi vida tanto rato y sobre todo por querer formarme como la profesional y persona que soy. Personas como vos son las que construyen la sociedad y la hacen más justa, nos devuelve la fe en el ser humano y nos impulsa a ser mejores.

A la Dra. Eugenia, por sus sabias palabras, paciencia para compartir todo su conocimiento y por su gran apoyo en mi trabajo e investigación. Gracias por tus palabras en los momentos de desaliento.

A Fátima, la Dra. Flores, quien siempre tuvo la paciencia de parar mi “carrera loca” y convertirla en método, me hizo mejor investigadora, pero sobre todo se convirtió en una relación de amistad entre culturas, sueños y luchas. Me permitió conocer su gente y aprender de ella. Gracias por estar cerca en momentos especiales, y por querer amar mi patria. También a Don Gerardo y Carmelita, por todo el apoyo recibido desde el 2000 y sobre todo su compañía en los momentos más difíciles de esta investigación.

A la Dra. Teresita Cordero, muchas gracias por su disposición y apoyo, aún en el último recorrido de esta investigación. Por tu forma de maestra que permitió mejorar mucho el informe final.

Unas profundas gracias, a la Fundación Compton por el apoyo económico. Esta organización, desde sus metas, me permitió que pudiera ser parte del programa, lo que hizo que se logrará cubrir a cabalidad y más, cada uno de los pasos de la investigación. Gracias al MSc Juan Carlos Vargas por su coordinación y apoyo administrativo. También agradezco a la UDUAL, quien financió parte de la pasantía en la UNAM.

Un sincero agradecimiento a todos los expertos y expertas que colaboraron desinteresadamente para brindarme información y su opinión, pero sobre todo a las comunidades de Pococí y Tarrazú, en sus representantes por medio de los (as) Directores de las Clínicas de la CCSS, los Atap’s y usuarios (as), que de no ser por su apertura, disposición y ayuda este trabajo no se hubiera realizado.

A Anita Chapa, y el grupo de estudiantes, quienes me enseñaron y apoyaron pacientemente a reconocer lo invisible. A mi asistente Tefi, quien mantuvo su ayuda secretarial y de campo, pero sobre todo pudo desenredar y entender mis apuntes. A Hilda por su apoyo en el trabajo de campo.

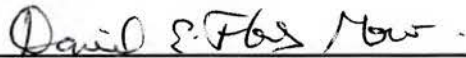
Al Dr. René Leyva y su equipo de investigadores, por permitirme conocer, cuestionar, crecer y aprender de la salud pública, pero sobre todo por sus esfuerzos por crear mejores espacios de vida en la región.

A la amiga y filóloga Iris Chaves, quien me ayudó a hacer comprensibles mis palabras y mi limitada redacción, gracias por tu entusiasmo y disposición. Lo mismo con la filóloga Marcela León, quién participó en la última versión.

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Sociedad y la Cultura de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura



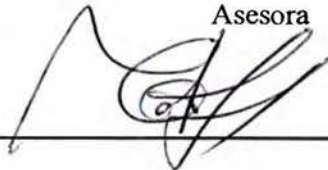
Dr. Horacio Chamizo García
Decano o Representante de Decano



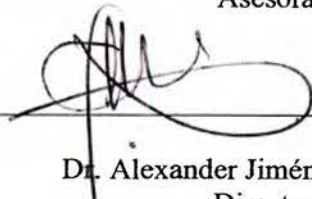
Dr. Daniel Flores Mora
Director de Tesis



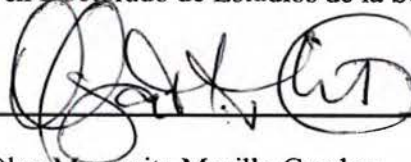
Dra. Fátima Flores Palacios
Asesora



Dra. Teresita Cordero Cordero
Asesora



Dr. Alexander Jiménez Matarrita
Director
Programa de Posgrado en Doctorado de Estudios de la Sociedad y la Cultura



Olga Margarita Murillo Gamboa
Candidata

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de Aprobación	iii
Lista de Tablas	x
Lista de Gráficos.....	xii
Lista de figuras.....	xiii
Lista de Abreviaturas	xiv
Introducción.....	1
Objetivo General:.....	15
Objetivos Específicos:.....	15
Capítulo 1	17
Estudios de salud sexual: Correlaciones de investigaciones de ITS.....	20
1.2 Las representaciones sociales, la representación social de la sexualidad y del cuerpo femenino.....	26
1.3 Factores Culturales y Salud Sexual.....	31
Capítulo 2	39
2.1 Las Representaciones Sociales: Aspectos teóricos y metodológicos.....	40
2.1.1 Historia de las Representaciones Sociales	40
2.1.2 Sistemas y componentes de las representaciones.....	44
2.1.3 Funciones de las representaciones.....	46
2.1.4.Organización y estructura de las representaciones sociales para su análisis. .	49
2.1.5 Características del núcleo.....	50
2.1.6 Elementos periféricos de la representación. Funciones.....	52
2.1.7 Propiedades esenciales de las cogniciones que constituyen una representación social.	53
2.1.8 Procesos de análisis de las representaciones sociales.....	54
2.1.8.1 La objetivación: lo social en la representación.....	55
2.1.8.2 Implicaciones del paradigma de la objetivación.....	57
2.1.8.3 El proceso de anclaje.....	59
2.1.9 La metodología en las representaciones sociales.....	63
2.1.10 Métodos de identificación de la organización y de la estructura de una representación.....	67
2.1.11 Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales.....	69
2.1.12 Las prácticas sociales y las representaciones.....	71
2.2 La salud desde una perspectiva de género.....	78

2.3 La categoría de género para el análisis de las representaciones sociales de salud sexual.....	82
2.4 Epidemiología del virus del papiloma humano	88
2.4.1 Frecuencia de la infección por Virus del Papiloma Humano.....	88
2.4.2 Situación del cáncer cérvico-uterino a nivel mundial. (ECCCE:.....	90
2.4.3 Cifras claves	92
2.4.4 Marco situacional de Costa Rica del cáncer cérvico-uterino.	95
2.5 La sexualidad: significados culturales, morales, religiosos, éticos. El impacto de la cultura en la vivencia de la sexualidad.....	109
2.5.1 Vulnerabilidad, percepción y riesgo.....	111
2.5.2 La identidad sexual y los determinantes culturales	114
2.6 Religión y salud sexual.....	115
Capítulo 3	125
3.1 Diseño de la investigación.....	126
Esquema del diseño de investigación.....	127
3.1.1 Procedimiento	128
Esquema del Procedimiento	130
3.2 Población de estudio.....	131
3.3 Selección de los cantones	131
3.4 Estrategias de recolección de información	132
3.5 Procedimiento de análisis de la información.....	134
3.6 Descripción de las categorías de análisis.....	139
3.7 Consideraciones éticas en la investigación.....	150
Capítulo 4	153
4.1 Análisis a partir de los Índices de Desarrollo Humano, Índice de Rezago Social, Índice de Desarrollo Social y dimensión demográfica-sanitaria y las tasas de incidencia y mortalidad.	154
4.1.1 Índice de Rezago Social. (Informe del Estado de la Nación- 2000).	154
4.1.2 Índice de Desarrollo Humano (IDH).	159
4.1.3 Índice de Desarrollo Social.	164
4.1.4 Dimensión demográfico-sanitaria.	168
4.2 Marco Contextual.....	175
4.2.1 Cantón de Pococí.....	177
4.2.2 Cantón de Tarrazú.....	182
4.3 Indicadores demográficos de cada cantón.....	184
4.3.1 Indicadores demográficos del cantón de Tarrazú.....	195
4.4 Resultados del análisis sintáctico y semántico de las entrevistas en profundidad realizadas en los cantones de Pococí y Tarrazú.....	202

4.4.1 Cantón de Pococí.....	204
4.4.1.2. Análisis de contenido sintáctico de las entrevistas: Cantón de Pococí....	212
4.4.2 Cantón de Tarrazú.....	226
4.4.2.3 Resultados finales para el cantón de Tarrazú:	255
4.4.3 Resultados y comparación entre los cantones de Pococí y Tarrazú.	256
Proceso identitario en las mujeres de los cantones	278
Recomendaciones Generales	293
Limitaciones	297
Recomendaciones para la implementación de las políticas públicas y la investigación académica.	297
Anexos.....	317
Guía de entrevistas	318
Consentimiento Informado.....	320
Modelo de Salud Pública.....	322
Construcción de los Índices para el Estado de la Nación – 2000	323
RUTA METODOLÓGICA	334
atlas ti - descripción de códigos.....	334
Claves para análisis ALCESTE	339
Claves para análisis ATLAS TI.....	340
Rapport del ALCESTE 4,5 en ambos cantones.....	340

Resumen

414 páginas

Palabras clave: virus de papiloma – cáncer cérvico uterino – representación social género – estigmas – vulnerabilidad- cuerpo – identidad – rol -

Esta tesis se caracteriza por visualizar un problema multifactorial con elementos tanto estadísticos como culturales, lo que requirió de una metodología total que permitió analizar en profundidad, las condiciones socio-culturales en las que el virus del papiloma afecta la salud sexual y reproductiva.

Se hizo uso de la estadística entre las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino y los índices de desarrollo. Estos índices son utilizados como base en el establecimiento de las políticas de salud en los diferentes países. Los resultados arrojaron la baja determinación que existe entre los índices de desarrollo social, desarrollo humano, rezago social y dimensión demográfico-sanitaria contra las tasas de incidencia y mortalidad.

A partir de estos datos se justificó el interés por buscar y analizar las posibles causas por las cuales algunos cantones de Costa Rica, con semejanza en sus índices de desarrollo, mostraban contraste en sus tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Se encontraron diferencias significativas en los resultados de cada cantón, tanto entre índices y tasas de incidencia y mortalidad, como en la estructuración identitaria y la vivencia de roles.

La teoría y metodología de las Representaciones Sociales se constituyó en el referente por excelencia para analizar y determinar las múltiples causas de estas diferencias.

La representación social del virus del papiloma en ambas comunidades, está estructurada como la enfermedad crónica de la mujer: el cáncer cérvico-uterino.

El anclaje está basado en las prácticas de acuerdo al género. La objetivización está justificada en estigmas, como la promiscuidad, con la consiguiente invisibilidad de elementos de vulnerabilidad. A su vez los resultados obtenidos se convirtieron en referentes indispensables en la construcción de futuros modelos de salud pública.

Abstract

Social representation of the papiloma virus in Pococí and Tarrazú cantons and its effect on sexual and reproductive health.

414 pages

Key words: papiloma virus– uterine cervix cancer– gender social representation– stigmas – vulnerability

This dissertation is characterized for investigating a multi-factor problem with both statistical and cultural elements, which required an integrating methodology that allowed an in-depth investigation of the social and cultural conditions in which the papiloma virus affects sexual and reproductive health.

Statistics were used for the incidence and mortality rates of uterine-cervix cancer and development indexes. These indexes are used as basic information in the establishment of health policies in the different countries.

The results showed the low determination that exists between the indexes of social development, human development, social backlog and demographic - sanitary dimension against incidence and mortality rates.

Based on this information there was justified an investigation and an analysis of the causes why some counties in Costa Rica, with similar development indexes, showed contrasts in their incidence and mortality rates for cervical cancer.

Significant differences were found in the results of every county, between incidence and mortality indexes and rates as well as in the identity structure development and role experience.

The theory and methodology of Social Representations became the reference point par excellence for analyzing and determining the multiple causes of these differences. The social representation of human papiloma virus is over the chronic illness of the woman, cervix uterine cancer, its anchoring is based on gender-related practices and objetivization; it is justified by stigmas with the consequent invisibility of vulnerability elements.

At the same time, the results obtained became necessary points of reference in the building of future public health models.

Lista de Tablas

		Página
1.	Tabla 1: Neoplasia maligna del cuello uterino—Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad (por cada 100,000 mujeres, por región, 2000 y 2002)	93
2.	Tabla 2: Distribución por quintiles de las tasas acumuladas de incidencia de cáncer de cuello de útero por cantón. Costa Rica. 1990-1999(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres*)	102
3.	Tabla 3: Mortalidad por tumor maligno de cuello del útero (invasor) por año de ocurrencia. Costa Rica. 1990-2003 (Cifras absolutas, tasas brutas* y tasas ajustadas**)	103
4.	Tabla 4: Incidencia de tumor maligno de cuello del útero según comportamiento, por año de ocurrencia. Costa Rica. 1990-2000 (Cifras absolutas, tasas brutas* y tasas ajustadas)	104
5.	Tabla 5: Incidencia de tumor maligno de cuello del útero según comportamiento, por año de ocurrencia. Costa Rica. 1990-2000 (Cifras absolutas, tasas brutas* y tasas ajustadas)	105
6.	Tabla 6: Información por cantón de los Índices de Desarrollo Social, dimensión demográfico-sanitaria, Índice de Desarrollo Humano e Índice de Rezago Social; así como de las tasas de incidencia y mortalidad para cada cantón de Costa Rica. 1990-2003	171
7.	Tabla 7: Cantones elegidos	176
8.	Tabla 8: Indicadores Demográficos del cantón Indicadores de Población.	185
9.	Tabla 9: Indicadores Demográficos Densidad de población y relación de dependencia demográfica Cantón de Pococí	186

10.	Tabla 10: Condición Civil Cantón de Pococí	186
11.	Tabla 11: Indicadores de Educación Cantón de Pococí	188
12.	Tabla 12: Indicadores de Salud Cantón de Pococí	192
13.	Tabla 13: Indicadores Laborales y sociales Cantón de Pococí	193
14.	Tabla 14: Indicadores Demográficos Indicadores de población Cantón de Tarrazú	195
15.	Tabla 15: Indicadores Demográficos Densidad de población y relación de dependencia demográfica Cantón de Tarrazú	198
16.	Tabla 16: Condición Civil Cantón de Tarrazú	198
17.	Tabla 17: Indicadores de Educación Cantón de Tarrazú	199
18.	Tabla 18: Indicadores de Salud Cantón de Tarrazú	200
19.	Tabla 19: Indicadores Laborales Cantón de Tarrazú	201

20.	Tabla 20: Indicadores Sociales Cantón de Tarrazú	202
-----	---	-----

Lista de Gráficos

		Página
1.	Gráfico 1: Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en mujeres 1990-2000	98
2.	Gráfico 2: Incidencia por cáncer de cérvix invasor según grupo de edad. Costa Rica. 1990-1999 (tasas ajustadas por 100.000 mujeres)	101
3.	Gráfico 3: Incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino. Tendencia de la incidencia por carcinoma de cuello de útero –in situ e invasor y mortalidad por año. Costa Rica. 1990-2000	108
4.	Gráfico 4: Coeficiente de regresión entre el índice de rezago social versus las tasas de incidencia por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	157
5.	Gráfico 5: Coeficiente de regresión entre el índice de rezago social versus las tasas de defunciones por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	158
6.	Gráfico 6: Coeficiente de regresión entre el índice de desarrollo humano versus las tasas de incidencias por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	160
7.	Gráfico 7: Coeficiente de regresión entre el índice de desarrollo humano versus las tasas de defunciones por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	161

8.	Gráfico 8: Coeficiente de regresión entre el índice de desarrollo social versus las tasas de incidencias por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	165
9.	Gráfico 9: Coeficiente de regresión entre el índice de desarrollo social versus las tasas de defunciones por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	167
10.	Gráfico 10: Coeficiente de regresión entre la dimensión demográfica sanitaria versus las tasas de incidencias por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	169
11.	Gráfico 11: Coeficiente de regresión entre la dimensión demográfica sanitaria versus las tasas de defunciones por cáncer de cérvix para los años 1990 al 2003	170

Lista de figuras

		Página
1.	Figura 1: Conglomerados en la incidencia de cáncer de mama. Costa Rica. 1990-1997	99
2.	Figura 2: Conglomerados en la incidencia de cáncer de cérvix. Costa Rica. 1990-1997	100
3.	Figura 3: Distribución Geográfica por cantón de la Incidencia de cáncer de cérvix Costa Rica 1990-1999	107
4.	Figura 4: Distribución geográfica por cantón de mortalidad de cáncer de cérvix. Costa Rica 1990-1999 Distribución geográfica por cantón de la incidencia de cáncer de cérvix. Costa Rica 1990-1999	107

Lista de Abreviaturas

APSAL:	Acción para la salud del Salvador.
Atap's:	Técnico de atención primaria. Funcionario de salud del sistema de seguridad social de la Caja Costarricense de Seguro Social.
cacu:	cáncer cérvico-uterino
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social.
CCP:	Centro Centroamericano de Población adscrito a la Universidad de Costa Rica.
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina.
CIEMIC:	Centro de Investigación de Estudios Moleculares y microscópicos.
CONAPO:	Consejo Nacional de Población. México.
CONARE:	Consejo Nacional de Rectores. Costa Rica
COOPESANTOS:	Cooperativa de Electricidad del Valle de Los Santos.
ECCCE:	European Consortium for Cervical Cancer Education.
GLOBOCAN:	Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / Internacional Agency for Cancer Research, Lyon, France.
INSP:	Instituto de Salud Pública-México.
ISUC:	Instituto de Sociología de la Universidad de Chile.
MIDEPLAN:	Ministerio de Desarrollo y Planificación de Costa Rica.
Pap:	papanicolau.
PNUD:	Programa de la Naciones Unidas para el desarrollo.
PUEG:	Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM, México.
RS:	Representación Social.
R2:	coeficiente de regresión.
UCR:	Universidad de Costa Rica
UDUAL:	Unión de Universidades de América Latina.
UNAM:	Universidad Nacional Autónoma de México.
vph:	virus de papiloma humano.

Introducción

Gracias a estudios médicos realizados a nivel mundial hoy en día conocemos más del cáncer cérvico-uterino (que en adelante se seguirá utilizando las siglas *cacu*), cuya principal causa de desarrollo se le atribuye directamente al virus del papiloma humano (que en adelante se seguirá utilizando las siglas *vph*).

Este tipo de cáncer, tanto en Costa Rica como en América Latina, se ha mantenido dentro de las primeras causas de muerte de la mujer por mucho tiempo. Sin embargo, analizando las tasas de incidencia y mortalidad de todos los cantones del país, se observan contrastes significativos entre unos y otros.

Este análisis junto con la evaluación del impacto que produce esta enfermedad en la salud pública, dio sustento y justificó la urgencia de determinar e investigar los factores responsables de su propagación.

Esta investigación inicia en el año 2003 con el interés de entrevistar a expertos en el campo epidemiológico y sobre todo, especialistas en la investigación del virus del papiloma humano. En ese momento en Costa Rica, se estaba implementando con gran éxito el programa denominado: "*Proyecto epidemiológico de Guanacaste*"¹, un estudio que durante diez años buscó medir el impacto de la vacuna contra algunos de los virus

¹ El Proyecto Epidemiológico Guanacaste (PEG) es un proyecto de investigación que realizó estudios para conocer las causas y nuevas formas de prevenir el cáncer de cuello del útero y la infección por el virus del papiloma humano. Desde 1993, las mujeres guanacastecas han contribuido con su participación en estas investigaciones, las cuales han ayudado a mejorar las técnicas de detección temprana y la prevención de esta enfermedad. Actualmente el PEG en colaboración con el Instituto del Cáncer de los Estados Unidos y varias instituciones costarricenses, está realizando un Ensayo Clínico para evaluar si una vacuna contra los virus del papiloma humano (VPH) tipo 16 y 18, puede prevenir la infección y la enfermedad avanzada causadas por estos virus. El Ensayo Clínico inició en Junio del 2004 y en él están participando mujeres adultas jóvenes de las provincias de Guanacaste y Puntarenas, en Costa Rica. (entrevista personal : Dr Rolando Herrero, julio 2003)

del *vph*. Para este proyecto se eligió la provincia de Guanacaste por presentar tasas altas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

La información obtenida en el análisis del discurso y las entrevistas, se analizó con base en la teoría de las Representaciones Sociales² (que en adelante se seguirá utilizando las siglas *RS*), con un enfoque procesual. Los resultados de las entrevistas a expertos mostraron el desconocimiento que poseen sobre los posibles factores sociales o culturales que estarían marcando algunas diferencias significativas entre los cantones de Guanacaste y el resto del país en cuanto a tasas de incidencia y mortalidad.

Las primeras referencias de informes de salud que fueron analizadas provenían de los datos publicados en los informes del *Estado de la Nación (2000-2005)*. En estos documentos se evaluaron las condiciones de salud pública de cada cantón de Costa Rica según los índices de desarrollo social, desarrollo humano y rezago social, entre otros.

Dentro del índice de desarrollo social se analiza el impacto de la dimensión demográfica- sanitaria, la cual incluye la presencia y acceso a servicios médicos ante la hipótesis de que existiera una correlación entre esta dimensión y la incidencia y mortalidad del *cacu*.

Bajo el supuesto anterior, se esperaba obtener evidencia estadística que diera sustento a las diferencias observadas en varios cantones, sin embargo, en la primera etapa de esta investigación esta hipótesis no se logró demostrar.

² La noción de Representaciones Sociales corresponde a la teoría elaborada por Moscovici en 1961. El éxito de esta teoría surge dado el interés por los fenómenos colectivos, pero sobre todo por las reglas que rigen el pensamiento social. Para poder entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los factores determinantes de las prácticas sociales, es indispensable la identificación de la "visión del mundo" que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición

Dado que esta investigación tiene un carácter multifactorial y plurimetodológico, la teoría y metodología de las RS con un enfoque procesual, se convirtió en la mejor opción para analizar a profundidad cada una de las etapas de la investigación. El diseño metodológico tuvo el apoyo de la metodología total ³ (Cerdá, 2001), que considera tanto técnicas cualitativas como cuantitativas.

La rigurosidad con la que se ejecutó este estudio justificó un proceso transversal (Barrantes, 2009⁴), donde los resultados de cada etapa fueron la base de la etapa siguiente, siempre con el interés de encontrar respuestas a los problemas y objetivos planteados al inicio de la investigación

Esta tesis está dividida en cinco capítulos, además de la Introducción, Justificación, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. La primera parte es la Introducción y Justificación donde se presenta en detalle las razones de por qué evaluar la condición cultural y social de la epidemiológica del virus del papiloma y el impacto de esto en la salud sexual y reproductiva.

La justificación está basada en el análisis sistemático de los datos epidemiológicos y su impacto sobre la salud pública. Como parte de la coherencia teórica-metodológica, desde el principio se buscó analizar sistemáticamente tanto la información que se

³ Esta es una forma de integración y complementación que Cerda Gutiérrez (2001, p.11) denomina Investigación Total, asignando a este término un significado más convencional que real, ya que en la práctica nunca se podrán alcanzar los niveles de una plena totalidad, en todos los aspectos metodológicos, epistemológicos, técnicos y temáticos que intervienen y actúan en una investigación.

⁴ Proceso Transversal de Investigación: O también llamado longitudinal, es un diseño flexible de una descripción de la conducta cultural de un grupo o población.

obtenía de las entrevistas con expertos en *vph*, como aquella que surgía del análisis del discurso de los documentos oficiales sobre la salud pública.

Para ilustrar los resultados obtenidos se elaboró tablas, gráficos y figuras que muestran datos a nivel internacional y nacional en relación con el *cacu* y otras enfermedades asociadas. Asimismo, se utilizó las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu* a partir de los datos de la década del 90 al 99 y en el último quinquenio de 2000 a 2005 para todos los cantones del país.

En el primer capítulo: El estado del Arte, se hace referencia a investigaciones existentes sobre el tema, destacando los resultados más significativos, enfatizando los posibles elementos socio-históricos y culturales que guardan alguna relación con diferentes problemas de salud sexual y reproductiva, pero en particular con el *cacu*.

El segundo capítulo, denominado Marco Conceptual, presenta, entre otros referentes, la teoría y metodología de las Representaciones Sociales. Se ofrece conceptos claros, con el interés de que este capítulo se convierta en un referente teórico para aquellos (as) lectores (as) interesados en aplicar esta teoría a futuras investigaciones. También se buscó presentar la relación de los referentes teóricos de las representaciones sociales con la sexualidad, además del soporte teórico de las categorías de análisis que se establecieron para el proceso de investigación, así como las que surgieron durante la investigación.

Dentro del tercer capítulo se expone el proceso metodológico, el tipo de estudio, la escogencia de la población, las técnicas de recolección y el procedimiento para el análisis de la información.

Los resultados de la investigación son presentados en el cuarto capítulo, donde se logra visualizar la existencia de una representación social del virus del papiloma humano a partir de la enfermedad crónica de la mujer, donde el núcleo figurativo está justificado en la promiscuidad. Entre los elementos justificantes, se observan prácticas de acuerdo con el género sostenidas en estigmas (prototipos⁵) y estereotipos de las regiones, desde donde se objetiviza y ancla la representación social.

A la luz de estos resultados, se evidencia gran cantidad de situaciones de vulnerabilidad, las cuales permanecen invisibles en el discurso, dado el posicionamiento que se observa en los (as) entrevistados (as).

El quinto capítulo, titulado Discusión, destaca y describe la existencia de la representación social con respecto al virus, donde se establece que ésta podría estar generando, desde sus elementos justificantes y prácticas, condiciones que ponen en riesgo la salud sexual de las mujeres.

En este capítulo se analiza además, en profundidad la objetivización que realizan tanto los (as) funcionarios (as) de salud como los (as) usuarios (as) de cada cantón, aspecto

⁵ **Prototipo:** El estudio del conocimiento social y su influencia sobre la conducta de los individuos ha estado guiado en parte, por la idea de que dicho conocimiento se encuentra agrupado en categorías, organizándose los elementos de la categoría en torno a un prototipo que resume y representa el significado de la misma. El prototipo, que escapa a definiciones teóricas unificadas, se define operativamente a partir de juicios externos sobre el grado de ajuste o pertenencia de los elementos a la categoría (Rosch, 1978). Esta definición empírica de la prototipicidad ha permitido controlar sus efectos sobre las variables dependientes utilizadas como medida en la investigación psicológica, entre ellas el tiempo necesario para emitir juicios respecto a los elementos que integran la categoría

que resalta la diferencia identitaria de por qué, por ejemplo, en el cantón de Pococí hay altas tasas de incidencia y mortalidad por *cacu* y en el cantón de Tarrazú no es así.

Esta diferencia se establece desde la formación del papel sexual, pero, sobre todo, en el proceso identitario, donde para las mujeres de Pococí la forma en que configuraron el ser de esta identidad está basado en una resignación, mientras que para las mujeres de Tarrazú, este ser de la identidad y del papel, las lleva a cuidarse y velar por su cuerpo.

Finalmente, se presenta dos apartados, uno de conclusiones y otro de recomendaciones y limitaciones. Entre las conclusiones se destaca la urgencia de considerar algunos factores de género, así como hacer visibles situaciones de vulnerabilidad en las comunidades, puesto que pueden permanecer ocultos por los estigmas de la región. Estos aspectos serán prioritarios para la estructuración de los programas de prevención, diagnóstico o intervención en todo modelo de diagnóstico e intervención en la salud pública.

Justificación

La nueva investigación sobre la salud sexual se halla marcada por un énfasis en lo que se ha llamado la construcción social de la vida sexual: la comprensión de la sexualidad humana que no es más un producto de nuestra naturaleza biológica sino de los sistemas culturales y sociales que modelan, no solamente nuestra experiencia sexual, sino también los modos a través de los cuales interpretamos y comprendemos esta experiencia.

Esta visión de la salud sexual y de la actividad sexual como construcciones sociales se basa en el origen intersubjetivo de los significados sexuales, las cualidades colectivas y compartidas. La salud sexual ya no aparece como una propiedad de individuos atomizados o aislados, sino de personas sociales integradas dentro del contexto de distintas y diversas culturas sexuales.

Desde esta perspectiva, la experiencia subjetiva de la salud sexual y de la vida sexual en particular, se entiende, literalmente, como un producto de los significados y símbolos intersubjetivos, asociados con la sexualidad en diferentes situaciones sociales y culturales.

Las perspectivas originadas en la ciencia social contemporánea desafían (si no amenazan) la hegemonía de los modelos tradicionales biomédicos y los modelos de investigación que se preocupan tan sólo de los comportamientos. Así se han abierto

nuevas posibilidades para una comprensión más compleja y multidimensional de la sexualidad y de la experiencia sexual, pero sobre todo de las prácticas sexuales.

En este estudio, se justifica una investigación con este enfoque, dado las múltiples variables presentes en el problema que nos preocupa. ¿Por qué unas comunidades se enferman y otras no, si ambas tienen los mismos niveles de desarrollo?

En las últimas décadas, el cáncer cérvico uterino (*cacu*) ha seguido siendo un problema importante de salud de la mujer en América Latina, se ha sugerido 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).

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).

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 de 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.

Un aspecto determinante en este estudio es que se buscará interpretar los datos a partir de la perspectiva de género, con el interés de poder analizar las condicionantes sociales de la sexualidad.

Se entiende por esto, 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, pero sobre todo, una investigación que busca la representación social del virus del papiloma y específicamente a aspectos de la salud sexual, se acerca a buscar 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 desigual, en que las mujeres ven entrabada 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*.

Investigaciones realizadas en las últimas décadas indican que las mujeres de bajos estratos económicos 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 de bajos estratos económicos 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.

La doble dimensión sexo/género y sus implicaciones en la construcción de la identidad femenina será una prioridad para reflexionar sobre lo que significa ser un sujeto femenino, sobre su comprensión del otro y sobre la importancia de la propia experiencia del cuerpo como instrumento que construye la propia identidad.

El concepto de género no sólo hace una distinción entre sexo biológico (dato natural y objeto de conocimiento de la biología y de la medicina) sino también en lo que se refiere al sexo social (construido dentro de y por relaciones de poder).

La investigación busca analizar el discurso, desde los documentos e informes de salud pública, así como el de las entrevistas con expertos en el tema del *cacu*, y por último entrevistas a funcionarios (as) de salud y usuarios (as) de dos cantones que se evalúan con bajos índices de desarrollo social, dimensión demográfica-sanitaria y desarrollo humano y un alto índice de rezago social.

El objetivo es hacer un análisis de los contenidos del discurso, buscando poner al descubierto aquellos mecanismos discursivos que subyacen a esos contenidos y que permiten establecer vínculos unívocos entre lo natural y lo social, como una forma de encontrar respuestas a la condición de salud de las mujeres.

Los informes médicos, a través de la historia, han sido un discurso de gran trascendencia social: la medicina no sólo se constituyó en torno a un cuerpo de conocimiento que legitimaba su posición social y determinaba el poder de su discurso sino que, también ha sido legitimado a través de la práctica.

La interacción constante entre profesionales y usuarios lo convertía en un poderoso instrumento de difusión ideológica. Además, su compromiso afirmado con el progreso y bienestar de la humanidad justificaba su intromisión en las estructuras sociales. Estaba, pues, en una posición privilegiada desde la cual disparar toda una batería de propuestas normativas en cuanto al género, en especial en la forma de mirar las enfermedades.

Para el caso del *cacu*, se le incorpora en los informes de salud como enfermedad crónica de la mujer, omitiendo su carácter de transmisión sexual heterosexual, así como la importancia de abordar a ambos (hombres y mujeres) para el control de la misma.

En el análisis del discurso de los informes de salud pública, se puede trazar el mapa de la representación de las mujeres por el discurso, pero sobre todo de la forma en que será visibilizado y abordado un problema de salud que se piensa es solo de la mujer.

Los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

Objetivo General:

1. Indagar y explorar la representación social del Virus del Papiloma Humano que se tiene en informes de salud, expertos (as), funcionarios (as) de salud, responsables de programas de intervención así como usuarios (as) de clínicas en cantones afectados o no por el virus y su relación con la salud sexual y reproductiva.

Objetivos Específicos:

- 1 Analizar la epidemiología y la contextualización del diagnóstico y abordaje del virus del papiloma desde diferentes fuentes.
- 2 Establecer la determinación de los índices de desarrollo social, dimensión demográfica-sanitaria, desarrollo humano e índice de rezago humano sobre las tasas de incidencia y determinación en cáncer cérvico-uterino como base en la selección de los cantones.
3. Conocer y comparar la representación social del *vph* y su repercusión sobre las prácticas sexuales, en funcionarios (as) de salud y usuarias (os), de dos cantones: Pococí y Tarrazú, con variación en sus tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, pero con semejanza en sus índices de desarrollo social, desarrollo humano, dimensión demográfica-sanitaria e índice de rezago social.
4. Llegar al conocimiento de la representación social y su impacto en las prácticas de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

Capítulo 1
Salud Pública y Virus de Papiloma

Capítulo 1

Salud Pública y Virus de Papiloma

La formulación de la política y la agenda sanitaria del período 2002 – 2006 se fundamentó en principios orientadores como también en ejes transversales, para consolidar la vocación democrática, innovadora o progresista en el campo de la salud pública. Buscó tomar en cuenta el contexto globalizado, que permite mejorar, con equidad y calidad, la atención integral de salud, manteniendo los éxitos alcanzados.

Así mismo, buscó consolidar el espíritu visionario que conduce a la reducción de las brechas sociales y por supuesto contribuye al sostenimiento del sistema de salud costarricense. (Política Nacional de Salud 2002-2006)

Las tendencias actuales en las políticas de salud están dirigidas hacia la promoción por medio de las políticas de gestión que establecen un porcentaje de cobertura de citología para cada región, buscando que las mujeres en edades comprendidas entre los 16 y los 70 años se realicen el *pap* al menos una vez al año; además, se busca el aseguramiento de la calidad de los resultados, así como la articulación adecuada y eficiente de los laboratorios de salud pública, con referencia a aquellas enfermedades prioritarias que están bajo vigilancia, como el *cacu*.

En los informes de salud de la década 90-99 y del quinquenio 2000-2005 (Ministerio de Salud de Costa Rica) se destaca la situación de nombrar al virus a través de la enfermedad crónica de las mujeres, el cáncer cérvico-uterino; sin nombrar su papel epidemiológico y de contagio sexual. No obstante, en su intervención si se toma en cuenta esta condición, pero sólo para con las usuarias mujeres, no proponiendo ni

estableciendo políticas de intervención con los usuarios hombres que se convierten en portadores y transmisores del virus.

Otras investigaciones de importancia sobre el tema divulgadas en el país y en la región se han logrado gracias a los aportes de los Ministerios de Salud de Costa Rica, del Registro Nacional de Tumores del mismo país, de las Facultades de Medicina y las Escuelas de Enfermería de Universidades públicas y privadas en América Latina. No podemos dejar de lado los artículos de revistas médicas nacionales e internacionales de distribución comercial.

Estos estudios se caracterizan por tener un enfoque médico-epidemiológico, con lo que abordan el tema del cáncer cérvico-uterino, con una metodología cuantitativa donde destaca la información estadística y con una nulidad hacia una metodología cualitativa en lo que respecta al país. (Bosch, F.X. y Cuzick, J. et al., 2007; OMS, 2007; Morales, R., 2000 y 2004; Fonseca, M.E, 2003; Arias, R., González, M. C., et al., 2000; Mantle, N., Powell, S., 2000; Ministerio de Salud-Colombia, 1999; Monge, M., Rivera, D., 1998; Villafuerte, A., 1996; Otero y Vega, 1996; Quesada, M., 1992; Meza, L., Jiménez, M., 1990; Ministério da Saúde, 1986; Gutiérrez, C.M., 1986; Chaves, L et al., 1979).

Existen dos informes de organismos internacionales (OMS, 2007) adscritos al uso de la vacuna contra el *vph* con un enfoque también médico-epidemiológico, así como diversas investigaciones enfocadas en problemas específicos de poblaciones o regiones.

La situación actual con respecto a la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer cervical entre la población femenina de México, América Central y América del Sur son, aproximadamente, tres veces mayores que las observadas en las mujeres de los Estados Unidos. Las mujeres hispanas que residen en los EEUU tienen una tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino dos veces mayor que las de las mujeres blancas no hispanas. (Ries, et al., 2006)

El riesgo de padecer *cacu* es doble para las mujeres méxico-americanas y puertorriqueñas que para las cubano-americanas. La tasa de mortalidad de *cacu* es de un 50% más alta entre las mujeres hispanas que entre mujeres blancas no hispanas. Se piensa que el bajo índice de sometimiento a pruebas de detección entre las mujeres hispanas, así como la falta de seguimiento diagnóstico después de una prueba de *pap* anormal, contribuyen a la mayor mortalidad entre este grupo. (Reynolds, 2004)

Los estudios realizados en los últimos veinte años en América Latina, estuvieron inclinados a hacer referencia del virus en relación al diagnóstico, así como con las prácticas de detección; los esfuerzos han estado enfocados en la mejora en la consulta, con mayor rigurosidad en los análisis de laboratorio o criados.

Sin embargo, se comienzan a presentar los primeros informes a nivel mundial, desde los organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología, en los que interesa destacar los esfuerzos por identificar otros factores que estén afectando las tasas de incidencia y mortalidad. (OPS/OMS/WAS: 2000)

Dentro de la contextualización histórica, el período que cubre esta investigación es a partir de los datos de las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*, van de la década del 90 al 99 y del quinquenio de 2000 a 2005. Utilizó además los datos del censo del 2000, así como los índices de desarrollo humano, desarrollo social, rezago social y dimensión demográfica sanitaria, contruidos para el Estado de la Nación en el año 2000.

Estudios de salud sexual: Correlaciones de investigaciones de ITS.

Dentro de los estudios realizados en el campo de la salud sexual, y específicamente en donde se hace una referencia a la infección por el virus del papiloma humano como un posible marcador biológico de comportamiento sexual; fue el que se realizó con estudiantes universitarios en la ciudad de México, en el año 98. Este estudio representa uno de los primeros esfuerzos por determinar comportamientos inherentes a la incidencia del virus. (Sánchez et al, 2002)

El objetivo de dicho estudio, que fue de tipo transversal, fue el de estimar la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano (*vph*) en estudiantes universitarios (tanto hombres como mujeres) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México, durante el periodo 2000-2001; se utilizó dicha frecuencia como un marcador biológico para evaluar el comportamiento sexual.

A los estudiantes se les aplicó un cuestionario y se colectaron muestras genitales de cada uno para detectar ADN de los *vph* oncogénicos. Los datos se analizaron utilizando pruebas de chi cuadrada y razones de momios. Los resultados mostraron que la prevalencia global del *vph* en 194 estudiantes fue de 14.4%. Las mujeres con dos o más

parejas sexuales durante el último año presentaron mayor riesgo de infección por el *vph*, al igual que las que utilizaron anticonceptivos hormonales y espermicidas en su última relación sexual. Los hombres que consumieron cocaína tuvieron más riesgo de infección por el *vph*.

Las conclusiones principales hicieron referencia a la prevalencia del *vph* como relativamente alta. La utilización del *vph* como un marcador biológico de comportamientos sexuales en mujeres fue pertinente; no obstante para los hombres, se consideró necesario ampliar la muestra para poder determinar si era o no un marcador biológico del comportamiento sexual.

En el año 1998, también en la ciudad de México, se realizó una investigación dirigida por María del Carmen Elú, del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. El objetivo fue hacer un énfasis en la necesidad de evidenciar otros aspectos que interfieren en el abordaje de pacientes con *cacu*. A partir de este estudio se destaca la importancia de abordar este tipo de enfermedad desde las prácticas y las actitudes de las pacientes. (Elú, 1998)

Dentro de sus principales aportes se establecen algunos factores culturales que obstaculizan la prevención y el tratamiento oportuno. Al tratarse del cuerpo de la mujer, en este estudio se hace referencia teórica a la percepción que las mujeres tienen de sí. Se considera que ellas visualizan que son un cuerpo para otros, sin tener exigencias propias. Se trata de un cuerpo que está para cuidar y atender a los demás sin respiro, “es un espacio personal que cuando se hace conciencia de él generalmente es con un sentido de vergüenza” (Elú, 1998, p. 27)

Dentro de las principales conclusiones se destaca que para la gran mayoría de las mujeres de nuestra cultura, la maternidad representa aún uno de los proyectos de vida más importantes. Por ello las enfermedades vinculadas al aparato reproductor femenino se conciben únicamente como propias de su función; incluso se hace la misma relación con las molestias y dolencias relacionadas con la vida reproductiva. (Elú, 1998)

Otra de las conclusiones es la percepción de la vivencia de la sexualidad, donde se establece con una fuerte connotación de pecado y vergüenza, desprovista de placer y representa una carga más. La experiencia sexual se encuentra centrada en los genitales, con un elevado sentido de posesión y como un deber que es necesario cumplir. (Elú, 1998, p.28)

Además Elú (1998), destaca factores de riesgo para el cáncer cérvico-uterino, las prácticas culturales de la inequidad en las funciones domésticas, las responsabilidades sociales, la socialización de género, pues generan mayor vulnerabilidad biológica ante los padecimientos del cáncer.

En la actualidad son muy pocos los estudios que hacen referencia a las actitudes y prácticas sexuales con respecto al contagio por *vph*, se ha puesto un mayor interés, dado el impacto para la salud pública, a aquellos que hacen referencia al campo del VIH/SIDA.

Sin embargo es importante destacar que los aportes que han dado estas investigaciones sobre el VIH/SIDA, sí guarda una relación importante con el virus de papiloma, ya que estas investigaciones destacan la toma de decisiones, como un elemento trascendental

con respecto a la promoción y prevención. Es de esta forma que los elementos destacados en las investigaciones sobre VIH/SIDA, podrían ayudar a marcar diferencias abismales en las tasas de incidencia y mortalidad por *vph* y *cacu*.

El estudio sobre VIH/SIDA e ITS que se realizó por medio de una investigación longitudinal y en coordinación con todos los países del Istmo Centroamericano, representa el primer esfuerzo a nivel de la región que buscó unificar esfuerzos con el interés de bajar la epidemia del VIH/SIDA, especialmente en las estaciones de paso (fronteras entre países), lugares donde se ha detectado una mayor presencia del virus y de la enfermedad. (Bronfman, M. et al, 2005)

Este estudio de Bronfman sobre VIH/SIDA e ITS es coincidente con el enfoque que desarrolla esta investigación sobre *vph* y *cacu*, dado que es el primer estudio realizado en la región, dónde se menciona la presencia de factores culturales que están incidiendo en la transmisión del VIH/SIDA e ITS.

Los investigadores Mario Bronfman, René Leyva y Mirka Negroni, del Instituto Nacional de Salud Pública de México son los responsables del estudio. Los resultados fueron publicados, los de la primera parte de la investigación bajo el nombre de: *Movilidad Poblacional y VIH/SIDA: Contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica* (2004). Y la segunda publicación, correspondiente al seguimiento realizado se llama: *Respuesta Social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México* y se publicó en el año 2005.

Ante la situación de vulnerabilidad con el VIH/SIDA, se conceptualizó (en el año 2000) y se desarrolló (en 2000 y 2001) el “Proyecto de investigación multicéntrico: Migración y SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos”, con la participación de diversas instancias y organizaciones de Centroamérica y México.

Este estudio está dividido en tres períodos y publicado en diferentes años y recopila el esfuerzo por analizar el impacto que ha tenido el VIH/SIDA, en México y Centroamérica.

La región estudiada presenta características específicas, que vale la pena destacar, entre ellas, que todos estos países (México, Guatemala, Honduras, Belice, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá) se consideran en vías de desarrollo o subdesarrollados. Con excepción de México y Costa Rica, los indicadores económicos y sociales muestran cifras desfavorables para cada uno de estos países.

En los últimos años, en la región se ha buscado diversificar la economía, ampliando los mercados internacionales, sobre todo a nivel de industria y servicios. Lo que ha traído como consecuencia un abandono de las actividades agrícolas, entre otras actividades, el efecto inmediato ha sido un aumento de la pobreza y, por consiguiente, ha sido cada vez más difícil el desarrollo equitativo y sustentable. Esta es una de las principales razones por las cuales la población decide emigrar y se convierte en un elemento de vulnerabilidad dentro de las comunidades.

El concepto de vulnerabilidad, antes mencionado, para autores como Delor y Hubert (citado por Leyva, 2005, p.20) son los resultados obtenidos de los análisis que hicieron

los grupos organizados en la lucha contra el estigma y la discriminación social, los cuales resaltaron una visión limitada y repugnante sobre esa enfermedad. Al comprender el problema desde una óptica limitada, haciendo invisibles otros factores sociales, políticos y culturales; más profundos e importantes que, se debieron de tomar en cuenta.

Los contextos de vulnerabilidad representan entonces, configuraciones socioculturales que son resultado de las interacciones entre los diversos actores tales como: sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas. De esta forma, los contextos de vulnerabilidad se encuentran determinados por los cambios en las relaciones entre los diferentes actores sociales.

Para Leyva (2005, p. 20) “En el caso de las poblaciones móviles, los factores sociales y económicos que definen las situaciones de riesgo tienen poco que ver con factores individuales; se trata de situaciones de riesgo en contextos de riesgo a los que están expuestos estos grupos vulnerables”.

Por lo tanto, la distinción entre riesgo y vulnerabilidad apunta a que, el riesgo evoca una conducta individual, mientras la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y las desigualdades sociales, lo que obliga a obtener respuestas en el ámbito de la estructura social y política. Comunidades en situación de vulnerabilidad determinan los riesgos diferenciales y es sobre estos que se debe actuar prioritariamente.

Una de las propuestas de mayor interés para la actualidad es que los propios receptores sean quienes decidan y ejecuten las acciones que hipotéticamente podrían ser de

beneficio para ellos. Se sabe que “la salud pública tiene ante sí el desafío de incidir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incrementan la vulnerabilidad de la población.” (Bronfman, 2004, p.16)

1.2 Las representaciones sociales, la representación social de la sexualidad y del cuerpo femenino.

Los principales postulados teóricos o explicativos provienen, preponderantemente, del extranjero. Son varios los textos que investigan teóricamente las condiciones, origen, dinámica, configuración, conformación, establecimiento, determinación, dimensiones y componentes de las representaciones sociales.

En México se han elaborado dos investigaciones aplicadas de interés para la presente investigación. Flores (1997, 2003), con un enfoque latinoamericano a través del cual se enfatiza en las diferencias socioculturales.

La primera investigación se denominó “*La representación social de la masculinidad y feminidad en un grupo de profesionales de la salud mental*”, donde se indagó en los conceptos de normalidad y anormalidad entre psiquiatras, teniendo como resultado que el criterio de estos profesionales era subjetivo en cuanto a dichos términos (Flores, 1997)

Esta primera investigación fue realizada en el campo de la salud mental, se centra en la teoría de las representaciones sociales y en el uso de la categoría de género. Varios estudios realizados han puesto en evidencia que la categoría de género se articula en torno a estereotipos que definen la masculinidad y la feminidad.

El objetivo de este trabajo fue indagar en la representación social que tienen de estos constructos los profesionales de la salud mental del subgrupo estudiado y su posible repercusión en la práctica profesional.

Las expresiones de malestar y su traducción en distintas sintomatologías son observadas en el marco de este trabajo desde la teoría de las representaciones sociales, considerando estos aspectos como procesos articulados en diferentes niveles con especificidades propias.

Los motivos de malestar expresados en el discurso de los sujetos se entrelazan con elementos de orden subjetivo, por lo tanto se puede entender la relevancia que tiene el concepto de representación social en la interpretación y práctica profesional de procesos en los que intervienen elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y sociales que en este caso, subyacen a la identidad de género.

Se expone la importancia de utilizar la categoría de género para comprender la diferencia sexual en un contexto social, en un sistema cultural y por lo tanto en la traducción de una representación social. La importancia de estudiar ésta categoría a la luz de marcos teóricos articulados con aplicaciones metodológicas rigurosas, permitirá sustentar y reconceptualizar su uso en una aplicación científica.

Otro estudio de importancia es el realizado por los investigadores Flores y Leyva (2003) donde se indagó la representación social del SIDA en jóvenes entre 16 y 23 años en el Distrito Federal de México. En este estudio se encontró anclada la representación a elementos morales y culturales, teñidos de miedos. Dentro de los principales resultados, se manifiesta que el núcleo cognitivo sobre el SIDA incluye la asociación entre sexo, enfermedad y muerte.

Los investigadores establecieron que el campo representacional del SIDA se construye sobre la unidad transmisión-prevención, donde aparecen vinculados conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón.

También se identificó una actitud ambivalente para la prevención y la transmisión del VIH aduciendo por parte de los jóvenes consultados: "mitad depende de nosotros y mitad no". Los grupos de discusión resaltaron situaciones como "violaciones, transfusiones, jeringas infectadas", en las que consideran nula su capacidad para prevenir la transmisión, lo cual contribuye a explicar su actitud ambivalente ante la prevención.

La utilidad del condón estaba relacionada con la prevención de embarazos, más que con la prevención de infecciones de transmisión sexual. Dentro de las principales conclusiones se estableció que la representación social del VIH/SIDA en estudiantes jóvenes constituye un *corpus* multidimensional en el que convergen e interactúan diversos elementos de orden científico y de sentido común, como: creencias, mitos, estigmas, miedos, que contribuyen a dar significado al problema denominado SIDA.

Al concluir que las creencias, mitos, estigmas y miedos contribuyen a dar significado al problema denominado SIDA, establece un referente de relevancia para las conclusiones de esta investigación sobre el *vph* y *cacu*.

Con el tema de las representaciones de la sexualidad y el cuerpo femenino, en Costa Rica, se han venido realizando, en los últimos cuatro años, algunas investigaciones cuyo

objetivo ha sido el de profundizar en el análisis del tema de la sexualidad, la salud y el cuerpo femenino.

Entre los principales aportes, Cubillo (2002) de la Escuela de Literatura de la Universidad de Costa Rica, describe algunos aspectos esenciales como: “La cultura occidental se fundamenta en la existencia de un discurso patriarcal basado en el Verbo-Logos-Dios, el cual le otorga al varón la voz y la palabra” (Cubillo, R., 2002, p.105).

Ante esto la mujer debe entender y asumir la lógica del sistema patriarcal que este discurso encierra, pero cuando no lo hace corre el riesgo de ser excluida de la sociedad. “No necesitamos hilar muy delgado para establecer que la diferencia más importante entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del varón es que solo el de ella resulta apto para el embarazo y el parto: sólo ella puede ser madre”. (Cubillo, 2002, p. 105)

Con la cita anterior se destaca, la condición de reproductora que posee la mujer, apropiarse de ella y de la forma en que se le aborda su salud sexual, es una forma de control, pero para el caso del *vph*, a ella se le deja sin protección ni defensa, pues solo se usa su cuerpo como control de una enfermedad, sin tomar en cuenta que el hombre es el portador.

En el análisis de las entrevistas se debe, considerar la posición de Elaine Showalter (c.f. Cubillo, 2002) cuando afirma que “las ideas acerca del cuerpo son fundamentales para comprender cómo las mujeres conceptualizan su situación en la sociedad, pero no puede haber expresión del cuerpo sin que esté mediada por estructuras lingüísticas, sociales y literarias” (p.106)

Dentro de los aportes de Cubillo (2002), en su análisis de las representaciones del cuerpo femenino en Sofía de los presagios de Gioconda Belli; destaca que: “los cuerpos son territorios que (re)significan a partir de discursos que operan en los relatos. Relatos cuyo sistema sexo y género se ordena en orden a la producción de poder”. (p.106)

Cubillo (2002) aclara que la relación cuerpo y género son el resultado de un conjunto de disposiciones, que una sociedad transforma en productos de la actividad humana. Cuando dentro de su texto cita a Cáceres (1999) destaca esta forma de mirar el cuerpo, lo convierte en una práctica social que transmuta la sexualidad biológica en un constructo socio-discursivo y que arranca de la lectura del lenguaje del cuerpo. La relación del cuerpo con el sexo, el género y el poder es una práctica significativa, un texto que implica trabajo en la perspectiva de la producción simbólica porque todo el cuerpo pasa por el filtro del discurso, del lenguaje y de la actualidad simbólica. (p 106)

En una entrevista a la escritora Gioconda Belli (La Prensa, Nicaragua, 4 de marzo de 2001 citado por Cubillo, 2002), se hace énfasis en el peso afectivo de la sexualidad en la vida de la mujer, como algo naturalmente grande. Se destaca que en la mujer la sexualidad está totalmente conectada a lo emocional. “A las mujeres nos han dicho que no tenemos porque andar hablando de nuestro cuerpo; la mujer se tiene que proponer a sí misma como un ser espiritual. Hay desde la mentalidad cartesiana, esa separación del alma y el cuerpo, que yo considero es uno de los grandes problemas sociales, porque en vez de ser exaltada la mujer por su rol biológico, por ser reproductora de la especie, se convirtió en su argumento para encerrarla en su casa y privarla de una participación plena. (p. 111)

Entre los aportes obtenidos en la investigación *Representaciones de la sexualidad en adultos mayores*, realizada por Piedra y Montero (2003) se describe la sexualidad en relación con los vínculos creados entre géneros. “Estos vínculos se relacionan con manifestaciones de afecto como: amor, deseo, contacto físico, caricias, actividad coital, hacia otras personas, pero se parte de una pre-concepción simbólica, imaginaria significativa, sujeta a una identidad y a un rol sexual que proviene de la cultura”. (p.29)

Para estos investigadores el abordar la sexualidad debe ser parte constitutiva de lo que se es y de cómo se proyecta al mundo y en consecuencias a los otros. También se interioriza desde constructos que implican factores sexuales que incluyen el auto-concepto que se tiene de sí mismo, el género en el que se desarrolló el sujeto, la sumisión de papeles, una identidad sexual y las categorías de representaciones que se tiene del mundo externo e interno.

La forma como se aborda la sexualidad permite interiorizar en el análisis de las respuestas que proveen las entrevistadas cuándo se cuestiona su estado de salud sexual.

1.3 Factores Culturales y Salud Sexual.

En 1995, en Santiago de Chile, se realizó una investigación que se abocó a estudiar los factores de resistencia que presentan las mujeres beneficiarias de los consultorios para tomarse el examen de Papanicolaou con la periodicidad indicada. (Lamadrid, S. 1998; Valenzuela, M.; Miranda, A. 2001)

Exploraron 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.

Con base en la información anterior, se sostuvo como hipótesis que las mujeres entrevistadas, 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, aparte de aceptar en su vida el sufrimiento, la auto-postergación y con una visión negativa de su sexualidad, además de valorizar esta última sólo en base a la maternidad.

Dentro de los principales resultados se muestra que la mayoría de las mujeres se adecuan a las expectativas del rol tradicional en relación con la maternidad, el sufrimiento, el orden, la limpieza, y el no disponer de tiempo para enfermarse.

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 con las que no completaron su enseñanza básica (89%). Podría inferirse que la educación formal no se relacionó con la información respecto a su cuerpo. El nivel educativo se asoció a cambios de actitud ante aspectos del cuerpo (en este caso, la sexualidad), pero no con poseer información satisfactoria sobre el mismo.

En el tema de lo que piensan las mujeres, sobre cómo prevenir el *cacu*, el principal medio sugerido por las mujeres para prevenir este cáncer es el control médico y el *pap*, indicando que al no realizarse este examen, no es por desconocimiento si no por otras

causas. Una de cada seis mujeres creía que la higiene puede ayudar a la prevención, y una de cada diez mujeres asoció la prevención con el control de la actividad sexual.

Se encontró, como datos finales que estas mujeres manifiestan su acuerdo con el discurso tradicional sobre la mujer como madre sacrificada y auto-postergada; sin embargo, hay atisbos en este discurso que revela no ser tan mayoritario como antes con relación a la libertad personal en especial la valoración de la sexualidad.

Se observó una tendencia, más fuerte, hacia un discurso que valora el placer sexual como una necesidad de las mujeres en aquellas con más educación formal, estas también separan el ejercicio de la sexualidad de las potencialidades reproductivas.

El estudio (Gogna, M.; et al 1998) trata de las dimensiones psico-sociales y culturales de las enfermedades de transmisión sexual. Este estudio analiza sobre la base de resultados de una investigación cualitativa realizada entre hombres y mujeres de sectores populares (jóvenes y adultos) en el Gran Buenos Aires, las nociones acerca de las ITS (sus síntomas, vías de transmisión, consecuencias).

La autora debate cómo las normas culturales sobre el comportamiento sexual y las relaciones de género afectan directamente la habilidad de las personas para considerarse en riesgo, por ende también se ven afectadas las conductas de prevención. Las implicaciones que estos hallazgos plantean en términos de estrategias apropiadas para promover conductas de cuidado de la salud sexual y reproductiva son importantes.

Esta investigación retomó la experiencia de las investigaciones acerca de los factores que favorecen o dificultan la prevención del VIH/SIDA, utilizó un marco conceptual heterodoxo, donde recuperó e integró conceptos provenientes de diferentes disciplinas y

perspectivas teóricas (i.e. la antropología médica, la educación para la salud, las teorías constructivistas acerca de la sexualidad y el feminismo).

Partió de la hipótesis de que la prevención y el tratamiento de las ITS son afectados por dos conjuntos de factores estrechamente interrelacionados, que de manera global se denomina "salud/enfermedad" y "género/sexualidad".

Este estudio engloba las nociones populares acerca de las ITS y el VIH/SIDA: así como creencias acerca de las formas de transmisión, la posibilidad de prevenirlas, las consecuencias atribuidas, entre otras, que son productos de desarrollos culturales nativos o populares, y que no derivan explícitamente del marco conceptual de la medicina moderna (Foster & Anderson, 1978).

Desde esta posición, se afirma que estas nociones pragmáticas (de origen sincrético, flexibles) son la base argumentativa que todas las personas utilizan para interpretar sus percepciones/sensaciones y orientar/evaluar las acciones que emprenden. Dado que las ITS involucran la sexualidad. Se parte del supuesto de que esas nociones estarían fuertemente atravesadas por normas culturales acerca de las identidades y relaciones de género en el ejercicio de la sexualidad.

Para Dixon-Mueller (1993) las interacciones sexuales y la propia forma de entender la sexualidad están intrínsecamente ligadas a los conceptos culturales de la femineidad o la masculinidad

Los resultados obtenidos en el estudio mostraron un hallazgo importante en la manera cómo estas enfermedades aparecen en el imaginario popular ya que dista considerablemente de la perspectiva biomédica.

Se observó en términos generales, que los varones tenían más información que las mujeres acerca de la posibilidad de prevenir las ITS y de la forma de tratarlas. Las ITS fueron reiteradamente asociadas a la falta de higiene (personal, de sábanas y toallas, de los baños) y al contacto sexual con personas que "no se conocen". Fue llamativa la insistencia con que ambos géneros y, en particular los varones se refirieron a las ITS como enfermedades transmitidas por las mujeres.

En general, las ITS no son percibidas como enfermedades con repercusiones sobre la salud o la capacidad reproductiva. El conflicto de pareja, los celos y la desconfianza fueron la principal consecuencia identificada por ambos géneros, también los varones mencionaron la disminución del deseo sexual y/o la interferencia con la dinámica sexual.

El estudio evidenció claramente que aun existiendo percepción de riesgo, los varones vinculan la "peligrosidad a los fluidos femeninos" y las mujeres en la "natural infidelidad" de sus parejas. No se adoptan conductas adecuadas para prevenir las ITS. La escasa disponibilidad y capacidad para el "sexo más seguro" remite a una compleja trama compuesta de normas y valores, estereotipos, relaciones de poder, sentimientos (afecto, temor y vergüenza) y significados como por ejemplo que el preservativo "no es para el matrimonio".

A su vez, los estereotipos y relaciones de género proveen a las "señoras de su casa" una protección imaginaria afectando seriamente su capacidad a percibir el riesgo y decidir acerca de cómo procederán los encuentros sexuales. Muchas de las mujeres del estudio no creían que fuera necesario usar preservativo con sus parejas estables y otras

declararon que no se animarían a proponerlo. Los temores acerca de la eventual reacción masculina y la vergüenza fueron las principales razones señaladas.

Otro dato interesante con respecto a la distinción ITS/VIH-SIDA proviene de los/as entrevistados/as quienes tenían mayor información y de mejor calidad acerca del VIH/SIDA que de las ITS. Sin embargo se detectaron confusiones y creencias erróneas.

Las más representativas son: que sólo los enfermos contagian; que los enfermos de SIDA no contagian porque están muy débiles; que sólo la mujer o el varón contagian; que el VIH se transmite por compartir un cigarrillo de marihuana o aspirar drogas; que la sangre infectada puede "entrar por los poros".

En particular, llama la atención la idea de "conocer a la persona" con la que se tienen relaciones sexuales es una forma eficaz de protección (Paiva, 1993).

Los hallazgos de esta investigación vienen a fortalecer la idea sobre los estereotipos de género y las relaciones de poder entre varones y mujeres y de cómo estas afectan centralmente la capacidad de las personas de adoptar conductas adecuadas para prevenir las ITS (Gupta & Weiss, 1993; Carovano, 1995; Campbell, 1995).

Se reafirma con base en los estudios de Campbell (1995) que los hombres deben ser enfocados directamente como parejas sexuales masculinas, destacándose en los lugares de trabajo o en la comunidad, en vez de aproximarse a ellos a través de las mujeres.

Así como centrar los esfuerzos exclusivamente en el mejoramiento de las habilidades de las mujeres para negociar (particularmente en el caso de las mujeres casadas), resulta no sólo ineficaz sino fundamentalmente inequitativo.

En síntesis, esta investigación destaca la importancia de ser sensible a la manera en que la población percibe y conceptualiza las ITS/el VIH-SIDA, también señala las complejas negociaciones (con uno mismo y con el otro) que el "sexo más seguro" implica. Esto es requisito fundamental para el diseño de actividades de prevención que interpelen más eficazmente a la población.

Capítulo 2
Marco conceptual

Capítulo 2

Marco conceptual

El objetivo de este capítulo es ofrecer los lineamientos teóricos que sustentan y permiten el análisis de los resultados. Para el tema de las representaciones sociales, se detallan aspectos históricos, sistemas y componentes de las representaciones, funciones, organización y estructura. Se diferencia entre un enfoque procesual y un enfoque estructural. Se especifican las características del núcleo, bajo la perspectiva de la teoría del núcleo central propuesta por Abric (1976,1987), así como la descripción de los elementos periféricos que conforman la representación, sin dejar de lado las relaciones entre ambos.

Se determinará lo que se reconoce como representación social y lo que no es representación, pasando luego a los procesos del análisis de las representaciones, entre ellos, se destaca con claridad lo que es la objetivización y el anclaje.

Se explica acerca de la metodología en las representaciones sociales para luego destacar la categoría de género en el análisis de estas. El objetivo es presentar los lineamientos que se utilizan para analizar los datos de cualquier investigación que busque esta teoría y este método.

Se conceptualiza el virus del papiloma y la situación del cáncer cérvico-uterino en el mundo. Se presenta la definición de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, sus significados culturales, morales, religiosos; éticos. También el papel del poder y los procesos de construcción de identidad, las relaciones de pareja. Además la vulnerabilidad en las prácticas y representación de la sexualidad. El impacto de la

cultura, el concepto y vivencia del placer. El factor de género en la vivencia y conceptualización de la sexualidad.

El interés principal es sustentar el abordaje y análisis que se realizará sobre los discursos de los (as) informantes clave. Buscando profundizar en las diferencias que culturalmente se han asignado a cada sexo.

2.1 Las Representaciones Sociales: Aspectos teóricos y metodológicos

2.1.1 Historia de las Representaciones Sociales

La noción de Representaciones Sociales corresponde a la teoría elaborada por Moscovici (1961), el éxito de esta teoría surge ante el interés por los fenómenos colectivos, pero sobre todo por las reglas que rigen el pensamiento social.

Para poder entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los factores determinantes de las prácticas sociales, es indispensable la identificación de la “visión del mundo” que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición.

El punto de partida de esta teoría plantea que “no hay distinción alguna entre los universos exterior e interior del individuo o grupo. El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos” (Moscovici, 1969, p.9).

Por lo tanto, el estímulo y la respuesta son indisociables. Se forman en conjunto. Una representación es siempre lo que significa “algo para alguien”. Este lazo con el objeto es

parte intrínseca del vínculo social y debe ser interpretada así en ese marco. La representación siempre es de carácter social, relaciona los procesos simbólicos con las conductas. (Moscovici, 1969)

Jodelet cita Moscovici (1985, p. 475) quien refiere que representar es re-presentar, hacer presente en la mente, en la conciencia. Es la reproducción mental de otra cosa. No es simple reproducción, sino construcción y conlleva en la comunicación una parte de autonomía y de creación individual o colectiva.

Abrie (1994) menciona que “a priori no existe realidad objetiva, pero toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda”. (p. 12)

Las representaciones son una organización significativa que depende de factores contingentes (de circunstancias, naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato y finalidad de la situación) y de factores más generales como el contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, así como los desafíos sociales a las que se ve expuesta una persona.

El tipo de realidad hacia el que apunta el concepto se nutre de manera simultánea de elementos de diversa naturaleza, como los procesos cognitivos, las inserciones sociales, los factores afectivos y los sistemas de valores.

El predominio que tiene la dimensión afectiva, de acuerdo con los aportes de Flores (2000) sobre la evaluación en el pensamiento social, hace que el uso de la noción de representación social no se pueda reducir a una comprensión cognitiva del universo, porque se caería en el error de explicar de manera parcial un hecho dado, sin detenerse a observar el proceso simbólico y los elementos afectivos que intervienen en su construcción, que puede ser traducido en una conducta social versus el rol de género. (Calleja, citado por Flores 2000, p. 203)

Existen dos modos de apropiación de las RS la idea de la existencia de dos modos de abordaje de las representaciones sociales que podrían identificarse uno como procesual y otro como estructural surgió por analogía respecto a la división existente entre el Interaccionismo Simbólico Procesual de la Escuela de Chicago y el Interaccionismo Simbólico Estructural de la Escuela de Iowa.

Esta es una analogía a medias, ya que si bien lo procesual se asimila en mucho a la postura de la Escuela de Chicago, no sucede lo mismo con lo que se entiende por estudio estructural de las representaciones el cual no se emparenta con la postura de la Escuela de Iowa (...) la palabra PROCESO identifica la esencia de este modo de aproximación más centrado en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones. (Banchs, 2000, p. 2)

Continuando con las formas de apropiación de las RS, Banchs (2000) menciona que las representaciones se las define como proceso o como producto. Según Moscovici y Jodelet, citado por Banchs (2000), las representaciones sociales deben ser analizadas con relación a los procesos de la dinámica social y de la dinámica psíquica. Como bien

lo afirma esta autora: “dos tipos de procesos inciden en la conformación de representaciones sociales: por un lado, los procesos cognitivos o mentales, de carácter individual y por el otro, los procesos de interacción y contextuales de carácter social.

(p. 3)

Una de las paradojas de las representaciones es en lo que respecta a la dificultad de enfocar contenidos y procesos, es importante para evitar el riesgo de introducir una falsa dicotomía, una adecuada definición de contenidos y procesos. El contenido, por ejemplo, puede enfocarse sobre lo permanente, como en la investigación históricamente orientada, o sobre lo diverso, y el proceso puede restringirse a los aspectos sociocognitivos de procesamiento de la información o restringirse a la funcionalidad de las representaciones en la creación y mantenimiento de las prácticas sociales. (Spink, M.J, 1993, p. 49 citado por Banchs, 2000, p. 3)

Jodelet (1989 a, p.37; citado por Banchs, 2000, p.3) señala que en tanto que contribución decisiva al estudio de la vida mental individual y colectiva, las representaciones sociales son abordadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Es decir nos interesamos en una modalidad de pensamiento, bajo su aspecto constituyente- los procesos- y constituido –los productos o contenidos.

Con el asunto de las ideologías, Ibáñez (citado por Flores, 2000) menciona que, como las ideologías y las representaciones sociales no constituyen objetos independientes, nos encontramos con el problema de la articulación entre sí, es decir, las representaciones

sociales son siempre la representación que construye alguien, grupo, persona o categoría social, lo cual excluye la existencia de representaciones sociales que se encuentren socialmente diferenciadas en cuanto a sus portadores... aunque las ideologías puedan quedar referidas a categorías sociales específicas, afectando las producciones cognitivas de la sociedad en su conjunto. (Ibáñez, 1988, p.59-60, citado por Flores, 2000, p.207)

La ideología sería el alma del cuerpo representacional. Sin ideología sería difícil producir una representación, ya que es el mosaico desde el cual se articula y circula el conocimiento de la cotidianidad. Las ideologías y las representaciones sociales son objetos distintos pero estrechamente vinculados entre sí por relaciones de causalidad de tipo circular. (Ibáñez, 1988 citado por Flores, 2000, p. 208)

2.1.2 Sistemas y componentes de las representaciones.

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre modificación de la realidad, puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas. (Abric, 2001, p.3)

Como sistema cognitivo, las representaciones sociales no son exclusivamente cognitivas, también son sociales, pero es errado decir que son socio-cognitivas (Moscovici, 1983, p.3). El análisis y la comprensión de las RS y de su funcionamiento suponen un doble enfoque, que integra los dos componentes de la representación:

- a. Su componente cognitivo: supone a un sujeto activo que posee una estructura psicológica (Moscovici, 1976, p.40), sometida a las reglas que rigen los procesos cognitivos.
- b. Su componente social: la puesta en práctica de los procesos cognitivos está determinado por las condiciones sociales en que una representación se elabora o transmite.

El componente social es el que genera reglas que pueden ser muy distintas de la lógica cognitiva. Por lo tanto, las RS están sometidas a una lógica doble: la lógica cognitiva y la lógica social. Esta coexistencia permite comprender porque la representación integra lo racional y lo irracional; además es, determinante porque tolera e integra contradicciones aparentes también porque los razonamientos que genera pueden aparecer como ilógicos o incoherentes.

Como sistema contextualizado, uno de los componentes fundamentales de la representación es la significación, la cual está determinada por al menos dos efectos de contexto:

- a. El contexto discursivo: que son las condiciones de producción del discurso, a partir del cual es formulada o descubierta una representación; esta significación depende de las relaciones concretas que se verifican en el tiempo de una interacción.
- b. El contexto social: Aquí entra el contexto ideológico y el lugar que el individuo o grupo respectivo ocupa en el sistema social.

La significación de una representación social está entrelazada o anclada siempre en significaciones más generales que intervienen en las relaciones simbólicas propias al campo social dado.

Este doble contexto implica entender el contenido y la dinámica de una representación; los elementos de una representación pueden ser activados o no en un contexto dado y tener contradicciones aparentes. Los componentes extraños de la representación pueden estar ligados a sus efectos de contexto. Precisamente, tomar en cuenta estos efectos es lo que permite descubrir el principio organizador de la representación, oculto, en ocasiones, por la imposición de un contexto particular.

2.1.3 Funciones de las representaciones.

Las representaciones, por su papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales, responden a cuatro funciones.

1. Funciones de saber: permiten entender y explicar la realidad.

El saber práctico de sentido común, permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, pero debe estar en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. Constitución de un saber común.

2. Funciones identitarias: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos.

Además de la función cognitiva de entender y explicar, tienen también la función de situar a los individuos y a los grupos en el campo social. Permiten elaborar una

identidad social y personal gratificante, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados. (Mugny y Carugati, 1985, p. 183 citados por Valenzuela, 2000, p. 55)

Esta función les da un lugar primordial en los procesos de comparación social, lo que permite salvaguardar una imagen positiva de su grupo de pertenencia. (Mann, 1963; Bass, 1965; Lemaine, 1966 citados por Abric, 2001) Por otro lado, desarrolla un papel importante en el control social ejercido por la colectividad sobre cada uno de sus miembros y de sus procesos de socialización.

3. Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas.

El sistema de pre modificación de la realidad que constituye las *RS*, es guía para la acción. Este proceso de orientación resulta de tres factores:

- a. La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación. (determina *a priori*, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto así como el tipo de gestión cognitiva que se adoptará)
- b. La representación produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas. Es una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objeto de volver esa realidad conforme a la representación. No depende de la evolución de una interacción, la precede y la determina.
- c. Es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado. La existencia

.de una representación de la situación previa a la interacción misma hace que en la mayoría de los casos, las conclusiones sean planteadas incluso antes de que inicie la acción. (Abric, 2001, p.17)

4. Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos.

Así como antes de la acción las *RS* tienen un papel esencial también intervienen después de la acción, para permitir que los (as) actores expliquen y justifiquen sus conductas en una situación o en consideración con los otros (as).

Las representaciones intergrupos tienen por función esencial, justificar los comportamientos adoptados de otro grupo. Por lo tanto, en situaciones de relaciones competitivas, serán elaboradas progresivamente las representaciones del grupo contrario, con el objetivo de atribuirle características que justifiquen un comportamiento hostil en su contra.

Las *RS* por su valor heurístico, sus funciones de elaboración de un sentido común, de construcción de la identidad social, por las expectativas y las anticipaciones que generan, están en el origen de las prácticas sociales. Por sus funciones justificadoras, adaptadoras y de diferenciación social, dependen de las circunstancias exteriores y de las prácticas mismas. Son moduladas e inducidas por las prácticas. (Abric, 1994, p. 18)

2.1.4. Organización y estructura de las representaciones sociales para su análisis.

La organización de una representación expone una modalidad particular, específica, no únicamente los elementos de la representación son jerarquizados, sino además toda representación está organizada alrededor de un núcleo central, constituido por uno o varios elementos que dan su significación a la representación.

Esta idea de centralidad viene desde los textos de Heider (1927) (citado en Abric, 2001, p.19), donde se encuentra la idea de que las personas tienen una tendencia a atribuir los eventos que sobrevienen en su entorno a núcleos unitarios, condicionados de forma interna y que son los centros de la textura causal del mundo.

Estos núcleos unitarios son los que atribuirán la significación de los hechos esperados. Se puede, en otro espacio, analizar la relación que tendrá esta significación con los arquetipos y los aspectos de género intrínsecos en el comportamiento de los hombres y las mujeres.

La idea de núcleo, como la de centralidad, está presente en los trabajos de psicología social. Moscovici, en su trabajo sobre el psicoanálisis, define que el paso del concepto a la representación se define a través de etapas sucesivas. La primera fase de elaboración consistirá en retener de manera selectiva una parte de la información que circula en la sociedad, para desembocar en un arreglo particular de conocimientos respecto a este objeto. Este proceso llamado de objetivización permite pasar de la teoría científica al “modelo figurativo” o “núcleo figurativo”. (Moscovici, 1961)

Los elementos del núcleo, además de estar disociados del contexto que los produjo, adquieren una autonomía mayor que aumenta su posibilidad de utilización para el individuo. El núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente, corresponde al sistema de valores al cual se refiere el individuo, lleva la marca de la cultura y de las normas del entorno social.

2.1.5 Características del núcleo. Teoría del núcleo central (Abrie, 1976, 1987 citado en Abrie, 2001).

El elemento fundamental de la representación está organizada alrededor de un núcleo central. Esto determina la significación y la organización de la misma.

El núcleo central tiene dos funciones:

- a. Una función generadora: elemento mediante el cual se crea y se transforma la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por este medio que esos elementos toman un sentido, un valor.
- b. Una función organizadora: El núcleo central determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos, los elementos de la representación. Por esta función el núcleo es unificador y estabilizador de la representación.

Por otro lado tiene una propiedad, la que garantiza la perennidad en contextos movibles y evolutivos. Este elemento resistirá más al cambio. La simple identificación del contenido de una representación es insuficiente para reconocerla y especificarla. Será la organización de ese contenido lo esencial. Pueden darse dos representaciones definidas por un mismo contenido, pero radicalmente diferentes si la organización de ese contenido y la centralidad de ciertos elementos son diferentes.

El núcleo tiene además una dimensión cualitativa y cuantitativa. No será la presencia de un elemento lo que define la centralidad, sino la significación otorgada a la representación. Se pueden dar elementos o lazos que cuantitativamente son idénticos y fuertes, pero uno está en el núcleo central y el otro no. Por lo tanto, según los aportes de Guimelli y Rouquette (1992), la importancia cuantitativa de algunos lazos mantiene un elemento con el conjunto de los otros aparece como un indicador pertinente de la centralidad.

Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, el núcleo central podrá tener, además, dos dimensiones distintas.

- a. Dimensión funcional: como en las situaciones con finalidad operativa, donde se privilegian en la representación los elementos para la realización de la tarea.
- b. Dimensión normativa: como en aquellas situaciones en las que intervienen directamente dimensiones socios-afectivas, sociales o ideológicas. En este tipo de situaciones el centro de la representación estará marcada por normas, estereotipos y actitudes.

Lo más importante no es tanto estudiar la representación de un objeto sino saber cuál es el objeto de la representación. Para que un objeto sea objeto de representación es necesario que los elementos organizadores de su representación formen parte o estén directamente asociados con el objeto mismo.

Algunos autores, entre ellos Flamment (citado por Abric, 2001, p. 22), definen dos grandes tipos de representaciones:

- a. Las representaciones autónomas, cuyo principio organizador se sitúa al nivel del objeto mismo.
- b. Las representaciones no autónomas, cuyo núcleo central se sitúa fuera del objeto mismo, o en una representación más global es donde el objeto está integrado.

2.1.6 Elementos periféricos de la representación. Funciones.

Estos elementos se organizan alrededor del núcleo central y están en relación directa con él. Su presencia, ponderación, valor y función están determinados por el núcleo. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias.

Estos elementos están jerarquizados. Si mantienen una cercanía con el núcleo desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación; si están distantes ilustran, aclaran, justifican esta significación.

Constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación y responden a tres funciones esenciales:

- a. Función concreción: Directamente dependiente del contexto, integra los elementos de la situación en la que la representación se produce, hablan del presente y de lo vivido del sujeto.

- b. Función regulación: Constituyen el aspecto móvil y evolutivo de la representación.
- c. Función defensa: La transformación de una representación se operará mediante la transformación de los elementos periféricos, cambio de ponderación, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas, integración de elementos contradictorios. Acá las contradicciones podrán aparecer y ser sostenidas.

Los elementos periféricos son esquemas organizados por el núcleo central y garantizan de esta manera el funcionamiento de la representación como rejilla de desciframiento de una situación. (Abric, 2001, p.25)

2.1.7 Propiedades esenciales de las cogniciones que constituyen una representación social.

Una Representación Social comprende tres conceptos esenciales: elaboración, objeto social y comunidad, lo que implica al menos dos preguntas: ¿por qué y cuándo se elabora una representación social?

Estas sólo pueden aparecer en grupos y sociedades en las que el discurso social incluye comunicación. Los objetos sociales son creados y elaborados por los actores sociales. Los miembros de un grupo reflexivo elaboran colectivamente, en su práctica diaria grupalmente relevante, las reglas, justificaciones y razones de las creencias y conductas que son pertinentes para el grupo. (Bourdieu, 1980; Boltansky y Thévenot, 1991 referidos en Abric, 2001). Resultado de los procesos comunicativo y discursivo son las representaciones sociales.

Las *RS* necesitan corresponderse con alguna realidad externa. Tienen una verdad fiduciaria. El consenso funcional es necesario para mantener el grupo como una unidad social reflexiva y para mantener la vida del grupo en una dirección organizada, estandarizando la identidad social y las interacciones de una mayoría cualificada de los miembros del grupo.

El comportamiento de los individuos y los grupos está determinado por:

- a. Representación de sí.
- b. De la tarea.
- c. De los otros.
- d. Del contexto en que actúa y determina la significación de la situación y de los sujetos.

La imaginación cultural proporciona realidad a los objetos que habitan el mundo social. Estas representaciones permiten unas interacciones sociales que recrean los objetos mismos y definen a los actores como parte complementaria de esos objetos.

Las *RS* del cuerpo relacionan imágenes que reflejan la integración de la experiencia personal subjetiva y las relaciones sociales. Las de los objetos culturales representan un conocimiento declarativo. Las de condiciones sociales y acontecimientos poseen una breve significación social, son diacrónicamente menos estables y sincrónicamente menos válidas.

2.1.8 Procesos de análisis de las representaciones sociales.

En cuanto a cómo penetra en la sociedad una ciencia, Moscovici (1969), en sus estudios sobre el psicoanálisis, puso de manifiesto dos procesos principales que explican cómo lo

social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social.

A estos dos procesos se les conoce como la objetivación y el anclaje se refieren a la elaboración y el funcionamiento de una representación social, pues muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio.

2.1.8.1 La objetivación: lo social en la representación.

En este proceso la intervención de lo social se traduce en el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social; es la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. La objetivización puede definirse como una operación formada y estructurante de imagen.

Proceso de la objetivación: La representación permite intercambiar percepción y concepto. La puesta en imágenes de las nociones abstractas da una textura material a las ideas, hace corresponder las cosas con las palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales.

La objetivación implica varias fases:

1. Selección y descontextualización de los elementos de la teoría. Las informaciones que circulan serán objeto de una selección en función de criterios culturales, todo en función de criterios normativos. Estas informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen, del grupo de expertos que las ha concebido y son apropiadas por el público.

2. Formación de un núcleo figurativo: Una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual. Se podrá visualizar en el núcleo a través de su posición por encima y por debajo de una línea de tensión en la que se encarnan el conflicto, la contradicción en forma de presión represiva. De esta forma los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones.
3. Naturalización: El modelo figurativo permitirá concretar cada uno de los elementos que se transforman; este modelo es utilizado como si realmente demarcara fenómenos, adquiere un estatus de evidencia.

Hay al menos tres alternativas más precisas y menos descriptivas para el análisis del funcionamiento de este proceso de objetivización para estudiar cómo el conocimiento abstracto se convierte en conocimiento cotidiano.

Estas alternativas son:

1. Dirigir el análisis retórico y argumentativo de las actitudes socialmente compartidas.
2. Metaforizar como un dispositivo específico de objetivización de lo extraño.
3. Personificar. (esto último había sido restringido al dominio de la popularización de conceptos científicos).

Se propone que el estudio del proceso de objetivación de imágenes compartidas debe complementarse con el análisis de las argumentaciones y los contextos de argumentación, de las oposiciones entre los temas y contratemas, que caracterizan la controversia y la disputabilidad de la vida cotidiana. (Billing, 1990, referido en Abric, 2001)

Moscovici y Hewstone (1983) sugirieron que la personificación, junto con la ontologización y la figuración, describen los tres grandes mecanismos por los que las teorías científicas se transforman en conocimientos de sentido común.

La personificación se convierte en un mecanismo de justificación que convierte las descripciones de conceptos o fenómenos en explicaciones. La personificación de ideas o fenómenos es una vía para darles forma y proveerles de explicaciones sobre su realidad.

2.1.8.2 Implicaciones del paradigma de la objetivación.

El modelo de objetivación en su triple carácter de construcción selectiva, esquematización estructurante y naturalización, se le puede generalizar a toda representación. Por otro lado, implica importantes prolongaciones desde el punto de vista de la lógica y del funcionamiento del pensamiento social, donde se destaca lo siguiente:

- a. Este modelo revela la tendencia del pensamiento social a proceder por medio de construcción “estilizada”, gráfica y significativa. Este esquema interviene en forma de núcleo figurativo para organizar las representaciones de origen.
- b. Este aparece como una construcción selectiva subordinada a un valor social. El juego de desenmascaramiento y de acentuación de los elementos que constituyen el objeto de la representación, produce una visión de este objeto marcada por una distorsión significativa. Dicho fenómeno se relaciona con lo que Piaget (1976) denominó “pensamiento socio-céntrico”, es un conocimiento

elaborado para servir a las necesidades, valores e intereses del grupo y está en oposición al pensamiento técnico-científico.

- c. Hace eco de una experiencia conflictiva íntima en la que no están ausentes ni la dimensión imaginaria ni la dimensión mítica, con la imagen de una lucha entre “potencias” o “fuerzas antagónicas”. De esta manera ciertos elementos del fondo cultural presentes en el universo mental de los individuos y los grupos pueden ser movilizados en la actividad de estructuración y destacar a título de referentes ideológicos o modelos culturales.

Los estudios sobre representaciones sociales del grupo han puesto de manifiesto de manera particular este proceso. Kaës, R. (1976) muestra que las representaciones de grupos reales, grupos corporativos o grupos de diagnóstico, se estructuran en gran parte en torno a “organizadores socio-culturales”.

- d. Se produce la biologización de lo social, cuando transforma diferenciaciones sociales en diferencias del ser, es decir establece que ciertas conductas forman parte natural de la persona, nació así, y no como resultado de las diferenciaciones sociales.

La estabilidad del núcleo figurativo, la materialización y la especialización de sus elementos les confieren el estatus de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad construida de forma social. Esto da las herramientas para el anclaje, segundo proceso de la representación social.

2.1.8.3 El proceso de anclaje.

El proceso de anclaje de las *RS* supone su fijación en la realidad, así como en la atribución de funcionalidad y en el desempeño del rol regulador en las interacciones grupales, ya que es mediante una atribución de sentido como el objeto reelaborado en las *RS* se arraigan en las relaciones intergrupales. El anclaje actúa como una asignación de sentido en la representación social. (Jodelet, 1984, citado por Flores, 2001, p. 206)

Este proceso se refiere enraizamiento social de la representación y de su objeto. La intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le sean conferidos. Implica una integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, tanto de una parte como de la otra. No se trata, como en la objetivización, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido.

El proceso de anclaje está en una relación dialéctica con la objetivización, articulando tres funciones básicas de la representación: la función cognitiva de integración de la novedad, la función de interpretación de la realidad y la función de fundamentación de las conductas y de las relaciones sociales.

El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender cómo se confiere el significado al objeto representado, cómo se utiliza la representación en tanto que sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta y cómo se opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación.

El anclaje como asignación de sentido: La jerarquía de valores que se impone en la sociedad y sus diferentes grupos contribuye a crear una red de significados. Se puede decir que el grupo expresa sus contornos y su identidad a través del sentido que confiere a su representación.

Al poner de manifiesto un “principio de significado”, provisto de apoyo social, se asegura la interdependencia de los elementos de una representación y constituye una indicación fecunda para tratar las relaciones existentes entre los contenidos de un campo de representación. Esta demostración permite aislar una de las articulaciones entre el aspecto procesual y el aspecto temático de las representaciones, además de ser punto de encuentro entre los aspectos individuales y sociales.

El anclaje como instrumentalización del saber: Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las. Este proceso tiene lugar después de la objetivización. La estructura gráfica se convierte en guía de lectura, a través de una generalización funcional como referencia para comprender la realidad.

El anclaje y la objetivación: La relación entre la cristalización de una representación en torno a un núcleo figurativo, por una parte, como un sistema de interpretación de la realidad y de orientación de los comportamientos, por otra.

El enfoque de las *RS* en el marco experimental ha demostrado ampliamente el lazo que existe entre el sistema de interpretación que éstas proporcionan y las conductas que guían. Abric (1976) ha dilucidado, en particular, los mecanismos que resultan del juego

entre la objetivización y el anclaje en situaciones experimentales, en las que se hace que los sujetos se comporten de manera cooperativa o competitiva según las representaciones inducidas por el experimentador.

El anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento: La representación no se inscribe sobre una tabla rasa, sino que siempre encuentra “algo que ya había sido pensado”, latente o manifiesto.

El contacto entre la novedad y el sistema de representación preexistente se halla en el origen de dos órdenes de fenómenos, opuestos de cierta manera, que dan a las representaciones una dualidad en ocasiones sorprendente. Esta dualidad se manifiesta en tanto que las *RS* son innovadoras como rígidas, tanto movientes como permanentes y en ocasiones en el seno de un mismo sistema.

a. La incorporación social de la novedad puede ser estimulada por el carácter creador y autónomo de la representación social.

Las necesidades de la colectividad que la integra hacen de ella un instrumento que producirá sus efectos al convertir los marcos habituales de la representación de la realidad y al cambiar el contenido de nuestras experiencias y de nuestras percepciones.

De esta forma, el cambio cultural puede incidir sobre los modelos de pensamiento y de conductas que modifican de manera profunda las experiencias por mediación de las representaciones. Fundamento éste esencial en la creación del modelo para abordar la salud sexual en las comunidades.

b. La familiarización de lo extraño, junto al anclaje, hará prevalecer los antiguos marcos de pensamiento, alineándolos con lo ya conocido. Comprender algo nuevo es hacerlo propio de la representación que se tiene de la sociedad y del hombre.

Por tanto, el anclaje permite transformar lo que es extraño en familiar, actúa en una dirección diferente de la objetivización. La objetivización reduce la incertidumbre ante los objetos operando una transformación simbólica e imaginaria sobre ellos. El proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones.

Dos modalidades de intervención permiten describir el funcionamiento del anclaje:

- a. La inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- b. La instrumentalización social del objeto representado. (Flores, 2001)

La inserción de las representaciones en la dinámica social es una forma de anclaje, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión. Por un lado, las RS se convierten en sistemas de lectura de la realidad social, expresando y contribuyendo a desarrollar los valores sociales existentes. Por otra parte, como sistema de interpretación, el anclaje posibilita que las personas puedan comunicarse en los grupos a los que pertenecen bajo criterios comunes, con un mismo lenguaje para comprender los acontecimientos, las personas u otros grupos.

El proceso de anclaje guarda relación estrecha con las funciones de clasificar y nombrar; es decir, ordenar el entorno en unidades significativas y de *comprensión*. Las

características que describen el proceso de anclaje son similares a las que se le atribuyen a la categorización social.

El anclaje y la objetivización son uno de los procesos básicos en la generación y el funcionamiento de las *RS*. Se combinan para hacer inteligible la realidad, mantienen una relación dialéctica y, de esta manera, resulte un conocimiento práctico y funcional: un conocimiento social que permita el desenvolvimiento en el entramado de situaciones y relaciones que están inmersos en la vida cotidiana.

Al aislar los mecanismos socio-cognitivos que intervienen en el pensamiento social, el estudio de las *RS* ofrece una poderosa alternativa de los modelos de cognición social. Las *RS* constituyen objetos cuyo estudio devuelve las dimensiones históricas, sociales y culturales al enfocar toda una serie de problemas situados en la intersección de la psicología con las otras ciencias sociales.

2.1.9 La metodología en las representaciones sociales.

La metodología en este campo de investigación se ha caracterizado por su pluralidad; así la metodología experimental se ha utilizado en estudios que se centran en la actividad cognitiva por medio de la cual los sujetos construyen su representación. (Jodelet, 1984 citado por Flores 2000, p.209)

Los estudios donde se analizan temas como la salud, la cultura, el grupo, se han caracterizado por el uso de una metodología de tipo correlacional, complementada en

sus análisis con la metodología cualitativa. (Herzlich, 1969; Hewstone, 1985; Ayestarán, 1985; Grize et al, 1987)

Según la discusión metodológica, existen, al menos, tres elementos centrales que deben considerarse desde esta perspectiva plurimetodológica:

- a. La identificación del contenido de la representación.
- b. El estudio de las relaciones entre elementos, de su importancia relativa y de su jerarquía.
- c. La determinación y el control del núcleo central.

Se pueden distinguir dos tipos de métodos que han ayudado en este proceso:

1. Los interrogativos (de manera verbal o figurativa).
2. Los asociativos (expresiones verbales más espontáneas, menos estructuradas).

Dentro de los interrogativos se encuentra la entrevista, donde la expresión discursiva favorece la utilización de mecanismos psicológicos, cognitivos y sociales que vuelven problemáticas la fiabilidad y la validez de esos resultados; racionalizaciones, control, obligación más o menos fuerte de coherencia, filtrajes de todo tipo.

La utilización de la entrevista subraya la necesidad de asociarla con otras técnicas complementarias, con el objetivo de controlar, recortar o profundizar las informaciones recogidas.

Otro método interrogativo es el cuestionario, que permite introducir los aspectos cuantitativos fundamentales en el aspecto social de una representación; este análisis

cuantitativo permite identificar la organización de las respuestas, poner de manifiesto los factores explicativos o discriminantes en una población, o entre poblaciones, logra identificar y situar las posiciones de los grupos estudiados respecto de sus ejes explicativos.

Las tablas inductoras, son otro método interrogativo y se utiliza en aquellas poblaciones donde se presentan dificultades para realizar entrevistas o cuestionarios. Su principio es simple, se presenta a los sujetos una serie de dibujos, elaborados por el (la) investigador (a), ilustrando los temas principales procedentes de una pre-encuesta, y se les pide que expresen libremente a partir de la tabla propuesta. Para esto se requiere de un trabajo y análisis previo donde se limite el alcance, la selección de los temas, su formulación figurativa y se deje a la interpretación una parte importante y difícil de controlar.

Los dibujos y soportes gráficos son técnicas que permiten estudiar ciertos objetos de las representaciones donde es esencial la dimensión no verbalizada (ideas espaciales), difícilmente traducibles en palabras. (Milgram y Jodelet, 1976)

Por último, el más ambicioso de los métodos de recolección es la aproximación monográfica, cuya inspiración proviene de los métodos de la antropología, donde se permite recoger el contenido de una representación social y referirla directamente a su contexto y poder estudiar sus relaciones con las prácticas sociales establecidas por el grupo.

Jodelet (1989) es quien aplicó durante cuatro años, técnicas etnográficas, encuestas sociológicas, análisis históricos y técnicas psicológicas, logrando ir desde lo particular a

lo general. Fue un estudio rico en métodos, análisis y profundización del objeto de estudio, en este caso la enfermedad mental.

Dentro de los métodos asociativos está la asociación libre, lo cual permite reducir la dificultad o los límites de la expresión discursiva. El carácter espontáneo, por lo tanto menos controlado, y la dimensión proyectiva de esa producción deberían permitir así tener acceso, mucho más rápido y fácil que en una entrevista, a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado. La asociación libre permite actualizar elementos implícitos o latentes que serían ahogados o enmascarados en las producciones discursivas. Permiten el acceso a los núcleos figurativos de la representación.

La carta asociativa recurre a una serie de fases. La primera fase consiste en que, a partir de un término inductor, son producidas asociaciones libres; después de esta clásica recolección de asociaciones se le pide al sujeto producir una segunda serie de asociaciones, pero esta vez a partir de un par de palabras que contengan, por una parte el término inductor inicial y cada uno de los términos asociados producidos por el sujeto en la primera fase. Entonces se obtiene una segunda serie de cadenas asociativas de tres elementos. En la tercera fase cada una de estas cadenas asociativas es utilizada para solicitar nuevas asociaciones por parte del sujeto.

El método puede ser desarrollado para obtener cadenas de cinco, incluso de seis elementos, pero se ha demostrado que es difícil ir más allá de las tres fases. Tiene como ventajas que requiere de poco tiempo y esfuerzo por parte del sujeto; a su vez, permite

recoger un conjunto de asociaciones más elaborado e importante que la asociación libre, y sobre todo, identifica lazos significativos entre los elementos del corpus.

Es importante para la recolección de los datos en el campo de las RS que el estado de la cuestión sea el siguiente: (Flores 2000, p. 212)

- a. El modo de recoger los datos deberá de permitir poner en evidencia los elementos que componen la representación de un objeto.
- b. Nada garantiza la pertinencia de las categorías que impone el investigador, hasta donde se deje al máximo la libertad, a fin de que las categorías sean posteriormente deducidas y significativas.
- c. Si se desea reconocer grupos ideológicos diferentes sino antagónicos, son las mismas RS las que deberían de guiar. No se puede postular *a priori* la homogeneidad de grupos categoriales (género, edad, categorías socio profesionales, etc.)
- d. Las técnicas multivariadas son una alternativa dentro de las técnicas de análisis.

La dinámica y evolución de las representaciones también es importante, al menos se resaltan algunos aspectos importantes y delicados de este proceso.

2.1.10 Métodos de identificación de la organización y de la estructura de una representación.

El análisis de una representación social, como el conjunto de informaciones, opiniones, actitudes, creencias, organizado alrededor de una significación central, necesita, que se conozcan sus tres componentes esenciales: su contenido, su estructura interna y su núcleo central. Ninguna técnica hasta ahora permite recoger conjuntamente los tres

elementos, lo que significa que se debe fundar en un acercamiento plurimetodológico, articulado en tres etapas: (Abric, 2001, p.71)

Primera etapa: La recolección del contenido. Se debe utilizar tanto la entrevista como otro método asociativo.

Segunda etapa: La búsqueda de la estructura y del núcleo central. Primero la indagación de la organización del contenido en sistema de categorías, subconjunto temático o actitudinal, el cual será el esqueleto de la representación. Luego se debe realizar la identificación de los lazos, de las relaciones y de la jerarquía de los elementos que permite entrar en la organización interna del conjunto de los componentes de la representación. Finalmente, se identifica la puesta en evidencia de los elementos centrales, aquellos organizadores y proporcionadores de su significación a la representación.

La tercera etapa: Verificación de la centralidad. De acuerdo con la verificación de los resultados obtenidos en las fases precedentes, el investigador (a) dispone, en esta etapa, de tres técnicas: la de cuestionamiento del núcleo central, la de inducción por guión ambiguo y la de los esquemas cognitivos de base.

La cuarta etapa: El análisis de la argumentación. Para esta fase ya se logra conocer el contenido de la representación, la estructura interna y el núcleo central. En esta etapa lo que se busca es ver cómo esos distintos constituyentes se integran en un discurso argumentado.

En busca del conocimiento de la función contextualizada de la representación, para permitir integrar a lo vivido los elementos situacionales (contexto del estudio), las actitudes y los valores que sustentan la producción de los sujetos, las referencias individuales o colectivas.

Esto permitirá restituir la representación revelada en su contexto y captar los lazos entre esta representación y el conjunto de los factores psicológicos, cognitivos y sociales que la determinaron. No obstante, todo lo descrito, aún queda por elaborar una metodología generalizada y prácticamente realizable.

2.1.11 Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales.

Se dice que las Representaciones Sociales son un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación con ese objeto. (Flament, 2001, citado por Abric, 2001, p.33)

Las propiedades esenciales de las cogniciones que están en las *RS* pueden ser encontradas a partir de otras cogniciones. Partamos de la posición de que una cognición es prescriptiva y/o descriptiva. El aspecto prescriptor será la unión fundamental entre cognición y las conductas que pudieran corresponderle. La noción de prescripción subsume la totalidad de modalidades en las cuales una acción es susceptible de ser afectada (Flament, citado por Abric, 2001, p. 34)

Es necesario resaltar, por tanto, que las prescripciones son masivamente condicionales. Lo innovador, sin embargo, dentro de la investigación de las *RS*, es que estas prescripciones tienden a aparecer, a nivel discursivo, como incondicionales, cuando a

nivel cognitivo .son, en su mayoría, condicionales. Lo importante es que estas cogniciones, masivamente condicionales, tienen consecuencias importantes, tanto en la estructura como en la dinámica de las *RS*, particularmente lo concerniente a las relaciones entre representaciones y prácticas sociales.

Y aquí se pasa a otro aspecto esencial, la condicionalidad de las cogniciones tiene una consecuencia lógica, pero ignorada empíricamente, por lo general. Por ejemplo, un investigador conforme con anotar prácticas y discursos tendría la fuerte tendencia a concluir la existencia de dos representaciones sociales, y así, pues, de dos poblaciones distintas, pero para convencerse de la unicidad de la representación social, es suficiente interrogar a los miembros de cada subpoblación sobre las prácticas de la otra subpoblación, y se verá que todos tienen el mismo sistema condicional, pero, operan en condiciones diferentes.

Si el conjunto de las prescripciones absolutas de una representación social forma un sistema único, hablaremos de núcleo central, y diremos que la representación social es autónoma. Al contrario, si las prescripciones absolutas forman varios conjuntos organizadores, hablaremos de una representación no autónoma (Flament, citado por Abric, 2001, p. 40)

Una representación social no autónoma es múltiple. Bajo esta perspectiva, se pueden esperar algunos conflictos cognitivos en el interior de esta representación social múltiple, donde una misma condición particular, ocasiona prescripciones específicas, algo diferentes para cada polo organizador.

Es importante destacar como el objeto de una representación social siempre es compuesto, aunque parezca simple. El ejemplo de la representación social de la autopista, que fue estudiada por Flament (citado por Abric, 2001), integra para cada sujeto, las diversas experiencias de las diversas autopistas, a las que resulta fundamental añadir los discursos, interpersonales o mediáticos, propósitos de los diversos aspectos de la autopista en general, y de una u otra autopista en particular.

Aunque el objeto de la representación social tenga una definición “objetiva” (en el caso de la autopista) no hay razón alguna para que la representación social refleje fielmente esta definición objetiva: ¿Un paso elevado de enlace es una autopista? (jurídicamente sí); ¿Una vía rápida que une dos autopistas es una autopista? (Jurídicamente no). Se puede objetar que la divergencia entre representación social y la definición “objetiva” del objeto proviene de la ignorancia de los sujetos respecto de la definición objetiva. (p. 42)

Al analizar este ejemplo se observan diversas formas de transformación de las representaciones sociales bajo el influjo de la evolución de las prácticas sociales, por lo tanto, otro aspecto importante de resaltar es que las prácticas sociales son un factor de transformación de las representaciones sociales.

2.1.12 Las prácticas sociales y las representaciones.

Las prácticas sociales son parte de una diversa dinámica dentro del esquema de análisis. Veamos el esquema propuesto por Flament (citado por Abric, 2001, p. 44), el cual pretende ser explicativo.

Modificaciones de las circunstancias externas

Modificaciones de las prácticas sociales

Modificaciones de los prescriptores condicionales

Modificaciones de los prescriptores absolutos (NC)

Donde las circunstancias externas son cualquier estado del mundo fuera de la representación social. Las prácticas sociales son la interface entre circunstancias externas y prescriptores internos de la representación social, vienen a ser comportamientos globales que evolucionan para adaptarse a los cambios de circunstancias externas.

Las prescripciones determinan las prácticas y tienden a absorber las modificaciones de origen externo de las prácticas.

Entonces, para explicar lo que se conoce, sólo basta con manejar las variables, circunstancias y buenos motivos. Es decir, si las circunstancias se perciben como reversibles, se cree a pesar de las circunstancias las cosas volverán “a ser como eran antes”, por eso, con razón o sin ella, se cree en un regreso rápido al *statu quo* anterior. Se cree que al percibir la reversibilidad de una circunstancia, se frenará el proceso de transformación de la representación social y se prohibirá cualquier cambio a nivel del núcleo central, así las personas consideran ventajoso soportar durante algún tiempo los eventuales inconvenientes ocasionados por las circunstancias.

Pero cuando se perciben como irreversibles las circunstancias, se llega a modificar el núcleo de la representación social que se está viendo afectada por la o las circunstancias.

Dentro de lo denominado buenos motivos, se dice que cuando un sujeto se comporta de forma inhabitual, va a encontrar siempre, de acuerdo a los postulados de la psicología cognitiva, una forma de restablecer el equilibrio cognitivo de forma más o menos eficaz, de manera también más o menos consciente.

Por lo general, los buenos motivos son tomados de la cultura global, en consecuencia, algunos buenos motivos se imponen uniformemente a todos los miembros de una población. También se presentan los múltiples buenos motivos, descoordinados, los cuales distribuyen en la población y donde esta multiplicidad hace que, para un mismo individuo, la lógica de los buenos motivos varíe de una a otra prescripción violada y, para una misma prescripción, varíe de un sujeto a otro, esto genera un clima de incoherencia cognitiva.

Esto por lo general es un proceso psicológico que se encuentra por períodos y se califica de períodos revolucionarios. Todos estos análisis, por lo general, llevan a descuidar el hecho “las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los papeles” (Abric, 2001, p.195)

Para Abric (2001) un sujeto activo es interpretado como una de las manifestaciones de un disfraz ideológico y tiene como fin ocultar el papel determinante de las relaciones de producción, de las que ese sujeto es totalmente dependiente. Si hay representación, sólo puede ser engendrada por las prácticas sociales, por las relaciones sociales.

De otro modo, las conductas de los individuos no resultan de sus creencias, de sus representaciones, tampoco de su sistema de valores, sino más bien del marco institucional, del entorno social y del contexto de poder al que están enfrentados y se les impone, esto les “extrae” las conductas. “Son las prácticas que los sujetos aceptan realizar en su existencia cotidiana y que modelan, determinan, su sistema de representación o su ideología.”(Abric, 2001, p.197)

Ante esto, este mismo autor (Abric, 2001) refiere que la representación es generada por un proceso de racionalización que resulta de las condiciones objetivas de la producción de la conducta. También se le mira como un proceso de adaptación cognitiva de los agentes sociales a sus condiciones concretas de existencia y, particularmente, a las múltiples conductas obligadas que las relaciones sociales instituidas les exigen en el transcurso de su vida cotidiana.

Por otro lado surge la posición de mirar a los sujetos como identidad racionalizante, donde se resalta el esfuerzo constante que los individuos desarrollan para poner en concordancia sus actitudes u opiniones con sus comportamientos. Entonces, esto hace resaltar, de acuerdo con los postulados radicales de Beauvois y Joule (citado por Abric, 2001), efectivamente, las prácticas son las que crean las representaciones y no a la inversa. (p.197)

No obstante, Abric expone por otro lado, sobre la posición de mirar a los sujetos como identidad racionalizante, donde no se toma en cuenta al menos tres factores determinantes:

1. Los factores culturales: Están ligados a la historia del grupo y la memoria del grupo, donde las representaciones están inscritas en un proceso temporal e histórico. Para Grizé, Vergès y Silem (citado por Abric, 2001), el contenido social de una representación resulta de las matrices culturales de interpretación, estas matrices establecen un marco cultural de conocimientos y comportamientos anclados en una memoria colectiva que se transmite por un conjunto de mecanismos que apuntan a la recomposición social. De esta manera se establece el efecto de una práctica sólo se podrá modular o entender en relación con esta dimensión sociocultural.
2. Los factores ligados al sistema de normas y valores: Con este postulado se establece que las prácticas desarrolladas por los sujetos no pueden ser independientes de las normas y valores a los que ellos se refieren, estas normas y valores son algunos de los elementos constituyentes de las representaciones sociales. La realidad social resulta también de sistemas de valor asignados a una significación y un fin.
3. Los factores ligados a la actividad del sujeto: Las actividades pre codificadas de la situación, el sistema de expectativas y anticipaciones y el sistema de categorizaciones hace que la representación sea una acción sobre la realidad y que pueda estar en el origen de las prácticas. (p.197-198)

Asimismo en muchos otros estudios, se ha buscado probar la hipótesis de los comportamientos del individuo o de los grupos no eran determinados por los componentes objetivos de la situación sino de la representación.⁶

Es decir, en los estudios de las *RS*, se deben tomar muy en cuenta los discursos y los actos. En algunas situaciones la determinación de las prácticas y los comportamientos por el sistema de representación parece indiscutible, no obstante, también se ha observado que las representaciones constituidas y ancladas profundamente en la historia colectiva permiten explicar las elecciones efectuadas por los individuos. Pero probar esto no debe llevar a una exclusión pura y simple del papel de las prácticas en las representaciones.

Para Abric (2001) la naturaleza de los lazos existentes entre prácticas y representaciones está determinada directamente por la naturaleza de la situación y, más precisamente, por dos características:

- a. La parte de autonomía del actor en la situación, su lugar y las relaciones que mantiene en el sistema de poder o de obligaciones al que está enfrentado.
- b. La presencia en la situación de elementos fuertemente relacionados con los afectos y con la memoria colectiva. (p.207)

⁶ Estas indagaciones se han realizado al menos en tres campos diferentes: la interacción conflictual, las relaciones entre grupos y el trabajo en grupo. Ver con mayor detalle en Abric, 2001, p.199-206

Por lo tanto, el análisis de cualquier práctica social supone que sean tomados en cuenta al menos dos factores importantes:

1. Las condiciones sociales, históricas y materiales en las que ella se inscribe.
2. El modo de apropiación por el individuo o grupo respectivo. En el modo de apropiación que los factores cognitivos, simbólicos y representacionales desempeñan un papel determinante.

Para mantener una práctica social es necesario que con el tiempo sea integrada al sistema de valores, creencias y normas, ya sea adaptándose a él o transformándolo. Cualquier contradicción entre las representaciones y las prácticas, llevará necesariamente a la transformación de una u otra.

El conocimiento del contenido de las representaciones sociales, por lo tanto, también se debe apoyar obligatoriamente en la consideración de las prácticas sociales. Jodelet (citada por Abric, 2001) refiere que el análisis de una representación social necesita descubrir los principios de su actualización. “Hay que conocer el espacio de aplicación de la actividad representativa para especificar su naturaleza (cognitiva, simbólica, ideológica, prescriptiva, etc.)” (p. 213)

Si las representaciones son determinadas por las normas y los valores, por la historia del grupo y su memoria colectiva, por sus matrices culturales de interpretación, también lo son por el conjunto de conductas, pasadas o actuales, de los actores sociales, porque “la acción es un atributo necesario del sujeto cognoscente, es decir un instrumento concreto para hacer y una dimensión que participa constantemente en la elaboración de las cogniciones” (Amerio, 1991, p111, citado por Abric, 2001, p.213)

Por lo tanto se deben entender las relaciones entre las representaciones y prácticas sociales en un doble trabajo de análisis y conocimiento de cada una de ellas.

2.2 La salud desde una perspectiva de género.

El género en la salud de las comunidades, será visto como parte de las desigualdades estructurales marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales. Esto, a su vez, forma la base para definir o distinguir los comportamientos masculinos y los femeninos, las expectativas y los roles, así como las relaciones entre hombres y mujeres (Rathgeber y Vlassoff, 1993).

Como fenómeno social, el género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas, valores culturales y simbólicos. Además, el género impregna las instituciones sociales porque no solo se refiere a las relaciones entre los sexos en el ámbito individual, sino también a una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos que definen los sistemas de organización que constituyen las sociedades humanas. Por lo tanto, se trata de un principio organizador de la vida social (West, 1993, citado en Hartigan et al., 2002).

La investigación convencional a menudo define el género sencillamente como un conjunto de roles sociales. No obstante, cabe señalar que la investigación acerca de la dinámica de raza o clase no habla en términos de roles de clase o raza. “La dependencia en los roles como concepto analítico se observa principalmente con relación al género (más que a la raza o clase) y atestigua una tendencia dentro de los círculos de política a tratar el género separado de las perspectivas estructurales que nutren el análisis de esas otras formas de desigualdad social” (Kabeer, 1994).

Aparte de aislar el análisis de género de otros ámbitos de la política social, el acento exclusivo o excesivo sobre los roles conduce a que se haga hincapié en el cambio de comportamientos en el ámbito individual, y no en el cambio de políticas en el ámbito social.

Esa comprensión tiene consecuencias particulares para el campo de la salud. Refuerza la necesidad de imbuir nuestra comprensión del comportamiento relacionado con la salud, que puede estar vinculado en la superficie con las diferencias en los roles de mujeres y hombres, con un análisis de las desigualdades estructurales de género que tal vez sustentan tales roles y comportamientos (Stronks et al., 1996).

Las relaciones desiguales de poder también definen el debate público acerca de las políticas en toda una gama de esferas, entre ellas la de la salud. Se suele victimizar o culpar a los grupos socialmente subordinados por sus propias situaciones de desventaja, y esto se aplica también a las mujeres.

Es muy frecuente escuchar una acusación de promiscuidad dirigida a las víctimas de violación y también se censura a las madres adolescentes por irresponsabilidad. Se presume que las mujeres trabajadoras son madres descuidadas y, por lo tanto, son responsables de la mala salud de sus hijos.

Estas generalizaciones, basadas en un análisis superficial de los roles sociales más que en las desigualdades estructurales subyacentes, dan legitimidad y presentan las realidades diarias de las mujeres (y los hombres) como el resultado de su propio comportamiento y no de las interacciones entre las estructuras de género y el comportamiento.

Este problema no es exclusivo del género. A factores tales como clase económica, raza, casta, grupo étnico u orientación sexual, tampoco les ha ido mucho mejor en este sentido. En la práctica, la investigación en salud no suele aclarar debidamente ni analiza en forma crítica las construcciones sociales de raza, clase u orientación sexual, así como no analiza eficazmente el género. Al no explorar la gama de posibles factores subyacentes que pueden contribuir a las desigualdades sociales en el ámbito de la salud a lo largo de diferentes dimensiones, se refuerza la percepción de que el estado de mala salud actual es inherente al individuo o al grupo social que se está observando (Lillie-Blanton y LaVeist, 1996).

En el mejor de los casos, ello genera políticas restringidas y oportunidades desaprovechadas que nos conducen finalmente a “caminos conceptuales que tienen poca o ninguna pertinencia para la forma en que las personas viven realmente y, por ende, inevitablemente, a estrategias y políticas que no tienen ninguna pertinencia para la prevención” (Clatts, 1995 citado por Sen, G. et al, 2005, p.12).

En el peor de los casos, al ocultar las relaciones de poder que sientan las bases para la discriminación, despolitizamos y perpetuamos estas realidades “monótonas” (Farmer, 1997).

El género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente (Baca Zinn y Thomson Dill, 1998). Es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase, raza y orientación sexual. Así como las iniciativas de investigación y de política deben crear metodologías adecuadas para abordar las interacciones entre las enfermedades (por ejemplo, cardiopatía con

hipertensión, anemia con malaria, violencia física con depresión), también se debe reconocer la importancia de las interacciones sociales (por ejemplo, género con clase, raza u orientación sexual).

Estas interacciones entre los factores sociales determinantes pueden ser aditivas o multiplicadoras. En otras palabras, al poner de relieve la influencia particular, aunque interactiva, del género se destaca el hecho de que otros factores sociales pueden profundizar o contrarrestar el efecto del género en los resultados de salud.

Por ejemplo, el género y la pobreza a menudo se combinan para crear barreras múltiples al bienestar de las mujeres. Setenta por ciento de los pobres del mundo son mujeres (UNDP, 1995). Las mujeres no solo tienen más desventajas materiales comparadas con los hombres, sino que también sienten la discriminación por razón de género y esto a menudo exacerba más su pobreza.

Se ha reconocido que las mujeres trabajan tanto o más que los hombres; sin embargo, su trabajo en gran parte no se valora y, por consiguiente, no figura en las estadísticas laborales usuales ni en los reglamentos (Östlin, 2002). Más aún, las mujeres suelen tener poco control sobre la naturaleza de su trabajo. Como resultado, a menudo hacen frente a costos altos de oportunidad cuando se enferman, tienen que buscar atención o cuidan a otra persona.

Las mujeres también tienden a tener menos poder en la toma de decisiones cuando se trata de asignar los recursos del hogar y la comunidad (Hartigan et al., 2002). En consecuencia, la asignación de alimentos, descanso y atención de salud dentro de los

hogares, y la provisión de infraestructura pública apropiada en las comunidades están sesgados a menudo en contra de las mujeres (Sims y Butter, 2002)

Estas variables y determinantes son algunos de los aspectos de vital importancia en la estructuración de los programas de salud pública.

2.3 La categoría de género para el análisis de las representaciones sociales de salud sexual.

La categoría de género se analiza como uno de los fundamentos identitarios de los individuos. El género es una construcción sociocultural en que está implicado directamente el papel psicosocial que los individuos desarrollarán a lo largo de su experiencia vital. Flores (2001) le interesa “destacar la forma en que la teoría de las representaciones sociales, desde su función estructurante, es un modelo teórico anclado en la cultura, que enriquece y sustenta metodológicamente la perspectiva de género”. (p. 195)

Existen diversas situaciones sociales que llevan al sujeto a presentar síntomas de malestar, de desequilibrio y, en ocasiones, de desesperanza, que no necesariamente se deben diagnosticar como enfermedad, sino como indicadores que ocasionan malestares sociales que influyen en el equilibrio emocional y que pueden conducir a la enfermedad. (Flores, 2000, p.195)

La interpretación que se hace acerca del papel de género es una imposición sociocultural que adquiere un valor funcional y que se naturaliza por causa de su ejercicio; de ahí que la categoría de género permita establecer mediante sus tres niveles

(asignación o rotulación, identidad de género y papel de género) el grado de cognición, el discurso y el nivel de la práctica consensuada.

Para Flores (2000) la categoría de género debe anclarse a un modelo teórico que le permita sustentar el objetivo de trascender ciertos esquemas, mitos y fundamentalmente sesgos en la discusión en torno a este.

En estudios realizados en el campo de la salud mental (Flores, 2000) se determinó que existen malestares psíquicos que se relacionan directamente con el papel de género impuesto o delimitado, y no se considera la importancia que este factor determinante podría tener sobre un malestar que puede estar en el origen de una enfermedad.

En esta misma investigación Flores (2000), informa que la cognición de lo “femenino” y lo “masculino” se encuentra anclada en la ideología de la diferencia. Esta cognición repercute en la práctica de manera contundente, rotulando y sometiendo la feminidad y la masculinidad a categorías consensuadas de manera excluyente. Estos elementos discursivos influyen progresivamente en la práctica y se ven condicionados en el papel como parte de la imposición cognitiva más estrecha y confinada al estereotipo.

En los estudios sobre la representación social de algún aspecto de la salud sexual, el enfoque de género debe ser una categoría indispensable de valorar. La carga afectiva de los estímulos feminidad y masculinidad está fuertemente anclada en las RS, comprobando lo postulado por Abric (1992) “las representaciones sociales determinan las prácticas sociales en situaciones en que la carga afectiva es fuerte” (p.231, citado por Flores, 2000, p.221)

La forma de aproximación metodológica permite constatar un nivel de carácter cultural y socialmente consensuado, otro personalizado y estructurado, aparentemente en el nivel discursivo y que presenta diferencias obvias en cuanto a la asignación primaria, situando en estas diferencias motivos de conflicto generadores de malestar.

Según Flores (2000) “algunos estudios de género entienden el sexo como un sistema socialmente prescrito, sobre el cual intentan categorizar los fenómenos sociales que orientan las diferentes estructuras cognitivas de los sujetos”. (p. 4)

Mediante el concepto de género, se pretende evidenciar y clasificar científicamente los procesos socio-culturales involucrados en la construcción de la diferencia del papel sexual, así como destacar cuáles de estos aspectos afecta directa o indirectamente la salud sexual de hombres y mujeres.

El sistema de género en tanto que normativiza la diferencia de papeles entre los sexos, no puede existir separado de las prácticas sociales reproducidas por ambos sexos. Para Flores (2000) “Tomar conciencia de este sistema será el medio de (re)conocer que la diferencia entre sexos es una construcción artificial a la cual se llega con cierto esfuerzo, trabajo y adiestramiento social”. (p.21)

No existe un sexo biológico que oriente una diferencia de género, por el contrario, el género como sistema instituye en la cultura la diferencia entre los sexos; situación que afecta directamente la forma en que construimos y vivimos nuestras prácticas de la sexualidad con la directa repercusión sobre la salud de la misma.

Paralela a la representación social de género está la identidad personal como una representación social, la cual debe ser comprendida como un sistema cognitivo organizado por una meta-sistema de regulaciones sociales. “La identidad femenina o masculina es una estructura cognitiva regulada por este metasisistema, que a su vez prescribe la diferencia entre los sexos”. (Doisé, 1996, citado por Flores, 2001, p.30)

Puesto que la función reguladora del sistema de género es orientar la conducta en función del sexo, “son las exigencias de la situación las que determinan la representación que se activará en un momento dado”. (Flores, 2001, p.31)

La diferencia de papeles sexuales es una construcción artificial de la cultura y no un don de la naturaleza. La tarea se orienta hacia la búsqueda de elementos macro sociales, ideológicamente constituidos de la representación social de la diferencia del papel sexual.

Considera Flores (2001) como un concepto paralelo, el estudio del poder, desde la perspectiva de género, permite un doble acercamiento; por un lado, explicar históricamente las condiciones que han facilitado la existencia de desequilibrios e inequidades y por otro, el papel de la tradición, donde se constituyen los factores macro sociales normativos.

Para esta misma autora (Flores, 2001), “desmitificar y reducir la inevitabilidad biológica del discurso de las diferencias entre sexos son algunas de las consecuencias positivas de la integración del elemento histórico en el análisis”. (p.41)

En todo este proceso de análisis, Flores (2001) aporta que “el sujeto no posee capacidades en función de su especie, como el resto de los mamíferos, sino en función de su sexo. Esta noción ideológica de la diferencia es un punto de partida fundamental para justificar y naturalizar los efectos de la cultura”. (p.48)

De acuerdo con lo propuesto por Flores (2000) la aplicación de la categoría de género como herramienta metodológica debe tomar en cuenta estos niveles y, además, se debe identificar y ubicar en su contexto discursivo o cognitivo. Desde el punto de vista metodológico, el acercamiento a este proceso del sistema de género se ubica en el nivel de evaluación social de la representación.

Flores (2001) considera que “como creación colectiva, el género trasciende la dimensión individual. Lo importante es revelar los distintos sistemas de interpretación que modelan los procesos que determinan las diferencias observables en la interacción social, explicándolas en función de sus causas, culturales y no biológicas” (p.75).

Esta categoría se usa como apoyo en la identificación de los procesos de estructuración y organización de las representaciones sociales de sexo, sexualidad, prácticas sexuales y su repercusión en la salud sexual. Las prácticas de la sexualidad, en nuestras sociedades, son consideradas como una intimidad cuya observación es rigurosamente reglamentada.

Si se va a valorar la salud sexual, la sexualidad y las prácticas de la sexualidad, se debe, al menos, aprender a distinguir o discernir algunos fenómenos estrechamente relacionados: la socialización, la génesis y los aprendizajes de las conductas (con un enfoque de género), por una parte, el cambio de las conductas y los hábitos, por otra.

Se debe evaluar la variación de las formas de reorganizar, a partir de las prácticas y de las circunstancias, conjuntos complejos de valores o esquemas de acción constituidos e investidos de cualidades prescriptivas.

A manera de conclusión se establece entonces que las representaciones sociales no son causas de comportamientos, son guías para las conductas sociales. “Son los modos de definición y de conocimiento de los objetos-problema de la vida cotidiana que tienen, antes que nada, una función adaptativa. Permiten reducir lo desconocido a lo familiar”. (Moscovici, 1988, citado por Morin, 2001 y por Abric, 2001, p.100)

Se deben buscar métodos que pongan en evidencia la estructura de opiniones, teniendo en cuenta que una *RS* no es la suma de respuestas individuales. Esto permitirá diferenciar una red semántica, suma de individualidades con una *RS*. Aspecto indispensable cuando se estudian las representaciones sociales en el campo de la salud sexual.

Toda investigación sobre las *RS* debe disponer de criterios *a priori* relativos a la existencia de una representación social (estructura modélica, ligazón emocional e intenciones de conducta). Ello implica que podamos discriminarla de un conjunto aleatorio de opiniones.

Aspectos como la fiabilidad y validez de los resultados, o la estabilidad, han sido poco tratados por los investigadores en este campo.

Se deben entender las relaciones entre las representaciones y prácticas sociales en un doble trabajo de análisis y conocimiento de cada una de ellas, especialmente cuando se analizan las representaciones sociales, en este caso del virus del papiloma, cuyas referencias harán una relación inmediata con las prácticas sexuales adscritas a esta representación.

Es posible establecer relaciones entre normatividad cultural y las particularidades cognitivas de cada sexo instituido como objeto de representación social. (Flores, 2002, p.66). Para el caso particular que nos compete, esta normatividad cultural puede estar adscrita a situaciones de vulnerabilidad y estigmatización asociadas directamente a las prácticas sexuales de la región, con el consecuente riesgo sobre la salud sexual de los géneros.

2.4 Epidemiología del virus del papiloma humano

Cuando se habla de epidemiología del *vph*, se observa que esta información suministra una visión clara de la enfermedad que produce el virus, no así de las actitudes y las prácticas sexuales de acuerdo con el género, de las mujeres y hombres que lo padecen.

2.4.1 Frecuencia de la infección por Virus del Papiloma Humano

En los Estados Unidos, por medio de diferentes estudios (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2006) han demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es muy frecuente entre la población. Se calcula que un 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales; 4% de la población podrían tener lesiones por *vph* si se evalúan mediante la colposcopia; cerca de un 10% de la población sería

vph positiva, aunque tendría una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podría tener anticuerpos detectables en su cuerpo que indicarían que en algún momento se han expuesto a algún tipo de virus del papiloma humano. (Lowy DR, Schiller JT, 2006 mayo)

En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el virus de papiloma humano es muy alta: hasta un 50% de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el virus del papiloma humano en los primeros 4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25% de las que se infectan por *vph* desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado. No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90-95% de las infecciones curan solas, sin ningún tratamiento; al igual que el 95% de los casos de LSIL que se detectan en estas mujeres jóvenes. (Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, et al., 2006 Mayo 15)

En mujeres jóvenes sexualmente activas la frecuencia de la infección por el *vph* es tan alta que una persona puede infectarse, curarse de la infección y volverse a infectar por un nuevo tipo de *vph*, que a su vez cura espontáneamente después de algún tiempo.

En un estudio, que se inició en Costa Rica hace más de una década, y que se continúa en la actualidad en la región de Guanacaste, para evaluar una vacuna contra el virus del papiloma humano, se encontró que “un 26.4% de las 7234 mujeres participantes en el estudio tenía infecciones por *vph*; un 18% de las mujeres estudiadas se encontraba infectado por solo un tipo de virus de papiloma humano y un 8.2% se encontraba infectado por al menos dos tipos de *vph*”. (Beral V, 1974; p.110, p.37-40; Brinton LA, Hamman RF, Huggins GR. 1987; p. 79, p.23-30; Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, de Britton RC, et al. 1990, p.65, p.380-386)

Un 24.4% de las mujeres menores de 25 años de este estudio se encontraba infectado con virus *vph* oncogénicos (alto riesgo de producir cáncer). La frecuencia de infección con virus oncogénicos en las mujeres de 35 a 44 años fue de un 9,7%; en las mujeres de 45-54 años fue de 9.8% y en las mujeres de 65 años y más la frecuencia de infección fue de 12.6%.

En este estudio “el *vph* 16 fue el virus de alto riesgo que se encontró con mayor frecuencia (3.6% de la población estudiada). Por su parte, los tipos 16, 58, 18 y 31 fueron los tipos de *vph* que se encontraron con más frecuencia en las mujeres diagnosticadas con NIC 3 y cáncer”. (Brinton LA, Herrero R, Brenes MM, Montalbán P, de la Guardia ME, Ávila A, et al. 1991, p. 25(1):1-1; Reeves WC, Brinton LA, García M, Brenes MM, Herrero R, Gaitán E, et al. 1989; p. 320, p.1347-1441; Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, de Britton RC, et al. 1990; p.24(3), p.263-283); Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, et al. 1993; p. 85, p.958-964).

En el mundo, la mayor frecuencia de virus de papiloma humano de alto riesgo se encuentra en África y América Latina. Los virus más frecuentes son *vph* 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58). De éstos el más frecuente en América Latina es el *vph* 16. En Centroamérica y Suramérica también son frecuentes los virus de alto riesgo *vph*-33, *vph*39 y *vph*59.

2.4.2 Situación del cáncer cérvico-uterino a nivel mundial. (ECCCE: 2004; EMSA, 2003; NCI-US National Institute of Health: 2006)

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial, cada año se diagnostican aproximadamente 500.000 casos nuevos de este cáncer. Solo en

Europa, se diagnostican 60.000 nuevos casos y casi 30.000 muertes anuales a causa de este cáncer.

El cáncer de cuello uterino ocurre más frecuentemente en mujeres entre los 40 y 55 años de edad. En esta edad muchas de las mujeres afectadas tienen familia y compromisos laborales, por lo que su impacto en la sociedad tiene un peso importante.

Virtualmente todos los casos de cáncer de cuello uterino podrían prevenirse si se detectan en etapas iniciales mediante el cribado o PAP. Estos casos en estados incipientes pueden ser a menudo tratados con procedimientos sencillos que tienen muy buenos resultados. Gracias al efecto combinado del cribado junto con el tratamiento aplicado desde las primeras fases de la enfermedad, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido significativamente en los últimos cincuenta años en los países desarrollados.

No obstante, incluso en algunos países donde el cribado o pap se practica eficazmente, la disminución del cáncer de cuello uterino se mantiene en un nivel estable. Esto indica que los límites del pap, tal y como éste se practica actualmente usando la citología cervical (Pap test), probablemente haya alcanzado su nivel máximo.

El uso de test de detección para el vph ofrece prometedoras mejoras en el diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo, estos test de detección, solamente están dirigidos a las mujeres y no a los hombres.

Asimismo, una vacuna contra algunos tipos de *vph* ha demostrado una alta efectividad en las primeras fases de los estudios clínicos y puede contribuir a aumentar la

disminución de los casos de cáncer de cuello uterino en el futuro. Apenas se están iniciando los estudios sobre la aplicación de la vacuna contra el *vph* en hombres.

Si el hombre ha mantenido relaciones con una mujer que padece cáncer de cérvix el riesgo aumenta porque tienen mas probabilidades de haber sido contagiado.

2.4.3 Cifras claves (ECCCE: 2004; EMSA: 2003; NCI-US Nacional Institute of Health: 2006)

A nivel mundial

- El segundo cáncer femenino más frecuente en el mundo es el cáncer cérvico-uterino.
- Hay 500,000 nuevos casos diagnosticados cada año.
- Se presentan 230,000 muertes cada año relacionados directamente con este cáncer.
- En algunas regiones, el cáncer cérvico-uterino es el cáncer femenino más frecuente, incluso superando al cáncer de mama.

Tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino en diferentes regiones del mundo.

Tabla 1
Neoplasia maligna del cuello uterino—Tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad (por cada 100,000 mujeres, por región, 2000 y 2002)

Region	2000		2002	
	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad
África Oriental	44.3	24.2	42.7	34.6
Melanesia	43.8	23.8	38.1	21.7
Centro América	40.3	17.0	30.6	15.0
Caribe	35.8	16.8	32.6	16.0
América del Sur	30.9	12.0	28.6	12.9
América del Norte	7.9	3.2	7.7	2.3

Fuente: Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002. Lyon: Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / International Agency for Cancer Research (IARC). (El resaltado en rojo es de la investigadora con el objetivo de destacar la situación que afecta directamente en la región).

En este cuadro se observa en detalle la situación de Centroamérica con respecto a las otras regiones del mundo; esta región ocupa una tercera posición a nivel mundial, en cuanto a los niveles de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

Esta situación mejoró un poco en el año 2002, no obstante, no se obtienen aún niveles que permitan mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Porcentajes del 30% implican la urgente necesidad de continuar generando campañas de concientización, tanto en funcionarios de salud pública como a nivel de la población, sobre todo, buscando enfoques que tomen en cuenta aquellas actitudes o conductas que podrían estar interfiriendo en la realización frecuente de pruebas de detección temprana como el *pap*.

Asimismo, se debería de iniciar campañas de concientización del papel que tiene el hombre como portador del virus, que junto con los servicios de diagnóstico y tratamiento se puede llegar a mejorar o disminuir las tasas de incidencia y mortalidad en las mujeres.

A nivel Nacional

Tradicionalmente el sistema de salud de nuestro país se ha enfocado primordialmente a las enfermedades transmisibles mediante el desarrollo de programas para la promoción, la prevención, la atención y la vigilancia epidemiológica. En las enfermedades crónicas, el enfoque ha estado circunscrito a la atención de la enfermedad, dejando de lado otras intervenciones.

La morbilidad es analizada mediante egresos hospitalarios y algunas encuestas por causas de morbilidad y atención. En 1997 los egresos hospitalarios en hombres se dieron principalmente por enfermedades del sistema digestivo, causas externas, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema circulatorio.

En mujeres fueron embarazo y parto, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades del sistema digestivo y los tumores, que ocupan el quinto lugar.

En lo relativo a la incidencia del cáncer en Costa Rica los principales tumores que afecta a la población de ambos sexos son: cáncer gástrico, de pulmón, leucemias y colon; en las mujeres el cáncer de cérvix y el de mama, y en varones el cáncer de próstata. (Política Nacional de Salud, 2000-2006)

2.4.4 Marco situacional de Costa Rica del cáncer cérvico-uterino.

En Costa Rica la pirámide poblacional ha experimentado un cambio importante en las últimas décadas; presenta una base más estrecha por la disminución de las tasas de natalidad y una población más longeva en relación con las presentadas en la mitad del siglo anterior.

El sistema de salud ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la detección temprana del cáncer cervical mediante el tamizaje de la población femenina por medio de la citología vaginal. El fortalecimiento de las campañas de promoción a nivel de la población y el fortalecimiento de la red de servicios pretenden garantizar una mayor cobertura en la población.

Los programas de tamizaje desarrollados muestran un cambio en el comportamiento de la enfermedad. Se presenta un aumento en la incidencia de cáncer “in situ” y una disminución del cáncer invasor. El grupo de mujeres de 25 a 49 años es el que se ve más afectado por cáncer “in situ” a diferencia de las mayores de 40 años donde el invasor se presenta con mayor frecuencia.

A pesar que el programa se inició desde el año 1969, el impacto sobre la mortalidad no ha sido el esperado. En el año 2002, el cáncer de cuello de cérvix fue la principal causa de mortalidad en el sexo femenino. (Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de Costa Rica, 2002- 2003)

Referentes históricos sobre la atención del cáncer de cuello uterino en Costa Rica

En agosto de 1958 se crea en Costa Rica la primera clínica para la detección temprana del cáncer de mama y cérvix por la Asociación Médica Femenina del país. En la década de los 60 se inicia el Plan Nacional de Detección de Cáncer de Cuello Uterino. Sin embargo, no tuvo el apoyo ni la cobertura adecuada para producir un impacto importante.

En 1962, se constituye el Servicio de Oncología de Mujeres del Hospital San Juan de Dios. Tres años después el Servicio de Hombres, bajo la dirección del Dr. Carlos M. Gutiérrez Cañas. Por Decreto Ejecutivo # 6584 del 6 de diciembre de 1976, se crea el Registro Nacional de Tumores, adscrito a la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

En 1981, se funda la Unidad Nacional de Cáncer en el Hospital San Juan de Dios, para el tratamiento oncológico de la enfermedad, con los servicios de cirugía, quimioterapia y radioterapia, bajo la dirección del Dr. Gonzalo Vargas Chacón.

El 6 de abril de 1983, se aprueba la creación del Consejo Nacional de Cáncer, órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, encargado definir normas y pautas de tratamiento médico-quirúrgico, rehabilitación y de uniformidad en el manejo integral del paciente oncológico.

En 1994, la alta incidencia del cáncer de cérvix, que representaba un 77% de casos de cáncer ginecológico, se define como problema de salud pública, declarado de

Emergencia Nacional, mediante Decreto Ejecutivo # 23321-s del 27 de mayo y se inicia el establecimiento del Programa Nacional de Detección y Control de Cáncer del Cuello del Útero, mediante el papanicolau. Sus objetivos eran reducir la incidencia de esta enfermedad al 80% y su mortalidad al 90% para el año 2000.

Para garantizar la operación del programa, se conformó además una Unidad Coordinadora constituida por tres subunidades que son:

1. Laboratorio Nacional de Citologías.
2. Tamizaje.
3. Unidad de diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico.

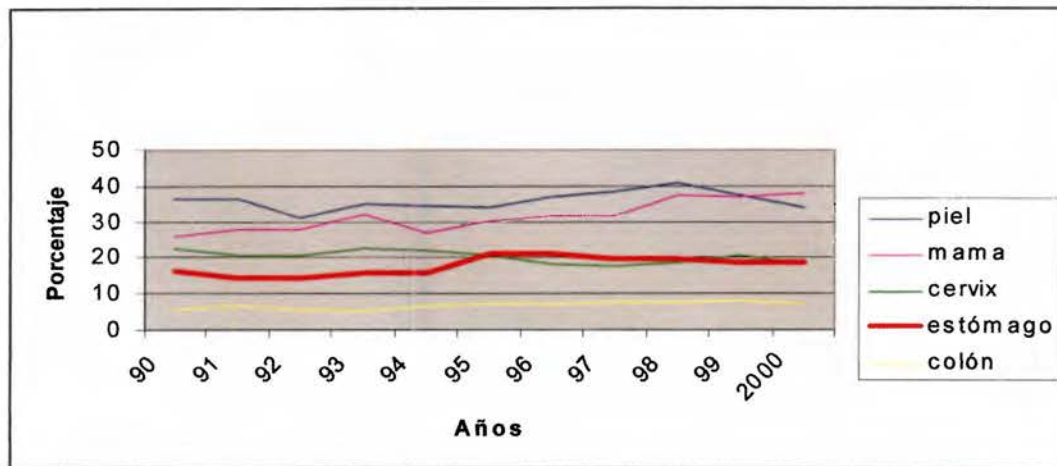
En junio de 1998 el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social analizan y aprueban el Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer y acuerdan darle el contenido presupuestario para su inmediata implantación.

En Costa Rica el cáncer, como causa de muerte, ha venido aumentando en las últimas tres décadas. Hoy día ocupa el segundo lugar en mortalidad en la población costarricense.

Comparación del tumor con otros tumores malignos que afectan la salud de la mujer.

Dentro de los principales tumores malignos en Costa Rica podemos apreciar la variabilidad dentro del grupo de mujeres.

Gráfico 1
Incidencia de los tumores malignos
más frecuentes en mujeres 1990-2000



Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores

Este gráfico permite observar la tercera posición que ha mantenido en la última década el cáncer de cervix dentro de los tumores femeninos.

Paralelo a estos datos se encuentra el estudio sobre conglomerados que se realizó en el 2003 (Santamaría, 2003), donde se define como conglomerado de cáncer a la ocurrencia de un número de casos significativamente mayor a lo esperado, en un área geográfica, durante un determinado período, o ambos.

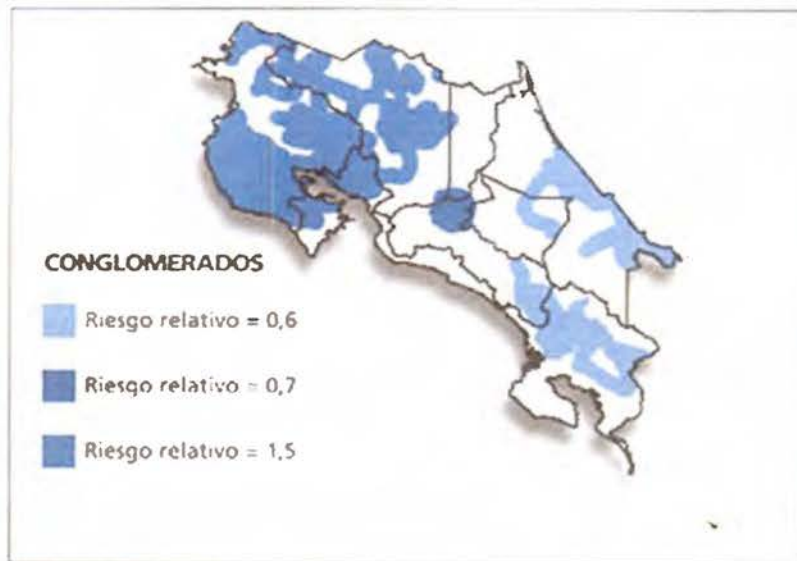
La evaluación de alarmas por conglomerados de cáncer, conocidas como alarmas por cáncer, es un tópico de actualidad en el campo de la salud pública en Costa Rica, en especial porque las autoridades de salud carecen de un protocolo que establezca las metodologías apropiadas para atender reportes de esta índole.

Una comparación entre la figura 1 y la figura 2 permite observar cómo el comportamiento de los conglomerados de cáncer de cervix invasor es inverso al de los conglomerados de cáncer de mama en el país.

Es decir, la zona central del país presenta un elevado riesgo de cáncer de mama, y un nivel de bajo riesgo de cáncer de cérvix invasor, mientras en las zonas hacia el sur y el Atlántico del país el riesgo es significativamente alto para cáncer de cérvix, pero bajo para cáncer de mama.

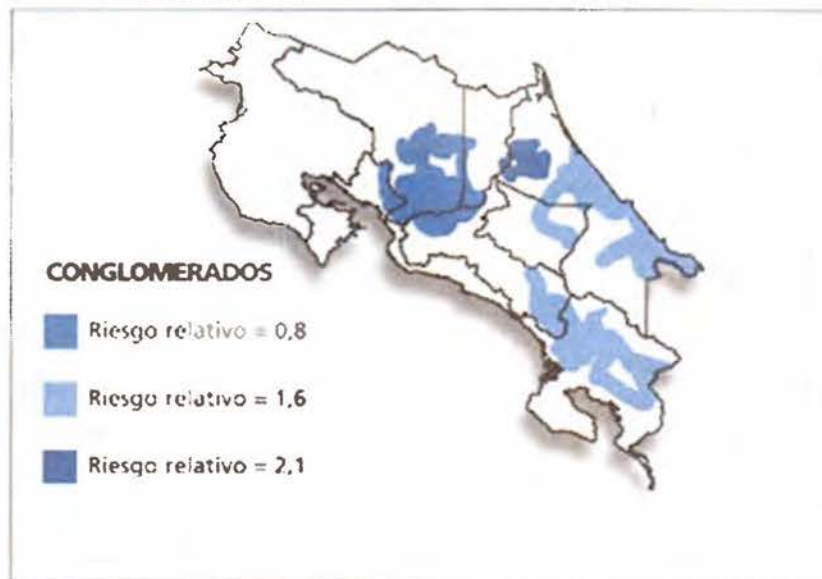
La comparación de estos tipos de cáncer es una forma de mostrar gráficamente la presencia geográfica de dos de los tipos de cáncer que constituyeron la mayor parte de las causas de muerte en mujeres en Costa Rica.

Figura 1
Conglomerados en la incidencia
de cáncer de mama. Costa Rica. 1990-1997



Fuente: Santamaría, C. (2003) en ACOSAP Año 13, No 21, San José, CR

Figura 2
Conglomerados en la incidencia
de cáncer de cérvix. Costa Rica. 1990-1997



Fuente: Santamaría, C. (2003) en ACOSAP Año 13, No 21, San José, CR

Estas figuras muestran las zonas que han mantenido las tasas más altas de incidencia y mortalidad del cáncer de cérvix.

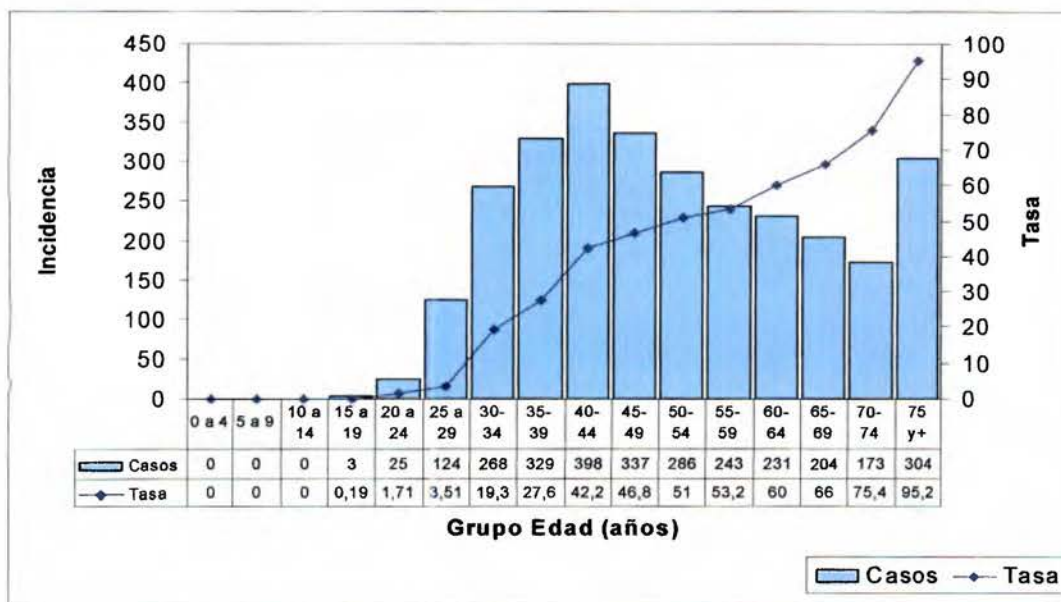
Estos datos permiten evaluar los métodos de promoción, prevención y diagnóstico de ambos tipos de cáncer. Se podría suponer la existencia de una mayor cobertura y participación en lo que respecta a prevención en cáncer de cérvix en las zonas centrales de la población.

No obstante, aún en zonas rurales, se encuentran cantones cuyas tasas son bajas, lo que justifica la urgencia de evaluar las actitudes y factores culturales de cada región como una posible fuente de información de estas diferencias.

Datos sobre la situación del cáncer de cérvix a nivel cantonal

La información que ha sido recopilada por el Registro Nacional de Tumores, en la última década, muestra la presencia de una alta incidencia en el grupo de mujeres entre 40 y 44 años, asimismo vuelve a haber un repunte en el grupo de mujeres con edades de 75 años y más.

Gráfico 2
Incidencia por cáncer de cérvix invasor según grupo de edad
Costa Rica 1990—1999
(tasas ajustadas por 100.000)



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística, Registro Nacional de Tumores. (1990-1999) Publicado en el 2003.

En este gráfico se muestra la mayor incidencia de cérvix invasor, en el grupo de edad entre 35 y 49 años, para luego volverse a incrementar a partir de los 75 años. Lo que determina que hay una actitud por parte de las mujeres antes de los 30 años y, de nuevo, a partir de los cincuenta y cuatro años, de no acudir con tanta frecuencia al control de diagnóstico y tratamiento sobre el cáncer de cérvix.

Los programas de promoción y prevención en edades tempranas, en uno u otro sexo, dónde se haga énfasis en los estigmas de las mujeres, así como en la sensibilización y motivación a la participación del varón, como una forma integral de abordar la enfermedad, son algunos elementos posibles de considerar en investigaciones.

Los datos de la siguiente tabla ofrecen la posibilidad de realizar una comparación entre las tasas de incidencia de cada cantón del país. Esta situación sugiere la urgencia de evaluar cuáles podrían ser los aspectos que están afectando estas diferencias.

Tabla 2
Distribución por quintiles de las tasas acumuladas de incidencia de cáncer de
cuello de útero por cantón. Costa Rica. 1990-1999
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres*)

QUINTIL 1		QUINTIL 2		QUINTIL 3		QUINTIL 4		QUINTIL 5	
Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa
Pococí	45,59	Parrita	29,40	Cañas	21,99	Cartago	15,93	San Isidro	12,57
Talamanca	40,94	Matina	28,31	Oreamuno	21,87	Tibás	15,92	Mora	12,42
Golfito	39,59	Sarapiquí	27,91	Pérez Zeledón	21,84	Curridabat	15,51	Naranjo	12,28
Los Chiles	39,25	Alajuelita	27,20	Montes de Oca	20,99	Moravia	15,23	Nandayure	11,14
Guácimo	38,52	Upala	27,20	Orotina	20,59	San Ramón	14,98	Grecia	10,80
Liberia	38,48	Buenos Aires	26,77	Aserri	20,05	Jiménez	14,96	León Cortés	10,08
Corredores	35,08	Puntarenas	26,25	Nicoya	19,95	Flores	14,86	Sto. Domingo	9,66
Aguirre	34,82	Esparza	25,93	Carrillo	19,23	Barva	14,52	Acosta	9,42
Osa	34,00	Abangares	24,68	Montes Oro	19,22	Sta. Bárbara	14,49	Bagaces	8,28
Guatuso	33,58	Goicochea	24,29	San Pablo	19,12	Alajuela	14,46	Belén	8,27
Garabito	33,43	Desamparados	24,26	Coto Brus	18,83	Tilarán	14,44	Tarrazú	8,21
La Cruz	32,71	La Unión	23,93	Turrialba	18,72	Heredia	14,40	San Rafael	7,82
Siquirres	30,31	San José	22,99	Escazú	18,13	Paraíso	13,71	Atenas	7,41
Limón	30,25	Dota	22,73	Palmares	16,96	Hojancha	13,69	Alfaro Ruiz	6,67
Turrubares	29,62	El Guarco	22,43	Coronado	16,87	Poás	13,11	Puriscal	5,76
Santa Cruz	29,59	San Carlos	22,42	Valverde Vega	16,54	Santa Ana	12,75	San Mateo	3,65
				Alvarado	16,07				

*Tasas ajustadas: tasas estandarizadas por edad por 100.000 (método directo, Población Estándar Mundial).

Fuente: Ministerio de Salud, Unidad Estadística, Registro Nacional de Tumores.

Estos datos son importantes de correlacionar con los de mortalidad; de esta manera, se corrobora, si los diagnósticos coinciden con las tasas de mortalidad y se estaría hablando de un adecuado servicio de diagnóstico. Lo esperable es no encontrar grandes diferencias; no obstante algunos cantones si muestran diferencias importantes, es decir, tasas más altas de mortalidad en relación con las de incidencia.

En entrevista a expertos en el campo, como el Dr. Ortiz, Director de Registro Nacional de Tumores (entrevista personal, octubre de 2005), se menciona que puede darse un sesgo en los datos, pues algunas mujeres gustan de realizarse el pap, en centros diferentes a su domicilio. Asimismo, el Dr. Herrero, Director del Proyecto Epidemiológico de Guanacaste (entrevista personal, julio de 2003) manifestó que si los funcionarios de salud no tienen el cuidado de evaluar esta situación, simplemente los datos podrían ser adjudicados a otro cantón, alterando de esta manera los datos de incidencia y mortalidad.

Tabla 3
Mortalidad por tumor maligno de cuello del útero (invasor) por año de ocurrencia.
Costa Rica. 1990-2003
(Cifras absolutas, tasas brutas* y tasas ajustadas)**

Tipo de tasa	Año													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cifras absolutas	107	123	123	135	148	150	145	147	144	135	128	150	99	114
Tasas brutas	7,14	8,02	7,84	8,39	8,93	8,80	8,28	8,18	7,82	7,16	6,64	7,62	4,93	5,56
Tasas ajustadas	9,95	10,66	10,27	10,69	11,49	11,21	10,27	10,13	9,82	8,19	7,88	8,81	5,28	5,60

*Tasas brutas por 100.000 mujeres. Los denominadores de población para cada año son proyecciones realizadas por el Centro Centroamericano de Población, con base en el censo nacional del año 2000.

**Tasas ajustadas: tasas estandarizadas por edad por 100.000 (método directo, Población Estándar Mundial).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Salud, Unidad Estadística, Registro Nacional de Tumores 1990-2003

En esta tabla se muestra que desde 1993 hasta 1997 la mortalidad fue de más del 8% en

100,000 habitantes. Este período coincide con la puesta en marcha de la declaratoria de

emergencia en salud pública y el inicio de programas más agresivos de prevención y promoción del pap.

Para el año 2002 se muestra la tasa más baja del período. Pero, a pesar de haber bajado los niveles de mortalidad por los programas de diagnóstico tempranos así como por la coordinación de tratamientos certeros y pronto, los niveles de incidencia siguen siendo altos para los objetivos establecidos en los programas de salud pública de los últimos cinco años.

Tabla 4
Incidencia de tumor maligno de cuello del útero según comportamiento, por año de ocurrencia. Costa Rica. 1990-2000
(Cifras absolutas, tasas brutas* y tasas ajustadas)

Comportamiento y tipo de tasa	Año										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL											
Cifras absolutas	601	564	499	617	675	652	701	837	870	960	920
Tasas brutas	40,10	36,77	31,81	38,33	40,73	38,24	40,03	46,59	47,25	50,91	47,69
Tasas ajustadas	45,46	42,88	35,50	42,64	44,75	41,55	41,85	47,78	48,22	51,85	46,94
IN SITU											
Cifras absolutas	339	291	235	322	370	362	425	552	539	611	596
Tasas brutas	22,62	18,97	14,98	20,00	22,33	21,23	24,27	30,73	29,28	32,40	30,90
Tasas ajustadas	22,67	19,98	14,64	19,83	22,55	20,98	23,60	29,89	28,62	31,14	28,72
INVASOR											
Cifras absolutas	262	273	264	295	305	290	276	285	331	349	324
Tasas brutas	17,48	17,80	16,83	18,33	18,40	17,01	15,76	15,86	17,98	18,51	16,80
Tasas ajustadas	22,80	23,90	20,86	22,80	22,20	20,58	18,26	17,78	19,60	20,49	18,17

*Tasas brutas por 100.000 mujeres. Los denominadores de población para cada año son proyecciones realizadas por el Centro Centroamericano de Población, con base en el censo nacional del año 2000.

**Tasas ajustadas: tasas estandarizadas por edad por 100.000 (método directo, Población Estándar Mundial).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Salud, Unidad Estadística, Registro Nacional de Tumores. Publicado en 2003

En esta tabla se puede observar la alta incidencia para el año de 1999, con 50,91% en tasas ajustadas, siendo esta una de las más altas de la década en estudio. A partir del año 2000 se observa una tendencia a bajar; no obstante, la diferencia es muy poca y sugiere

mayores estudios de promoción y prevención alrededor de la enfermedad, que fue justamente lo que el Gobierno de Costa Rica inició a partir del año 2000.

Tabla 5
Distribución por quintiles de las tasas acumuladas por mortalidad por cáncer de
cuello de útero por cantón. Costa Rica. 1990-1999
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres*)

QUINTIL 1		QUINTIL 2		QUINTIL 3		QUINTIL 4		QUINTIL 5	
Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa	Cantón	Tasa
Liberia	24,28	Siquirres	15,22	La Cruz	10,27	Heredia	8,08	Palmares	5,62
Golfito	20,80	Puntarenas	14,11	Montes Oro	10,24	Valverde Vega	7,89	Sta. Bárbara	5,22
Cañas	19,97	Los Chiles	13,98	Alajuela	10,09	El Guarco	7,87	Santa Ana	5,16
Aguirre	19,34	Carrillo	13,79	Moravia	9,90	Talamanca	7,70	Jiménez	5,00
Dota	18,85	Alajuelita	13,17	Esparza	9,87	Bagaces	7,67	Curridabat	4,70
Pococí	18,51	Nandayure	12,82	Escazú	9,81	Tibás	7,44	Poás	4,44
Guácimo	18,21	Sarapiquí	12,62	San José	9,70	San Isidro	7,24	Coronado	4,39
Matina	17,96	Aserri	12,32	Sto. Domingo	9,40	San Carlos	7,10	Flores	4,31
Hojancha	17,90	Desamparados	12,02	Tilarán	9,40	León Cortés	7,09	Orotina	4,23
Guatuso	17,35	Goicochea	11,68	Naranjo	9,14	San Ramón	6,98	Puriscal	3,99
Santa Cruz	17,28	Oreamuno	11,43	Mora	9,03	San Pablo	6,88	Atenas	3,38
Limón	16,72	Pérez Zeledón	11,12	Grecia	8,98	San Rafael	6,71	Acosta	2,85
Osa	16,45	Nicoya	10,78	Parrita	8,85	Turrubares	6,47	Tarrazú	2,78
Buenos Aires	15,86	Barva	10,63	Cartago	8,56	Montes de Oca	6,45	Belén	2,05
Abangares	15,81	La Unión	10,59	San Mateo	8,55	Coto Brus	6,41	Alfaro Ruíz	1,58
Corredores	15,33	Turrialba	10,29	Paraíso	8,48	Alvarado	6,24	Garabito	0,00
				Upala	8,27				

Tasas ajustadas: tasas estandarizadas por edad por 100.000 (método directo, Población Estándar Mundial).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ministerio de Salud, Unidad Estadística, Registro Nacional de Tumores. Publicado en 2003

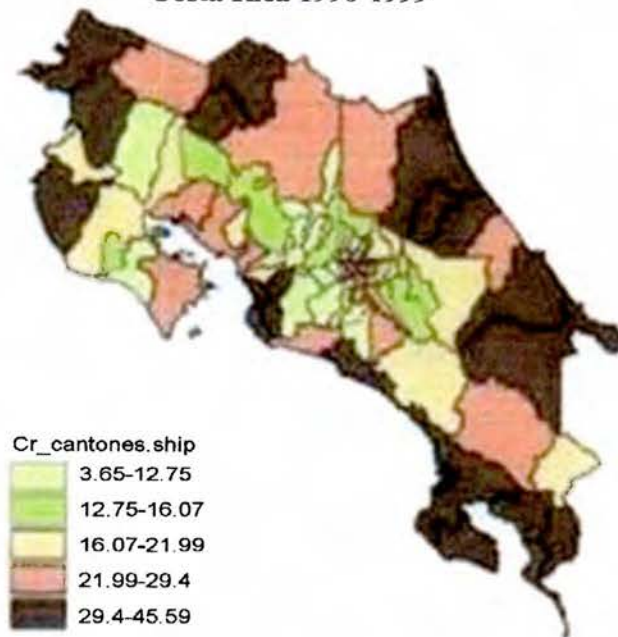
Hay que destacar en el análisis de estos datos, la incongruencia en algunos de ellos entre la baja incidencia y la alta mortalidad en algunos cantones del país, aspecto que puede estar asociado a limitaciones en la información de la residencia de las mujeres que se realizan el *pap* y su lugar de origen o a bajos controles por parte de los funcionarios de salud.

Además, se puede suponer se dé una baja afluencia de las usuarias a los programas de captación para realizarse el *pap*, lo que aumenta las tasas de mortalidad, pues no existe una conducta de prevención, sino que acuden cuando ya se encuentra la enfermedad en un nivel muy avanzado.

Se observa el caso de San Mateo con una tasa de incidencia en la tabla de 3,65 (la más baja de todos los cantones del país para la década de referencia), pero su tasa acumulada por mortalidad es de 8,55; es decir superior a su incidencia, lo que implica, desde la opinión del Dr. Ortiz (entrevista personal, octubre del 2005) y del Dr Herrero (entrevista personal, julio de 2003) dos expertos en salud pública, dos cosas: o muy bajos controles de diagnóstico o sesgo en la recolección y realización de estos.

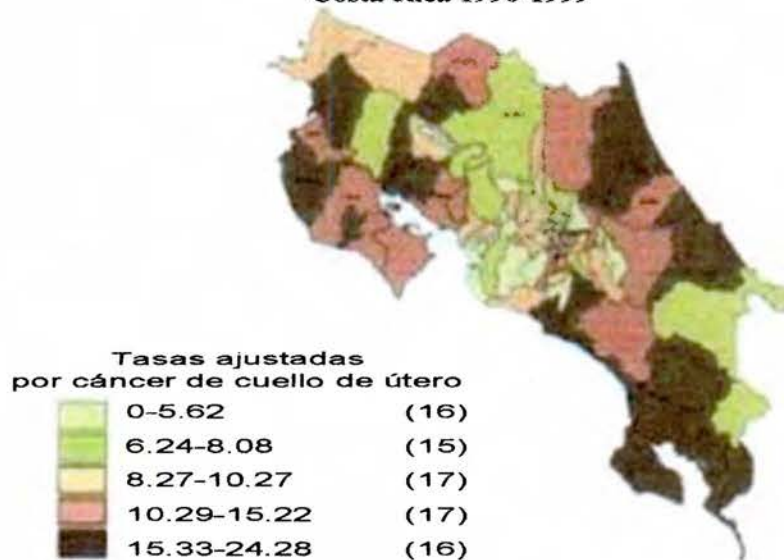
En las figuras presentadas a continuación, se muestra (por colores) aquellas regiones del país donde hay mayores tasas de incidencia y mortalidad, obsérvese dentro de algunas regiones, como Guanacaste, un cantón como Hojanca logra obtener una tasa de incidencia menor al promedio de la región

Figura 3:
Distribución Geográfica por cantón de la
Incidencia de cáncer de cérvix
Costa Rica 1990-1999



Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística .Registro Nacional de Tumores. Publicado en 2003.

Figura 4
Distribución geográfica por cantón de la
Mortalidad por cáncer de cérvix
Costa Rica 1990-1999

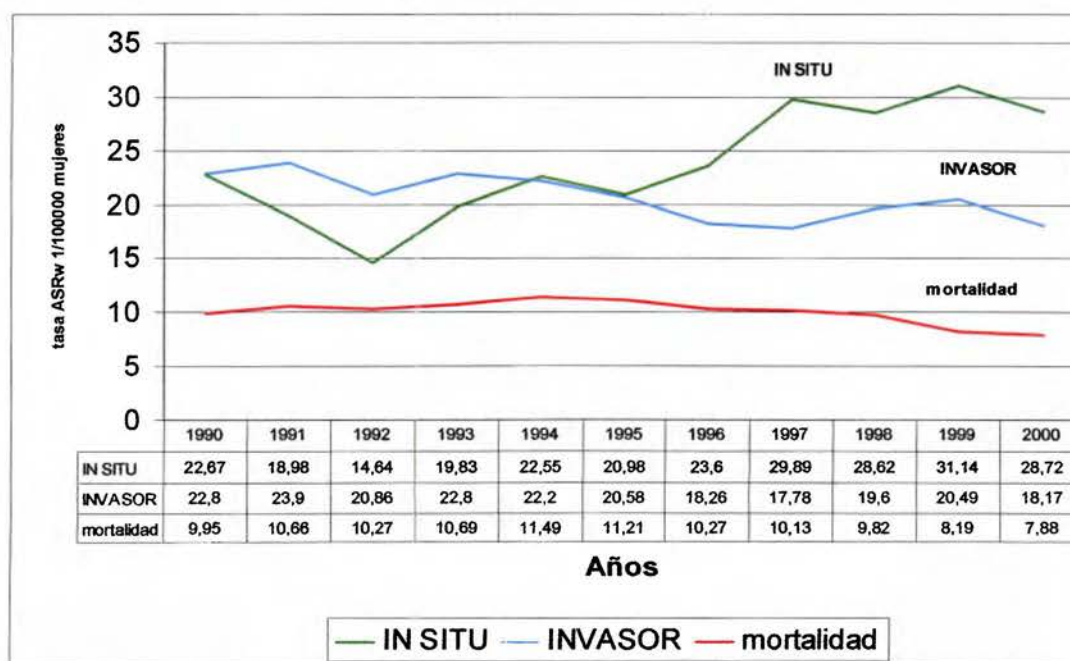


Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística .Registro Nacional de Tumores. Publicado en 2003

Para el Dr. Herrero (entrevista personal, julio de 2003) los aspectos migratorios internos, es decir grupos de personas del Valle Central que se fueron a vivir y a trabajar a zonas rurales como Guanacaste, pareciera que mantienen consigo, las actitudes y prácticas de auto cuidado, posiblemente adquiridas en las campañas de la región del Valle Central.

Asimismo estos datos, desde la opinión del Dr. Ortíz (Entrevista Personal, octubre de 2005), sugieren hay que evaluar los procedimientos medidores de la cantidad y calidad de los *pap* en cada cantón, así como las campañas de prevención.

Gráfico 3
Incidencia y Mortalidad del Cáncer de Cuello Uterino
Tendencia de la incidencia por carcinoma de cuello de útero – in situ e invasor- y
mortalidad. 1990-2000
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística, Registro Nacional de Tumores –INEC.

A pesar de que se dieron campañas importantes de prevención del *vph* y se concientizó a las mujeres para que se realizaran el *pap*, en este gráfico se logra observar que los

datos no muestran, a excepción de los años 92, 97, 98 y 99, una clara disminución a nivel de diagnóstico "*in situ*" e invasor y en la mortalidad se mantiene sin variación significativa.

Basados en toda esta información, y dada la condición de la salud de la mujer en el Istmo, se fundamenta el interés por buscar respuestas que ayuden a mejorar las condiciones del abordaje en la salud sexual y reproductiva en las comunidades.

2.5 La sexualidad: significados culturales, morales, religiosos, éticos. El impacto de la cultura en la vivencia de la sexualidad.

Se propone llamar, en este estudio "sexualidad" a todas las representaciones subjetivas relativas a la reproducción y al comportamiento erótico. Se observa a través de la historia y las culturas una enorme diversidad de las representaciones relativas al concepto de "sexualidad".

Las creencias subjetivas relativas al concepto de sexualidad son casi infinitas, y están muy vinculadas a las creencias generales de la sociedad. El estatuto "sexual" se asigna de manera muy diversa según los tiempos y según las sociedades.

El beso oral, con interacciones linguales, no se da por "sexual" en la mayoría de las culturas. No se dan algunas actividades oro-genitales por "sexuales" en varias sociedades. Los senos no se consideran como regiones "sexuales" en numerosas culturas. Actividades consideradas "sexuales" para los adultos no lo son si las observamos en los niños. Se puede decir que la única actividad que esté considerada constantemente, a través de las edades y las culturas, como realmente "sexual" es el coito vaginal.

El concepto de "sexualidad" cubriría entonces, el conjunto de los comportamientos, actitudes, sistemas de valores y representaciones que se consideran subjetivamente, en una cultura y en un tiempo dado, más o menos vinculadas a la reproducción, al coito, a las sensaciones de emoción erótica, goce, al placer físico y a las actividades eróticas.

El contenido del concepto de "sexualidad", así como de los términos derivados (sexual, comportamiento sexual, erotismo, pornografía, entre otros), es pues, debido a la inherente subjetividad humana, llegando a convertirse en un tema con grandes variaciones cualitativas y cuantitativas en función de las culturas y tiempos.

El comportamiento sexual está influenciado por la moralidad de cada cultura. La moralidad es lo que da valor de bueno o malo a los comportamientos de las personas de una sociedad. Los valores morales son distintos según la cultura. Pero en la mayoría de las culturas se tiende a defender moralmente la sexualidad reproductiva.

La falta de estudios sobre comportamiento sexual, representación y significado sociocultural de la sexualidad, del sexo, de la salud, del riesgo y de la protección de los diferentes grupos humanos, repercute en las intervenciones a nivel preventivo, las cuales no se encuentran ajustadas a la realidad de los grupos-objeto. Por supuesto ello implica que las necesidades reales de cada uno de los grupos humanos o comunidades sobre información, servicios y medios para alcanzar un cambio de comportamiento en conducta sexual no se encuentran disponibles.

Con relación a la "sexualidad", se ha observado que cada sociedad elabora sistemas de representación de la "sexualidad" muy diferentes unas de otras. Se observa también en estas representaciones muy poca correspondencia con la realidad.

Para las personas, el desarrollo de sus propias representaciones "sexuales" dependerá, principalmente, de las características del contexto cultural y de forma secundaria, de su propia experiencia de lo que se define en su cultura como "sexual".

A la madurez "sexual", según el contexto cultural, la "sexualidad" será un aspecto marginal o principal de la existencia del individuo. Debido a la diversidad de las creencias y de su impacto comportamental y emocional, la "sexualidad" puede convertirse en fuente de plenitud individual o en graves perturbaciones psicológicas.

En función de los datos psicobiológicos, etnológicos y médicos, parece entonces, absolutamente necesario proponer el estudio de representaciones subjetivas vinculadas al concepto de "sexualidad" que correspondan lo mejor posible a la realidad objetiva del comportamiento erótico, de la reproducción y de la dinámica psíquica del ser humano.

2.5.1 Vulnerabilidad, percepción y riesgo.

Algunos estudios sobre VIH/SIDA, han permitido conocer con más detalles, los aspectos culturales que puedan estar influyendo en la adquisición o no de conductas de riesgo sexual en las personas.

Estos estudios han permitido estudiar no sólo el comportamiento de riesgo individual, sino también el contexto ambiental y sociocultural donde se inscribe la persona en concreto. Desde esa óptica describen la vulnerabilidad como una consecuencia de factores del grupo social que influyen negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud.

Este cambio de paradigma, al superar la versión biologicista y patocéntrica de la vulnerabilidad frente al VIH, permite proponer acciones en diversos sentidos, escenarios

y grupos de población. Sobre todo en lo que respecta a programas y/o proyectos de prevención y adhesión a las campañas para realizarse el *pap*, entre otros.

La vulnerabilidad para el caso del VIH/SIDA, está regida por una amplia gama de factores que coexisten sinérgicamente, que toman diversos valores de acuerdo con el contexto y cultura particular en que se inscriba una persona, y que permiten diversas expresiones en una misma comunidad frente a generar o a empeorar la vulnerabilidad individual.

Algunos de ellos son:

- a) factores personales.
- b) factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios o programas de prevención, asistencia, apoyo social y mitigación de los efectos.
- c) factores del grupo social.

Con referencia a los factores personales, se menciona la no percepción subjetiva del riesgo por parte de hombres y mujeres, lo cual provoca un "daltonismo" frente al peligro en que se encuentra de adquirir el VIH debido a los rasgos de conducta sexual. Sumado a esto, se encuentran el nivel de ignorancia y aislamiento de los circuitos informativos en que puede estar inmersa una persona en particular.

Cuando se menciona el contexto social, se basa en factores como: normas y valores sociales influyentes en la percepción de lo que es aceptable y ambientes sociales definidores de diferentes normas de conducta. Las normas de un grupo social específico afectan la percepción del riesgo y el significado social que se le confiere, de tal forma

existe un nivel de riesgo aceptable que varía de acuerdo con el contexto y el grupo social.

Existen factores propios de la interacción social en ciertos grupos poblacionales, estos ayudan a mantener "lo aceptable" o lo normal de tener sexo sin protección. La percepción del riesgo sexual se ve influida por normas sexuales y conductuales que son comunes a los grupos sociales. Todo esto señala la importancia de generar intervenciones estimuladoras de cambios en las normas sexuales y no solo en las creencias individuales sobre la salud y la percepción del riesgo.

El comprender el contexto social de la percepción del riesgo, requiere evaluar lo prioritario del riesgo en el contexto de otros más cotidianos e inmediatos.

En los estudios de ONUSIDA,⁷ se critica la verticalidad de los estudios epidemiológicos y su dificultad para descifrar el grado de riesgo al cual se expone un ciudadano común. La responsabilidad de las ciencias sociales y del comportamiento en la llamada "década perdida" (años 80) en prevención del VIH, radica precisamente en no corroborar si las propuestas de prevención realmente están siendo costo-efectivas.

A pesar de que la infección por VIH ha estado circunscrita a determinadas prácticas de riesgo practicadas más por unos grupos humanos que otros, en condiciones de marginalidad y/o discriminación por motivos de sexo, edad, orientación sexual, situación económica, entre otros, no es menos cierto, en algunos casos personas que no cumplen con estos estándares también han comenzado a infectarse en proporciones importantes. Con ello se reafirma la vulnerabilidad no es estática, no se puede simplificar el paradigma de la vulnerabilidad, y es pertinente además, que los estudios

⁷ <http://www.onusida.org.co/sexcultura.htm>

epidemiológicos sean cruzados interactivamente, con propuestas antropológico-sociales que permitan definir personas concretas en situaciones de vida cotidianas, con creencias, actitudes y prácticas.

2.5.2 La identidad sexual y los determinantes culturales

Hablar de identidad sexual, en un estudio sobre las representaciones sociales del *vph*, se hace con el objetivo de conocer los determinantes culturales que la afectan, con el interés de clarificar los aspectos relevantes en la vivencia de la sexualidad.

La identidad sexual está atravesada por las expectativas sociales sobre el comportamiento admitido y deseable para cada sexo, por el modo en que cada cultura reconoce en el otro o la otra los signos de lo masculino y lo femenino (por ejemplo la vestimenta, el pelo, la actitud corporal, cierto tipo de adornos, los objetos amorosos y conductas permitidas para cada uno/a, etc.). La identidad no trata exclusivamente de algo que se nos da o que posemos, es algo que se construye socialmente.

La identidad sexual depende de aspectos subjetivos, pero también de relacionales y sociales. Parte del imperativo cultural mantiene un alineamiento con la anatomía y con la genitalidad. Pero esa genitalidad, que aparece como la base "natural" sobre la cual se funda la dicotomía, cuando aparecen casos de ambigüedad o hermafroditismo se disciplina quirúrgica y hormonalmente. Se la "corrige". Es decir, la ideología dicotómica produce un mandato sobre la anatomía para que no la desmienta.

La identidad sexual también produce a su vez su influencia sobre la cultura, como señala Lagarde (1990) esto sucede ante ciertas conductas que se presentan como humanas pero en realidad son masculinas (como la ciencia), donde universalizan el

modo de conocimiento correspondiente a la maduración psicosexual masculina para todo sujeto cognoscente. Así, formas de acceso al mundo y al conocimiento correspondientes a otras formas de maduración, vinculadas a los afectos y las emociones, quedan despojadas de valor para el conocimiento.

La identidad de los sujetos se conforma a partir de una primera gran clasificación genérica. Las referencias y los contenidos genéricos, son hitos primarios de la conformación de los sujetos y de su identidad. Sobre ellos se organizan y con ellos se conjugan otros elementos de identidad, como los derivados de la pertenencia real y subjetiva a la clase, al mundo urbano o rural, a una comunidad étnica, nacional, lingüística, religiosa o política. La identidad se nutre también de la adscripción a grupos definidos por el ámbito de intereses, por el tipo de actividad, por la edad, por el periodo del ciclo de vida, y por todo lo que agrupa o separa a los sujetos en la afinidad y en la diferencia. (Lagarde, 1990)

El impacto que sobre las prácticas sexuales, establece la construcción de la identidad psicosexual, subyace una perspectiva de género que estaría afectando la salud de las comunidades.

2.6 Religión y salud sexual

La religión juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y en la vida de las personas. De acuerdo a Durkeim (1915, p.38), las religiones representan sistemas coordinados de creencias y prácticas específicas que definen lo sagrado - esto es, prescriben un orden sobre ciertos fenómenos o elementos cuya existencia tiene lugar en un más allá, fuera de la vida ordinaria.

Lo que se define como sagrado es a menudo colocado en un plano inaccesible o prohibido – de allí se engendran creencias y prácticas las cuales se enlazan unas con otras formando una comunidad moral única, llamada una Iglesia. Una Iglesia consiste de un conjunto de creencias específicas las cuales son enunciadas por sus líderes y aceptadas por sus adherentes que en su totalidad se reconocen como una religión.

El propósito de las religiones es reglamentar la relación de sus adherentes con lo llamado sagrado y con un contexto espiritual, a menudo representado por uno o varios dioses. Las grandes religiones, con algunas excepciones (Budismo, Hinduismo), son monoteístas. Al establecer lo sagrado, las religiones, por consiguiente, definen también lo profano, esto es las conductas y prácticas prohibidas dentro de sus códigos morales. Las religiones a través de múltiples prohibiciones ejercen una enorme influencia sobre las conductas de las personas.

Las religiones, en sus esfuerzos para organizar los fenómenos definidos en sus manifiestos, se apoyan en dos nociones fundamentales: creencias y ritos. Las creencias consisten en representaciones que contienen valores morales, y a menudo están asociadas con imágenes místicas o con seres existentes en el más allá del mundo natural y de la experiencia humana.

Los ritos son modalidades de acción expresadas en ceremonias - a veces de gran complejidad - en las cuales los elementos que forman la base de las creencias son sublimados. También se tienen los textos sagrados, muchos de los cuales se van revisando a través del tiempo, en estos se definen las creencias y los ritos que deben ser utilizados en definidas ocasiones.

Entre los pueblos indígenas, las religiones mantienen sus creencias y ritos a través del tiempo gracias a una tradición oral. No todos los ritos son benignos en su implementación, especialmente entre pueblos llamados primitivos. Como testigo de ritos que tienen un carácter violento está el caso del dios Azteca - Mictlantecuhtli – (el Diablo) – quién era bañado en sangre humana de víctimas sacrificadas en su honor. El sacrificio humano era un componente importante de la religión de los Aztecas, que estaba íntimamente ligado a una mitología que definía la relación de este pueblo con el mundo que lo rodeaba (Taube, 200, p.168-177).

La influencia de la religión sobre los programas de salud reproductiva penetra las esferas nacionales e internacionales donde se toman decisiones sobre las políticas en los campos de salud y desarrollo. Muy recientemente, en las discusiones para llegar a un acuerdo final sobre el texto de las Metas de Desarrollo del Milenio (Millenium Development Goals), en la Meta 3 – cuyo objetivo es “promover equidad de género y el empoderamiento de la mujer” - no se incluyó el concepto de salud reproductiva ya que se le considera un asunto muy polémico al que se opone una vez más el Vaticano y un grupo de países islámicos (Crossette, 2005, p.75).

Durante los años ochenta, líderes en el campo de la salud preocupados con las limitaciones de los servicios de planificación familiar tradicionales reconocieron la complejidad de los factores que influyen la salud de la mujer, la necesidad de ampliar la atención y el cuidado a todos los aspectos relacionados a la sexualidad y reproducción (WHO,1994; Sai y Nassim, 1989). De esta preocupación surge el concepto de salud reproductiva el cual se articula como un nuevo objetivo para futuras políticas de salud y para la renovación de programas de servicios.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) del Cairo de 1994, universalmente reconoce este concepto como un paradigma que serviría de guía para la elaboración de políticas nacionales de población y desarrollo por un período de veinte años (UN, 1995). Esto implicaría también una reforma de las políticas de salud para incorporar los servicios necesarios.

La oposición al Programa de Acción del Cairo durante el CIPD fue fuertemente expresada por el Vaticano, oposición compartida por países musulmanes y también varios países latinoamericanos católicos (Argentina, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana) aunque muchos de estos últimos, en la práctica han adoptado las recomendaciones del Programa de Acción (RFSU, 2005, p.17).

En general las religiones son importantes sistemas sociales, con complejas jerarquías, cuyos propósitos están orientados a celebrar la dignidad y capacidad del individuo también a estimular un sentido de unidad y comunidad. Esto es sin duda, uno de los aspectos más positivos de las religiones. La gran mayoría de las religiones también adoptan códigos morales y sistemas de valores que deben ser observados por sus adherentes.

Entre los objetivos de estos códigos están algunas guías para las conductas, en materias que incluyen el ejercicio de la sexualidad, formación de familia, roles de género, anticoncepción y aborto. Todas las religiones tienen normas detalladas que definen lo aceptable o condenable en estas áreas (McQuillan, 2004, p.27).

También a través de sus instituciones y de sus representantes, las religiones influyen en forma importante sobre las políticas públicas, expresando o imponiendo posiciones. Las grandes religiones, en su mayoría patriarcales, generalmente sitúan a la mujer como el agente reproductivo central, cuyo destino es de sumisión frente al poder de protección y superioridad que atribuyen al hombre.

También se le niega a la mujer la capacidad moral y de discernimiento en lo concernido a su sexualidad y decisiones reproductivas. La gran mayoría de las religiones no reconocen los derechos reproductivos, incluyendo la libre elección en decisiones reproductivas.

La sexualidad, desde la posición religiosa, es vista, para algunos, como una actividad impura si no tenía por objeto la reproducción humana, la cual sólo se permitía dentro del matrimonio. Por muchos años toda otra actividad sexual, que no fuera reproductiva, era condenada por la religión. Una consecuencia de esta visión fue relegar a la mujer a un papel de agente reproductivo dependiente del hombre.

Una mayor libertad individual de acción en lo que se refiere a todos los eventos y conductas circunscritas en el concepto de salud reproductiva existe dentro de una gama de denominaciones de iglesias Protestantes. El Talmud, el texto central del Judaísmo rabínico, refleja el pensamiento de varias comunidades judías y sus tradiciones en la época en que se compiló este texto, cerca del año 500 de la era cristiana.

El Talmud es bastante ambivalente en sus pronunciamientos sobre la sexualidad, incluyendo disposiciones tanto positivas como negativas cuyas interpretaciones han variado a través del tiempo y desde las comunidades judías donde fueron establecidas.

En general, el Talmud interpreta positivamente el deseo sexual, en el sentido de que la sexualidad incita a la reproducción. Algunos textos rabínicos mencionan al deseo sexual como el elemento que lleva al hombre a desear contraer matrimonio, formar un hogar y tener hijos (Alpert, 2003, p.32-39).

El Talmud incluye prescripciones referidas a las relaciones hombre-mujer, incluyendo lo que es permitido en las conductas sexuales y reproductivas. El deseo y la actividad sexual deben obedecer a diferentes reglas de acuerdo al género de la persona: para el hombre es una obligación satisfacer el deseo sexual de la mujer. El hombre desde esta posición, tiene la capacidad de controlar su propio deseo sexual, lo cual lo coloca en un alto nivel espiritual. La mujer, por otro lado, es vista como incapaz de controlar su sexualidad, esto la sitúa en un nivel espiritual más bajo que el del hombre.

Un corolario de esta posición es que la masculinidad es definida por la capacidad del hombre de ejercer auto-control en sus deseos sexuales, como también piedad en sus acciones. Como en otras religiones el actor principal en el hogar y en las relaciones de género es el hombre, cuyo poder de decisión es superior al de la mujer que ocupa un lugar sumiso y secundario. Dada las múltiples interpretaciones de los textos rabínicos, emergen una serie de posiciones, a veces disonantes, las cuales no permiten establecer una línea de carácter universal del judaísmo sobre estos temas.

Entonces, se puede afirmar, que los textos e interpretaciones modernas rinden honor a la actividad sexual dentro del matrimonio, donde el hombre controla y decide, continuando la tradición milenaria de opresión del sexo femenino.

Asimismo, en el contexto musulmán, la mujer es vista como sumisa, ella se rige bajo el control del hombre, aunque su sexualidad es percibida por un lado más fuerte, y por otro más pasiva que la del hombre. La mujer y el hombre existen dentro de un esquema de contraste: contra el poder y racionalidad del hombre se presenta a la mujer como incapaz de auto-control siendo guiada principalmente por sus emociones (Ilkaracan, 2002, p.62).

Dentro de la vida matrimonial de los musulmanes, la sexualidad es vista como natural, para ser gozada tanto por la mujer como el hombre, aunque su finalidad es reproductiva. Además, el honor del hombre depende de la forma en que controla a su mujer (o mujeres) y su sexualidad dentro del contexto familiar.

En muchos casos esta religión permite a un hombre tener varias esposas de las cuales sólo él es responsable. Muchas comunidades creyentes de esta religión practican la amputación del clítoris como una acción que purifica y protege a la mujer de las posibles consecuencias de su sexualidad, asegurando así el orden social (Jantzen, 2002, p.19).

También la práctica del Shador, túnica que cubre a la mujer de cabeza hasta los pies, es otra forma de controlar la sexualidad, así protegiéndola de su tendencia a exhibir públicamente su cuerpo, lo que es un aspecto de su carácter.

En el caso del Budismo, esta religión da más énfasis al valor espiritual del individuo que a los aspectos relacionados con la sexualidad o la vida matrimonial. El Budismo originalmente estaba sobretodo enfocado en monjes y monjas, donde ambos tenían que observar un voto de castidad.

En lo que respecta a la vida matrimonial, el Budismo acepta las normas familiares de la cultura local donde se practica. El Budismo ofrece a la mujer la posibilidad de una alternativa al matrimonio al tomar los votos de monja o bhikkuni, aunque esto es mucho menos común. Tampoco es posible para una mujer tomar los votos de bhikkuni en todos los países donde se practica el Budismo. Por ejemplo, en Tailandia hay 40,000 monjes y solo en el 2004 se aceptó por primera vez a una mujer como bhikkuni (Isaacs y Gómez-Ibañez, 2004, p.6).

En general, el Budismo asigna a la mujer un perfil negativo que incluye su manifiesta sexualidad. Esta visión de la mujer como una fuente de tentación tiene como objeto alertar a los monjes para proteger su castidad. El Buda mismo recomienda a sus monjes de no frecuentar hogares, en sus peregrinaciones diarias, donde pudieran entrar en contacto con mujeres, como también evitar mirar directamente a las que les ofrecen comida para su sustento diario, así eludiendo cualquier tentación. Tanto un contacto físico como uno visual son considerados como un peligro que puede incitar a relaciones que interfieren con el camino de la vida religiosa.

En tanto el Hinduismo asigna a la mujer un alto nivel de energía creativa – shakti – pero al mismo tiempo la coloca en un segundo plano al estar dotada con insuficiente racionalidad para controlar esa energía, necesitando el control de un varón para

utilizarla para su bienestar. El matrimonio traslada a la mujer de su hogar natal y la coloca totalmente bajo la autoridad del hombre (y de su familia), siendo necesario para su salvación prestar los servicios que el esposo requiere para el funcionamiento de su hogar.

A diferencia de otras religiones donde el énfasis es en el papel reproductivo de la mujer, el Hinduismo da mayor importancia al papel que debe jugar la esposa. Este status incluye ciertos requisitos, como es el producir un hijo varón, y al no poder tenerlo, ella sufre una pérdida de status en el hogar. Si la mujer no puede tener hijos, el esposo queda libre para tomar una segunda esposa, lo que era posible en el pasado pero hoy en día esto requiere el divorcio.

A pesar de los grandes cambios sociales y políticos, incluyendo la globalización económica del mundo contemporáneo, la influencia de las religiones en la aceptación de los derechos reproductivos, pero sobre todo en las prácticas de auto-cuidado por parte de la mujer en lo que concierne a su salud sexual, no presagia progreso en esta materia.

En las primeras versiones del acuerdo de salud reproductiva para el siglo XXI (Metas de Milenium), no se hace mención de la salud reproductiva, en parte por oposición de gobiernos tanto de países islámicos como católicos, como también por aquellos que se identifican con la derecha cristiana (Estados Unidos) y que prefieren ignorar un tópico que consideran de demasiada controversia en un acuerdo que busca mejorar el futuro de la humanidad.

Capítulo 3
Proceso Metodológico

Capítulo 3

Metodología

Considerando el resultado de los análisis estadísticos realizados entre los índices de desarrollo y las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*, surge la propuesta de investigación con el interés de buscar un acercamiento a los significados que se establecen en los informes de salud, en la opinión de los expertos, informantes claves (funcionarios (as) de salud y usuarios (as)), además de indagar acerca de los factores que aumentan o disminuyen la presencia de esta enfermedad.

El interés por ahondar en estos aspectos radicó en el supuesto de que los significados otorgados a las enfermedades, la forma en que se aborda y los factores de protección o no, son aspectos que ayudan en la búsqueda de mejores intervenciones en prevención y atención en la salud pública.

A través de la teoría de las representaciones sociales y específicamente empleando una perspectiva procesual, es posible acceder al estudio de las subjetividades, entendidas como una estructura de construcción de significados que surge a partir de experiencias socialmente compartidas. Esta perspectiva ha sido de gran utilidad para el diagnóstico psicosocial de aspectos relacionados con la salud pública, así como en la implementación de programas de salud.

En este acápite se describe la propuesta metodológica para abordar el tema en estudio.

El objetivo fue encontrar la representación social del virus del papiloma y ofrecer conocimientos teóricos en el campo de la salud pública. Siguió una serie de fases, la

fase preparatoria, donde se realizó una correlación entre las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu* y los índices de desarrollo social, dimensión demográfica-sanitaria, desarrollo humano e índice de rezago social. Los resultados dieron como producto el proyecto de investigación donde surgió esta propuesta. Le siguió la fase de trabajo de campo, donde se eligieron dos cantones con semejanza en sus índices de desarrollo social, dimensión demográfica-sanitaria, desarrollo humano y rezago social pero con contraste en sus tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*. Luego se realizó la fase analítica y la fase de elaboración del reporte de resultados.

3.1 Diseño de la investigación

El diseño surge como respuesta a la pregunta ¿Cómo se aborda el *vph*? y los interrogantes que se dan ante esta. Se establece una serie de pasos que permitieron ir ahondando en los significados que existían sobre la enfermedad.

El proceso de análisis permitió encontrar algunas de las respuestas acerca del impacto que tiene el abordaje que se está realizando actualmente con esta infección de transmisión sexual. Sus implicaciones en la salud sexual, salud pública, pero sobre todo en la salud de la mujer.

El diseño estuvo basado en la búsqueda de respuestas. El primer paso fue realizar un análisis estadístico (correlación y determinación) entre los índices de desarrollo (dimensión demográfica-sanitaria, desarrollo social, desarrollo humano y rezago social) y las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*⁸.

Los resultados obtenidos fueron la base en la selección de los cantones, que tuvieran semejanza en sus índices pero discrepancias significativas en sus tasas de incidencia y

⁸ Las tasas están elaboradas con base en la enfermedad crónica de la mujer –*cacu*– no se menciona al virus, ni está dentro de los programas de vigilancia epidemiológica, se cataloga como enfermedad crónica de la mujer.

mortalidad (en un período de quince años – 90 – 99 y 2000- 2005). A partir de aquí se realizaron las entrevistas con los informantes clave de ambas comunidades (Directores de clínicas, atap's, usuarios (as)) el análisis del discurso se realizó semántica y sintácticamente, comparando tanto el peso de las palabras, como las categorías presentes en los discursos.

Esto permitió destacar la forma en que se anclaba y objetivaba la representación, lo que permitió destacar con mucha claridad los principales elementos culturales presentes en los discursos de estas comunidades. Lo que sirvió de apoyo en la búsqueda de respuestas a las preguntas iniciales en el proceso de investigación.

Se ofrece un esquema acerca del diseño elaborado para poder desarrollar la investigación:

Esquema del diseño de investigación

ESQUEMA DEL DISEÑO



3.1.1 Procedimiento

La metodología que apoyó este estudio fue la Metodología Total⁹, donde las técnicas fueron tanto cualitativas como cuantitativas. Se utilizó los datos estadísticos de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino de la década del 90 al 99 y del quinquenio del 2000 al 2005, y se analizaron junto con los índices de desarrollo social, desarrollo humano y rezago social, estableciéndose el nivel de determinación de éstos últimos sobre las tasas de incidencia y mortalidad.

Para el análisis de las entrevistas se recurrió a técnicas de análisis, tanto sintácticamente como semánticamente y luego se confrontaron los resultados con los participantes, se escucharon y analizaron sus comentarios al respecto y se confrontó con la teoría de género y su relación con la construcción de la identidad.

Estos resultados se presentaron en dos foros internacionales, uno durante la pasantía de investigación en México, el equipo del CRIM, constituido por un grupo de profesores de la UNAM y el equipo de investigadores del Instituto de Salud Pública de México; además se presentaron los resultados en el Congreso Iberoamericano de Psicología,

⁹ Esta es una forma de integración y complementación que Cerda Gutiérrez (2001, p.11) denomina Investigación Total, asignando a este término un significado más convencional que real, ya que en la práctica nunca se podrán alcanzar los niveles de una plena totalidad, en todos los aspectos metodológicos, epistemológicos, técnicos y temáticos que intervienen y actúan en una investigación. La investigación Total descansa sobre la base de tres principios: Principio de Consistencia: Se trata de la búsqueda de unidad en la variedad. El término consistencia se asocia con diversos conceptos: solidez, estabilidad, estructuración y unidad. (Cerda Gutiérrez, 2002). Se dice que algo tiene consistencia si tiene fundamento, estabilidad y coherencia, o sea que posee una base, es permanente, y tiene cohesión entre las partes que lo componen. Principio de Unidad de Contrarios: También llamado "principio de unidad dialéctica", tiene un origen hegeliano. Como aclara Cerda Gutiérrez (2002), los contrarios son fenómenos, o aspectos de los fenómenos que se excluyen mutuamente. Principio de Triangulación y de Convergencia: Se denomina triangulación, al uso de múltiples fuentes o estrategias en el estudio de un mismo fenómeno.

realizado en el 2006 en Costa Rica, en conjunto con una serie de investigaciones con el enfoque procesual realizadas en México.

Los resultados finales de la representación social surgen de la triangulación, el anclaje y la objetivización de estos, constituyéndose como núcleo figurativo la promiscuidad y como elementos justificantes los estigmas y las ideas y pensamientos con respecto al género.

Las etapas de la investigación tomaron un periodo de cuatro años. La fase preparatoria se inició en el año 2005 y 2006, donde se realizaron análisis estadísticos entre las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu* y los índices de desarrollo (desarrollo humano, desarrollo social – dimensión demográfica-sanitaria y rezago social). Se aplicó la estandarización y regresión con el objetivo de obtener la determinación de los Índices sobre las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

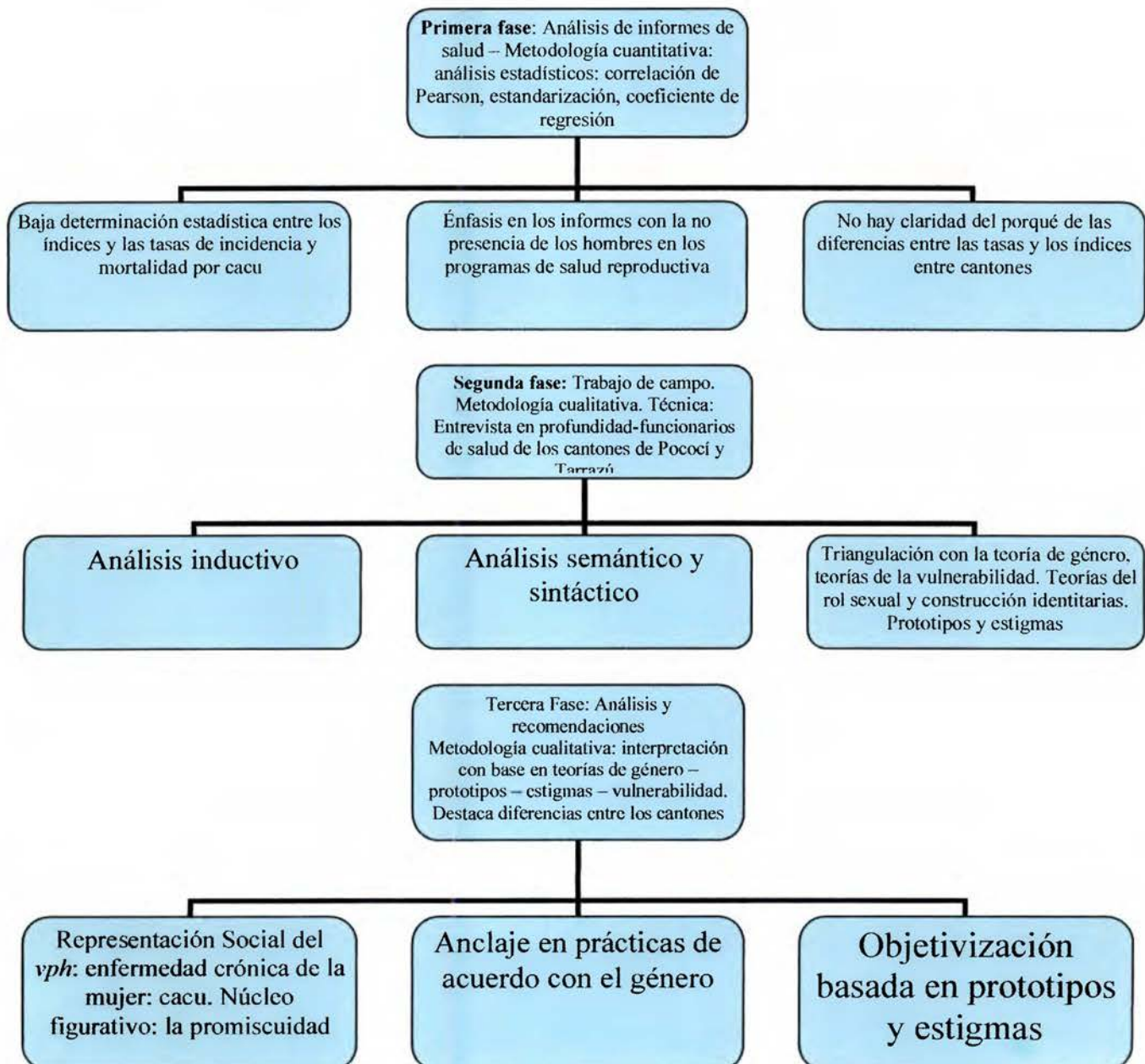
La fase de trabajo de campo se realizó de setiembre del 2005 a febrero del 2006 y consistió en la visita a las clínicas de los cantones de Tarrazú y Pococí, se elaboraron las entrevistas en profundidad a todos los directores y los técnicos (as) de atención primaria que estaban presentes y accedieron a participar, lo mismo con los usuarios (as). Se realizaron un total de veintiuna entrevistas.

La fase analítica se realizó de febrero del 2006 a diciembre del 2007. Durante esta fase se hizo devolución de resultados a ambas comunidades y se recopiló sus impresiones y opiniones. Los datos se analizaron semántica y sintácticamente y triangularon los datos con la teoría de género y su impacto sobre la construcción de la identidad, así como con

las opiniones de los informantes clave, específicamente los directores de clínica y los técnicos de atención primaria.

El siguiente esquema permite visualizar mejor este procedimiento:

Esquema del Procedimiento



3.2 Población de estudio

Se entrevistó a veinticinco informantes claves, de los cuales cuatro eran expertos; dos expertos en virus de papiloma, ambos son investigadores dentro del proyecto de epidemiología del virus de papiloma en Guanacaste. Otro experto en manejo de tasas de incidencia y mortalidad del Ministerio de Salud y un último experto en la elaboración de Índices para medir el desarrollo en las comunidades.

Los otros veintiún informantes, eran provenientes de los cantones, estuvo constituido por todos los directores de las tres clínicas (Pococí cuenta con dos clínicas: Guápiles y Cariari), los técnicos de atención primaria (Atap's) y usuarios (as) de ambas comunidades.

Para el cantón de Tarrazú, este cuenta con un clínica que alberga a tres cantones: San Marcos de Tarrazú, San Pablo de León Cortés y Santa María de Dota. Aquí se entrevistó al director de la clínica, la jefa de los técnicos de atención primaria y a los dos técnicos que atienden el cantón de San Marcos de Tarrazú. Con los usuarios se siguió los mismos lineamientos del cantón de Pococí, estos fueron elegidos de acuerdo a su disponibilidad para ser entrevistados así como por sus aportes para la información que se buscaba.¹⁰

3.3 Selección de los cantones

La selección de los cantones estuvo sustentada sobre los resultados obtenidos por medio del análisis de los índices de desarrollo social, dimensión demográfica-sanitaria,

¹⁰ Desde mi perspectiva como investigadora las entrevistas con los (as) informantes clave arrojaron datos muy profundos sobre las ideas, pensamientos y sentimientos con respecto a la enfermedad. Todas ellas aportaron mucha riqueza en cuanto a contenido independientemente de la duración.

desarrollo humano y rezago social versus las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*. Posteriormente se analizaron todos los cantones que presentaban contraste entre sus tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino y una similitud en sus índices de desarrollo. De esta selección los que presentaban mayor contraste fueron los cantones de Pococí y Tarrazú. Ambos presentaban índices bajos de desarrollo y tasas contrastantes de incidencia y mortalidad.

3.4 Estrategias de recolección de información

Se utilizó como técnica de recolección de información, la entrevista a profundidad con todos (as) los informantes¹¹

La participación en las clínicas de la CCSS, fue previamente solicitada por el director (a) de cada clínica, pero voluntariamente aceptada por cada participante, cada uno de ellos (as) firmó un consentimiento informado, en todos los casos se grabaron las entrevistas y se tomaron notas de campo.

La estrategia que se siguió para la obtención de la información fue a través de preguntas abiertas, de manera que estas permitieran que las intervenciones fueran enriquecidas con narraciones y descripciones más profundas por parte de los (as) entrevistados (as).

¹¹ Ver documento guía en Anexos página 334

Participaron como apoyo para el trabajo de entrevistas en los cantones, dos Licenciadas en Psicología, estas personas apoyaron la realización de entrevistas con los usuarios de ambos cantones.

Todas las entrevistas previamente grabadas, fueron transcritas y posteriormente revisadas por la investigadora. El análisis inició con una lectura detallada de las mismas, cada entrevista fue codificada individualmente y posteriormente se analizaron.¹²

Las entrevistas estuvieron regidas por las siguientes categorías de investigación: Virus de papiloma, sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, poder, placer, género, derechos sexuales.

Para la devolución de la información, en el caso del cantón de Guápiles se estableció una reunión con los Directores de ambos distritos y estos invitaron a algunos de los técnicos de atención primaria, los cuales aportaron sus opiniones con respecto a los resultados mostrados, incluso a partir de lo presentado establecieron algunas recomendaciones para poder abordar a la población masculina como fuente de apoyo en la promoción de salud del cantón.

En el caso del cantón de Tarrazú, se estableció una reunión tanto con el Director de la Clínica como con la Jefe de los *ATAPS*, aportaron sus opiniones y decidieron presentar los datos a todo el personal por medio de un taller de educación sexual, que fue coordinado algunos meses después. En este taller también se obtuvieron diferentes

¹² Estas categorías se fueron conformando de acuerdo a la opinión de expertos (CRIM –UNAM, INSP), la tutora de la pasantía (la Dra. Flores) y el Director de la tesis (Dr. Flores).

impresiones del resto del personal de la clínica, tanto del personal médico como del administrativo.

3.5 Procedimiento de análisis de la información

Existen ópticas¹³ que se constituyen en maneras de formular cómo se elabora la construcción psicológica y social de una representación social, esta investigación se apoyó en la óptica que trata la representación como una forma de discurso y sus características están dadas a partir de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad.

Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso. (Lipiansky, 1979; Widinsch, 1978,1982 citados por Flores, 2000)

¹³ Existen ópticas que se constituyen en maneras de formular cómo se elabora la construcción psicológica y social de una representación social, las principales son:

1. La que se limita a la actividad cognitiva a través de la cual el sujeto construye su representación, esta representación presenta dos dimensiones:
 - a. Dimensión de contexto: el sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social la representación aparece como un caso de cognición social.
 - b. Dimensión de pertenencia: dado que el sujeto es un ser social, hace intervenir en su elaboración ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad. Los estudios experimentales de la representación en sus relaciones con la conducta entran en su mayoría, en esta óptica. (Abric, 1971, 1972,1982; Appelbaum, 1967; Codol, 1969, 1970; Flament, 1971,1979 citados en Flores, 2000)
2. Una segunda óptica se basa en los aspectos significantes de la actividad representativa. El sujeto es productor de sentido, el que le da a su experiencia en el mundo social. El carácter social de la representación se desprende de la utilización de los sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad o de la proyección de valores y aspiraciones sociales.
3. Una tercera óptica que trata la representación como una forma de discurso y sus características están dadas a partir de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad. Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso. (Lipiansky, 1979; Widinsch, 1978,1982, citados en Flores, 2000)
4. En la cuarta óptica, se considera la práctica social del sujeto, donde el actor social está inscrito en una posición o lugar social; el sujeto produce una representación que refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa. (Gilly, 1980; Plon, 1972 citados en Flores, 2000)
5. Para la quinta óptica, el juego de las relaciones inter-grupales determinará la dinámica de las representaciones. Será el desarrollo de las interacciones entre los grupos las que modifiquen las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Moviliza una actividad representativa destinada a regular, anticipar y justificar las relaciones sociales así establecidas. (Di Giacomo, 1972, 1979, citado en Flores, 2000)
6. La última óptica es más sociologizante y hace del sujeto el portador de determinaciones sociales. Basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, en visiones estructuradas por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales (Boltanski, 1971; Bourdieu, 1980; Maitre, 1975; Robert, P y Faugeron, C, 1978 citados en Flores, 2000)

Este estudio se basó en la tercera óptica, "*trata la representación como una forma de discurso y sus características están dadas a partir de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad*".

A partir de esto, se consideraron cinco características fundamentales para analizar la RS:

- a. Siempre es la representación de un objeto
- b. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- c. Tiene un carácter simbólico y significativo.
- d. Tiene un carácter constructivo.
- e. Tiene un carácter autónomo y creativo (citado por Moscovici, 1986: 478)

En este procedimiento se buscaron tres dimensiones básicas:

- a. La información: se refiere al conocimiento, a su cantidad y calidad, puede ser muy somero o estereotipado con relación a un objeto social.
- b. El campo de la representación: tiene la función de ordenar, jerarquizar y seleccionar el contenido de la información.
- c. La actitud: se refiere a la disposición dinámica que se tiene hacia un objeto; puede ser positiva o negativa, pero se traduce forzosamente en una práctica (Calleja citado por Flores, 2000)

La actitud hace referencia a las disposiciones cognitivas y afectivas adquiridas por las personas en relación con ciertos objetos sociales, estas disposiciones condicionan la relación que establecen los individuos con los correspondientes objetos, orientan las conductas que suscitan y moldean la imagen que de ellas se tiene.

La actitud determina y orienta las respuestas frente a cierto estímulo; la representación social constituye el estímulo y determina la respuesta que se da.

Para justificar la existencia de una RS del virus del papiloma, desde la dimensión de contexto, se analizó y buscó la presencia de cuatro operaciones cognitivas en los discursos que son:

1. La primacía de la conclusión
2. El principio de repetición
3. El principio de ejemplificación
4. El principio de la confirmación electiva

Los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados de una ponderación que mantienen entre ellos relaciones que determinan la significación y el lugar que ocupan en el sistema representacional. Por esta razón se especifica la recolección y el análisis que se realizó

Esta forma de analizar permite destacar elementos que pueden ser gran utilidad para el diagnóstico psicosocial de algunos aspectos relacionados con la salud sexual, y como apoyo en la implementación de programas de interés público.

Procedimiento de Análisis sintáctico de la información¹⁴

Para el análisis sintáctico de las entrevistas, se utilizó el programa Alceste¹⁵, versión 4.5¹⁶; A partir de estos datos, y conociendo el contexto, así como los resultados del

¹⁴ Ver especificaciones del procedimiento y grupos de palabras de apoyo para cada categoría en Anexos.

¹⁵ Alceste significa "análisis lexical de co-ocurrencias en enunciados simples de texto" (Reinert, 1986 citado por Mora, 2003)) Se trata de un método de análisis de textos que se inscribe en la tradición del desarrollo de técnicas estadísticas aplicadas al análisis de datos lingüísticos o discursivos, iniciada por Benzécri (año). Esta metodología se focaliza en la distribución estadística de sucesiones de palabras que componen los enunciados de un texto, sin tomar en cuenta la sintaxis del discurso, sino únicamente la "co-ocurrencia" o presencia simultánea de varios ítems lexicales (sustantivos, adjetivos, verbos) en un mismo enunciado, eliminando del análisis las palabras "herramientas" (conjunciones, preposiciones, artículos, negaciones, etc) Para efectos prácticos el programa divide el texto en *pseudos enunciados* denominados "unidades de contexto elementales" (UCE), formados por sucesiones de 8 a 20 ítems lexicales (sustantivos, verbos, adjetivos) El principal procedimiento estadístico que elabora es programa es la *clasificación jerárquica descendiente* (similar al cluster análisis) técnica derivada del análisis factorial de correspondencias, de la cual se pueden llevar a cabo otros análisis complementarios. El objetivo de este trabajo no es hacer una presentación de Alceste, por lo que sólo se señalan sus especificaciones generales.

análisis semántico a partir de las categorías, donde se utilizó el programa de apoyo Atlas ti, con este programa, se corrieron las entrevistas, se operacionalizaron las categorías (ver detalles en Anexos) se establecieron familias de categorías y se tomaron las que tenían mayor relevancia y presencia en los discursos.

Se procede, a partir de estas categorías a la interpretación procesual de estos datos, que junto con la información recopilada, en todo el proceso de análisis, desde el estudio de los informes de salud, entrevistas a expertos (as), entrevistas a funcionarios (as) y usuarios (as), se organiza un esquema conceptual de la representación social del *vph*.

El procedimiento fue analizar el grupo de palabras, que surgían del apoyo con el programa Alceste, con relación al contexto de donde estas surgen, así como desde el referente de quién lo dice. A partir de esta posición, se analizaron los tres discursos, es decir, el de los (as) directores de las clínicas, para el caso del cantón de Pococí, este está subdividido en dos clínicas, una en Guápiles y otra en Cariari el de los (as) técnicos (as) de atención primaria y el de los (as) usuarios (as) de ambas regiones.

A partir de los datos obtenidos se buscaron relaciones entre los discursos que, junto con el peso que arroja el programa, sistematizaron y establecieron clases a partir de las palabras, los contextos, los grupos de referencia, hasta esquematizar estos referentes. Se determinaron cuáles palabras, referencias y explicaciones conforman lo que se

Para mayores detalles sobre este método se pueden consultar algunos artículos Reiniert (1986,1997) para la versión original y De Alba, M "El método Alceste: Una contribución al análisis textual" (en prensa) para la versión en español. En Mora, J; Flores, F, de Alba, M et al (oct-2003) en Revista de Salud Mental, Vol 26, No 5. México.

16

Este programa ofrece una clasificación jerárquica descendiente sobre el discurso de los (as) entrevistados (as) a partir de esta clasificación, arroja lo que denomina clase, que es donde se clasifican aquellas palabras que guardan una semejanza lexical y una relación que determina estadísticamente su peso dentro del total del discurso.

denomina representación social del virus del papiloma y se destacan entre estos referentes los que forman parte de los justificantes que dan anclaje a esta representación.

Este análisis tiene además, un enfoque que está regido por la teoría de las Representaciones Sociales. La teoría de las Representaciones Sociales permite establecer los enlaces entre el pensamiento constituyente y lo construido. Permite observar y analizar la forma en que se aborda lo que la gente padece, y en el caso específico del *vph*, la forma en que lo percibe la gente que lo “cura”.

En todos los procesos de análisis de los diferentes grupos se estableció, metodológicamente, el siguiente procedimiento:

1. Análisis desde los referentes ya obtenidos en la categorización temática del discurso, el contexto y los datos obtenidos a partir del programa ALCESTE. Se destaca la descripción detallada de la representación social del virus del papiloma y se especifican los justificantes de esta representación.
2. Se analiza el nivel de información en los tres grupos: médicos (as) y/o directores (as)- atop – usuarios (as) y se realiza un análisis comparativo *intragrupo* y entre los tres grupos, así como un análisis de las entrevistas a expertos (as), informes de salud y datos demográficos. Se presenta un esquema a partir de todos los datos, no de manera separada¹⁷.

¹⁷ No se encontraron diferencias entre los discursos de los informantes clave, lo que permitió reunir los datos en un solo esquema.

3. Se establece el campo de la representación y se evalúa cómo se acomoda la información en cada grupo y cómo le da sentido, cómo se potencia y a partir de estos datos, se busca resaltar dos indicadores, los de vulnerabilidad y los de género. Se presentan de manera esquematizada, no lo de cada grupo, sino de todos los entrevistados, como se mencionó no mostraron diferencias significativas en sus discursos.
4. Se definen las actitudes y cómo estas actitudes presentes dentro del sistema de representación social pueden llevar a analizar las prácticas para poder enfrentar la enfermedad de una manera realista.

Como un primer paso, se muestra uno de los dendogramas¹⁸ más explicativos de la clasificación jerárquica descendiente con la lista de palabras más reveladoras de cada clase. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo donde se buscó ordenar los datos, para luego establecer la representación social del *vph* a partir del análisis procesual.

3.6 Descripción de las categorías de análisis¹⁹

Para terminar de centrar los presupuestos teóricos sobre los que podemos asentar un análisis de la representación social del *vph*, se buscó un análisis comprensivo-interpretativo, de los fundamentos identitarios de los individuos y su impacto sobre su salud sexual.

¹⁸ La clasificación descendente o dendograma producido por el método de la clasificación jerárquica descendientes, como se observa, similar al análisis de conglomerados. Se lee de derecha a izquierda, de tal manera que las clases unidas en el último nivel de "ramificación" (del lado derecho), tiene una mayor asociación que aquellas que se separan de los primeros niveles.

¹⁹ Ver operacionalización de las categorías para el programa Atlas ti en Anexos.

Se parte del hecho de que en la sexualidad y específicamente en la salud sexual, más que en cualquier otro espacio de la experiencia humana, se darán diversas situaciones sociales que llevan a la persona a presentar síntomas de malestar que no necesariamente se deben diagnosticar como enfermedad, sino como indicadores que ocasionan malestares sociales que influyen en el equilibrio emocional y que pueden conducir a la enfermedad.²⁰

La delimitación de estos conceptos es indispensable en el análisis posterior del discurso. Se establecieron categorías de análisis que se buscó conocer por medio de los siguientes procesos:

- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad a nivel físico y médico.
- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito social y mental.
- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito familiar.
- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito de su vida sexual.
- Concepto de Sexualidad
- Concepto de salud sexual versus sexualidad
- Concepto relaciones interpersonales versus sexualidad
- Concepto de género versus sexualidad
- Concepto de poder versus sexualidad

²⁰ Ver explicación de estos conceptos en marco conceptual en el apartado de categoría de género para el análisis de las representaciones sociales de salud sexual (p.98)

- Concepto de placer versus sexualidad
- Concepto de hombre y mujer versus estereotipos y vida sexual de cada uno (a).
- Conocimiento de los factores de género inherentes a la salud sexual y reproductiva de los géneros.
- Conocimiento de los derechos sexuales.

Las categorías emergentes fueron las siguientes: vulnerabilidad, estereotipos, cultura, manejo de la información, diagnóstico, relaciones de pareja, relaciones interpersonales, vínculo afectivo, datos demográficos, prevención, promoción y salud pública.

Operacionalmente las categorías se definen de la siguiente manera

Categoría de virus de papiloma

Es un virus de transmisión sexual que produce el cáncer cérvico-uterino. Los factores de riesgo más comunes de la transmisión de este virus del papiloma, así como de la enfermedad, además de los estados precursores, como la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE), están asociados con la actividad sexual de las mujeres y de sus parejas.

Estudios realizados en los Estados Unidos (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, 2006) han demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es muy frecuente entre la población. Se calcula que un 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales; 4% de la población podrían tener lesiones por *vph* si se evalúan mediante la colposcopia; cerca de un 10% de la población serían *vph* positivos aunque tendrían una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podrían tener anticuerpos detectables en su cuerpo que indicarían que en algún momento se han

expuesto a algún tipo de virus del papiloma humano. (Lowy DR, Schiller JT: 2006 Mayo)

En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el virus de papiloma humano es muy alta: hasta un 50% de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el virus del papiloma humano en los primeros 4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25% de las que se infectan por *vph* desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado (LSIL). No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90-95% de las infecciones se curan solas, sin ningún tratamiento; al igual que el 95% de los casos de LSIL que se detectan en estas mujeres jóvenes. (Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, et al., 2006 Mayo 15)

En mujeres jóvenes sexualmente activas la frecuencia de la infección por el *vph* es tan alta que una persona puede infectarse, curarse de la infección y volverse a infectar por un nuevo tipo de *vph*, que a su vez se cura espontáneamente después de algún tiempo.

Se buscaron todos aquellos datos que mencionaran específicamente al virus del papiloma humano, modos de transmisión y datos porcentuales del virus en la comunidad.

Categoría de sexualidad

Por su parte, la sexualidad se refiere [...] a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el

resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos los aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OPS-OMS, 2000, p.8).

Esta definición de sexualidad abarca no sólo la genitalidad, sino que va más allá de una dimensión puramente fisiológica. Esta forma de definirla también es la que actualmente emplean los y las diferentes autoras(es) que han escrito sobre el tema, tal es el caso de Viguera (1999) para quien la sexualidad es más amplia que la genitalidad, más abarcativa, es como un lenguaje, una comunicación que tiene que ver con el amor, la ternura, los afectos, el deseo y la necesidad del otro.

Se destacan las opiniones que establecen los entrevistados cuando se les pregunta por su concepto de sexualidad.

Categoría de salud reproductiva

La salud reproductiva abarca tanto actitudes de cuidado hacia el cuerpo, como conocimiento de infecciones de transmisión sexual y su prevención y el manejo de la tecnología anticonceptiva que esté al alcance.

Se hace énfasis en el dominio y conocimiento que sobre la prevención tienen los (as) participantes así como con los cuidados básicos en salud reproductiva, entre otros el hacerse frecuentemente el *pap*, la mamografía.

También se puede indagar sobre el conocimiento o no de algunos síntomas de infecciones de transmisión sexual. Lo esencial es indagar sobre las actitudes de autocuidado.

Categoría de salud sexual

La salud sexual toma en cuenta la seducción constante, la compañía, la honestidad y la confianza como ingredientes esenciales para que la actividad sexual sea enriquecedora y aporte a la salud integral de los seres humanos.

Toda la información alrededor de lo que debe ser una buena o mala salud sexual. Por salud sexual se entiende el desarrollo adecuado de la vivencia, desarrollo, promoción y responsabilidad en el desempeño de las relaciones coitales. Esencialmente en salud sexual se debe destacar las conductas de prevención, y vivencias donde no se exponga la salud del individuo o de otros individuos.

Interesa observar elementos culturales, demográficos, de género, vulnerabilidad u otros que afecten o impacten de manera negativa o positiva la salud sexual.

Todo la información que haga referencia a la salud sexual, entendida esta bajo la referencia de bienestar sexual, que busca ver aspectos de género, cultura, relaciones de pareja, vulnerabilidad, poder, manejo de la promoción de la salud pública, que impacten de manera positiva o negativa sobre la salud sexual.

Categoría de placer

El Placer podría observarse como un espacio de equilibrio y de salud en el cuerpo, algo necesario para el desarrollo integral humano. Un placer ligado a la sensualidad, al

encuentro consigo mismo como paso prioritario antes del encuentro con el otro.

Un placer creador que busca empoderarse por medio de su presencia libre en la persona y, en la construcción de la relación con el otro. La relación del otro no es esperando que llene el espacio de placer personal, el placer inicia en la persona y puede que decida compartirlo con el otro o puede que no.

Destacar aspectos donde se haga referencia al placer como un espacio de equilibrio y de salud del cuerpo. Se pueden destacar las opiniones que se utilizan para describir al placer aunque no concuerde con lo establecido. Se debe destacar la forma en que se afecta el placer de manera positiva o negativa ante la presencia del *vph* y el cáncer cérvico-uterino.

Categoría de poder

El poder es una relación, una acción ejercida por unos sobre otros. Quienes ejercen poder intentan dirigir las conductas de los demás. Estos últimos, por su parte, pueden resistir. De este interjuego entre poder y resistencia surgen relaciones estratégicas. Una manera muy eficaz de ejercer poder es apuntar al deseo del otro. Reglamentar lo que el otro debe hacer con su cuerpo, con sus apetitos, con sus presuntos placeres. Esto se logra por medio de discursos, normas, planificaciones y prácticas que circulan capilarmente por la sociedad, atravesando ámbitos jurídicos, castrenses, escolares, familiares, religiosos, recreativos, morales, tecno-científicos y gubernamentales.

Una vez que se pone en marcha un dispositivo de poder se producen dos corrientes de efectos: los buscados y los no buscados. Se trata de una especie de astucia del dispositivo, de un plus. Cierta ejercicio de poder busca constituir sujeto dócil, manejable, intercambiable y llegado el caso, descartable. No obstante, al operar sobre su

deseo, lo provocan y producen sexualidad. La sexualidad sería impensable sin los discursos que se ocupan de ella.

Destacar aquellos comentarios o descripciones donde se haga referencia al uso y abuso del cuerpo femenino, y se juzgue o justifique esta referencia como parte “natural” del proceso de encuentro y formación de las relaciones de pareja o desarrollo personal.

Así como destacar la posición del hombre de manera positiva (saludable para sí y para ella) o negativa (genera una situación donde se expone a la mujer a un riesgo para su salud sexual y la salud pública de la comunidad) respecto al cuerpo femenino. Observar si se da esta forma de determinar las relaciones entre los hombres y las mujeres.

Buscar representaciones, relaciones o percepciones donde se perpetúa el poder sobre el cuerpo femenino como algo lícito y derecho natural de la representación y afirmación de la heterosexualidad.

Categoría de la relación de sexualidad y poder

En esta categoría lo que busca es que el entrevistado (a) se elija a sí mismo definiendo así sus relaciones con los demás. Se reconoce el pleno poder para dirigirse a sí mismo y sus propias relaciones, será pues este un poder social, colectivo, no de una instancia centralizada que controle al individuo y sus acciones, no el poder de un alter frente a ego, si no el poder de múltiples personas juntos en la colaboración y la solidaridad.

Se posiciona así en el plano de la intersubjetividad en el campo de las relaciones del poder.

Categoría de género

Dadas las derivas múltiples que ha sufrido el concepto de género desde que pasó a ser categoría central de análisis de algunas corrientes del pensamiento feminista, es importante exponer qué se va a entender por género.

La definición de Scott (1990) es compleja, dialéctica y aboga claramente por un análisis contextualizado como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género comprende cuatro elementos interrelacionados: primero, símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones distintas (y a menudo contradictorias) [...] Segundo, conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. [...] esas declaraciones normativas dependen del rechazo o represión de posibilidades alternativas [...]. Sin embargo, la posición que emerge como predominante es expuesta como la única posible. La historia subsiguiente se escribe como si esas posiciones normativas fueran producto del consenso social más que del conflicto. [...] [El análisis de género] debe incluir nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, tercer aspecto de las relaciones de género. [...] El cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva. [...] los hombres y las mujeres reales no satisfacen siempre o literalmente los términos de las prescripciones de la sociedad o de nuestras categorías analíticas. [Es necesario] investigar las formas en que se construyen esencialmente las identidades genéricas y relacionar sus hallazgos con una serie de actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales históricamente específicas.

El género es por lo tanto una construcción densa que se mueve y atraviesa todos los niveles de la organización social, cristalizando en una entidad de capacidad de sedimentación a través de la historia y su asentamiento social como estructura mental que marca profundamente nuestra percepción del mundo.

Pero la perspectiva de género invita también a mirar la construcción del género como una construcción dialéctica. El género, por muy denso que sea, contiene fisuras; su marca, por muy profunda, no es indeleble. Las personas, las mujeres, construyen su identidad subjetiva poniendo constantemente en juego la estabilidad del género, a través de la negociación o de la resistencia a normas, comportamientos, discursos que definen masculinidad y feminidad, a lo largo de sus vidas y a lo largo de la historia.²¹

La identidad generalizada es el resultado de esa contienda que, en función de la eficacia de fuerzas sociales variadas, da al género una apariencia sustancial, controlando lo que es permitido, lo que es deseable, lo que es normal, lo que es femenino.

Como categoría de análisis permite indagar en el espacio de tensión que gobierna la construcción mutua de uno y de otro. Esa construcción pasa sin lugar a duda por el lenguaje y su capacidad de enraizar en la cultura categorías de pensamiento.

El concepto de género no establece sólo una distinción entre sexo biológico (dato natural y objeto de conocimiento de la biología y de la medicina) y sexo social (construido dentro de y por relaciones de poder). Como categoría de análisis permite también indagar en el espacio de tensión que gobierna la construcción mutua de uno y

²¹ Ver ampliación de estos conceptos en marco conceptual en apartado sobre identidad sexual y los determinantes culturales (p.131) así como en el apartado de la salud desde una perspectiva de género (p.93).

de otro. Esa construcción pasa sin lugar a duda por el lenguaje y su capacidad de enraizar en la cultura categorías de pensamiento.

Todos aquellos datos que hagan referencia a estos atributos sociales, jurídicos, culturales, económicos, que se "naturalizan" y que son producto del género, pero que ciertamente se destacan en el diario vivir de la comunidad.

Categoría de Vínculo afectivo/relaciones de pareja

Para efectos de describir la categoría de vínculo afectivo, que se puede nombrar como relaciones de pareja, se define como “[...] la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones [...] se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad [...] El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo” (OPS-OMS, 2000, p.7). A este respecto, en cualquier etapa de la vida hay requisitos para establecer relaciones y [...] un aspecto apreciado por todo el mundo es el de ser atento de manera sensible y cariñosa con los demás”, además, de que “vitalidad y energía atraen a muchos individuos; esas personas que tienen un carácter agradable, sin ser demasiado resuelto y dominador, tienen una mayor probabilidad de establecer nuevas amistades, justamente porque no delegan todas las iniciativas en los demás (Capodiceci, 1998, p.222).

Categoría de derechos sexuales

Los derechos sexuales buscan asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios.

Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios

Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

Destacar las opiniones que emiten los y las entrevistados ante el cuestionamiento acerca de la definición de derechos sexuales.

3.7 Consideraciones éticas en la investigación

De acuerdo a las exigencias solicitadas por la Universidad de Costa Rica, para todos los trabajos finales de graduación, se contó con un consentimiento informado, que se utilizó para las entrevistas a los (as) usuarios (as) de las clínicas y los (as) funcionarios (as) de salud.

Con los (as) expertos, se utilizaron los enlaces por medio de la participación voluntaria de estos. Se contó con cartas de apoyo por parte del Doctorado en Estudios de la Sociedad y Cultura, donde se describía el objetivo de la investigación.

Dicho documento se leía antes de realizar la entrevista, esto para la población de los funcionarios (as) de salud y usuarios (as), al final de la lectura fue firmado por ambas partes.²²

En dicho documento se estipula que la participación era voluntaria, no hubo remuneración por su participación y se explicitó la finalidad del estudio de conocer las opiniones y experiencias acerca del tema en estudio.

Todas las entrevistas fueron grabadas, no obstante si algún participante solicitaba que se apagara la grabadora para poder hacer algún otro comentario, se accedía a su petición y esta información se transcribió como nota de campo.

En la segunda parte de la investigación, que fue la de entrevistas a los (as) funcionarios (as) de salud y usuarios (as), de acuerdo al documento firmado no se puede hacer referencia a los nombres, únicamente a su puesto de trabajo o condición como usuario (a) o funcionario (a), dado que se estableció que el manejo de la información era estrictamente confidencial y sería utilizado con fines de estudio.

²² Ver el documento en anexos p. 334

Capítulo 4
Discusión de resultados

Capítulo 4

Discusión de Resultados

Este capítulo tiene como finalidad presentar y describir los resultados obtenidos a través de la investigación. En la primera parte de este capítulo, se presenta los análisis estadísticos que se realizaron en la fase inicial, el interés fue buscar la determinación de los Índices de Desarrollo sobre las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

Posteriormente se justifica el constructo de la *RS* por medio de un marco Socio-demográfico comparativo entre cada cantón. Así como por los Indicadores de salud, educación, población y laboral social.

También se presentan y relacionan tanto los datos del análisis del discurso como los del análisis de contenido semántico y sintáctico de las entrevistas realizadas a los directores, atap y usuarios (as) de los cantones elegidos. Esta información se sintetiza en forma de esquema mostrando de manera gráfica la representación social del *vph* en cada cantón así como destacar el anclaje sobre el que se sostiene.

La información presentada, está ilustrada con los relatos de los (as) entrevistados(as) con la finalidad de dar mayor profundidad y significado al contexto social en cual se presentan los conceptos analizados.

Tomar en cuenta lo que ha sucedido en una región, tanto a nivel cultural, como económico, político y social, ofrece algunas alternativas o respuestas que vendrían a afectar positivamente en la disminución de esta enfermedad, sobre todo en la población femenina.

4.1 Análisis a partir de los Índices de Desarrollo Humano, Índice de Rezago Social, Índice de Desarrollo Social y dimensión demográfica-sanitaria y las tasas de incidencia y mortalidad.

Se presentara una breve descripción de las características de cada Índice.

4.1.1 Índice de Rezago Social. (Informe del Estado de la Nación- 2000).

En lo que respecta al Índice de Rezago Social, este fue realizado a partir de los datos del censo de 2000 y lo hizo el *Estado de la Nación*, buscando determinar la posición relativa de cada cantón y distrito del país en este año con respecto a su desarrollo social, a partir del Índice del Rezago Social.

Este Índice se construyó con el propósito de identificar las áreas geográficas más deprimidas, rezagadas o marginadas socialmente, de allí que las variables utilizadas están definidas en términos de “carencias”. Esto implica que un alto valor indica prioridad en la atención hacia el desarrollo de este cantón y con ello orientar políticas y programas dirigidos a disminuir las brechas y promover el desarrollo social.

En el caso de Costa Rica, los indicadores han mostrado la presencia de desigualdades sociales y económicas entre áreas geográficas, con un claro beneficio de los cantones y distritos ubicados en la región central del país, marginando las zonas alejadas, distritos fronterizos y los litorales.

Los indicadores para este Índice fueron:

- b. El analfabetismo expresado como el porcentaje de población de 10 años o más que no sabe leer ni escribir.

- c. La imposibilidad de acceder a la educación secundaria, expresado como el porcentaje de población de 12 años o más con primaria o menos, es decir, que sólo completó la primaria, cursó algún año de este nivel o no tiene ningún grado de escolaridad.
- d. Vivienda: Los factores que se consideraron para aproximar esta dimensión son:
 - 1. Porcentaje de viviendas en mal estado y regular estado, esto de acuerdo a los censos. Una vivienda en buen estado es aquella en que los materiales de al menos dos de sus componentes – piso, paredes, techo – no presentan fisuras o deterioro, de lo contrario se considera que la vivienda no es adecuada. Por lo tanto el indicador de rezago para este aspecto se define como el porcentaje de viviendas en mal o regular estado.
 - 2. Porcentaje de viviendas sin electricidad, disponer de electricidad es un aspecto básico para la satisfacción de necesidades, principalmente en nuestro país, donde la electricidad es la principal fuente de energía utilizada para cocinar. No disponer de ella excluye a la población del acceso a medios modernos de comunicación y al disfrute de bienes culturales.
 - 3. Porcentaje de viviendas sin agua intradomiciliaria. La falta de agua entubada dentro de la vivienda es un factor que afecta la salud de sus residentes por los riesgos de contaminación que implica su almacenamiento y acarreo, además del trabajo que implica para la familia abastecerse del líquido vital. Se considera que la vivienda no

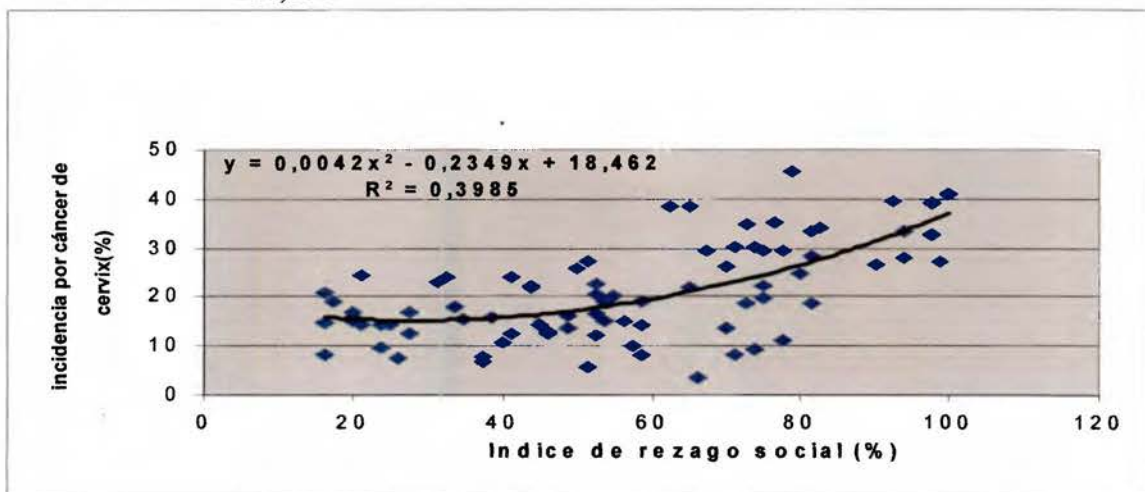
tiene agua intradomiciliaria si no dispone de tubería dentro de la vivienda y si no dispone de cañería sólo para esta vivienda.

- e. Salud: La salud es uno de los factores más determinantes del bienestar y una mejor calidad de vida, se sabe que este es uno de los aspectos más difíciles de aproximar con la información disponible en un censo, sin embargo se consideraron los siguientes aspectos:

- 1. Porcentaje de población asegurada. El acceso a atención médica y el porcentaje de niños de primer grado con una relación talla-edad inferior a la normativa.

Con base en la información del Índice de Rezago Social para cada cantón, se determinó el coeficiente de regresión, entre los datos totales de este índice y los datos totales de las tasas de incidencia por cáncer cérvico-uterino, con el interés de establecer el porcentaje de determinación de este índice sobre las tasas. Los resultados son los siguientes.

Gráfico 4
Coeficiente de regresión entre el Índice de Rezago Social versus las tasas de incidencia por cáncer de cérvix para los años 90 al 2003. En tasas ajustadas por 100,000.



Fuente: Informe del *Estado de la Nación* (2004) Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores. 1990-2003. SPSS

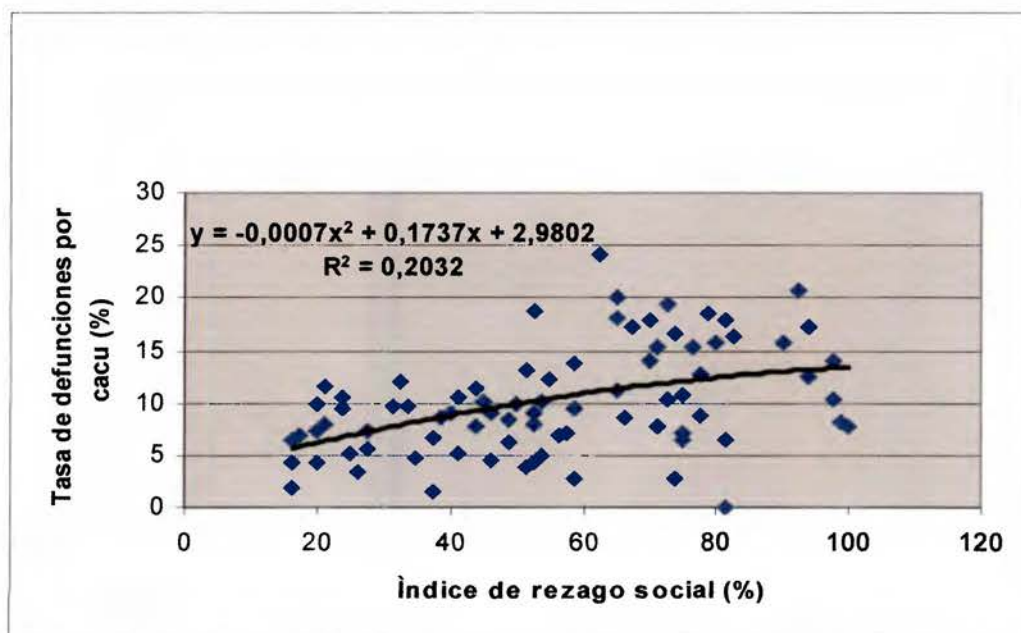
En este gráfico se estableció el coeficiente de regresión entre el Índice de Rezago Social de cada cantón y el nivel de incidencia de cáncer de cervix por cada cantón. (A partir de los datos de la década de 1990 -2003) lo que determina que el Índice de Rezago en esta correlación solo explica cerca del 0,3985 de los casos de incidencia por cáncer de cervix para todos los cantones.

Este Índice fue el que obtuvo la más alta determinación entre los índices y las tasas de incidencia. Se puede decir, entonces, que el rezago podría determinar en parte, la incidencia y la mortalidad por *cacu*, no obstante esta determinación es aún muy baja como para considerarla como único factor. El investigar las actitudes y condiciones de vulnerabilidad que estén afectando las tasas, entre otros aspectos sigue siendo un aspecto a evaluar.

No obstante, al ser este el Índice que más determinación obtuvo, se considera necesario el mencionar que, continuar con los esfuerzos por lograr mejores condiciones de vida en la población, será un factor determinante y prioritario para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

Para el coeficiente de regresión entre el Índice de Rezago Social y las tasas de mortalidad, se obtuvo un porcentaje aún menor, lo que hace suponer la posible presencia de factores culturales que podrían estar afectando las actitudes de autocuidado con respecto a la realización del *pap* o no.

Gráfico 5
Coeficiente de regresión entre el Índice de Rezago Social vrs las tasas de defunciones por cáncer de cérvix para los años 90 a 2003. En tasas ajustadas para 100,000



Fuente: Informe del *Estado de la Nación* (2004) Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores. 1990-2003. SPSS

Como se observa en este gráfico la determinación del Índice de Rezago Social para la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino baja al 0,2032.

Si se partiera del supuesto de que a un alto índice de rezago altas tasas de incidencia o mortalidad, entonces en grupos sociales con bajo rezago, habría baja incidencia y mortalidad, este dato solo está presente en algunos cantones, lo que no permite establecer una constante con esta hipótesis.

Situaciones como esta son las que deben de ser analizadas cuidadosamente y de manera cualitativa en cada cantón, de tal manera que los (as) responsables de la salud pública, así como los (as) encargados en la implementación de políticas de abordaje, busquen evaluar sistemáticamente el efecto de los programas de promoción, prevención y abordaje realizados hasta el momento en cada cantón por separado y no de manera generalizada.

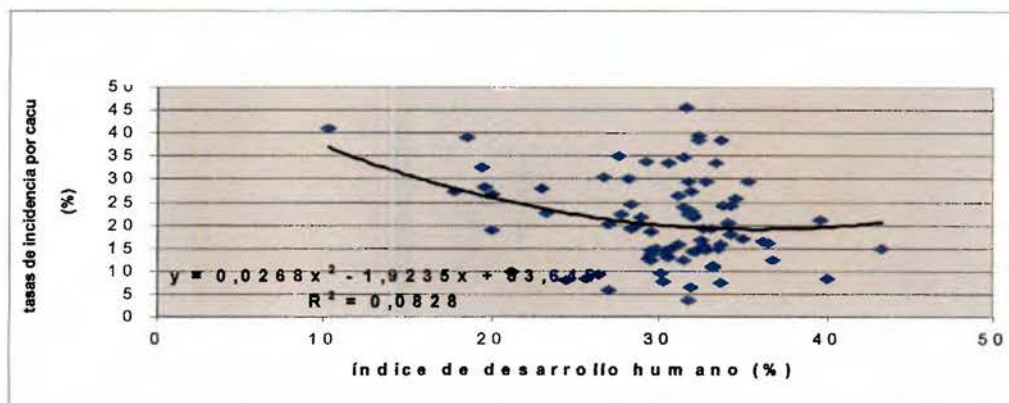
4.1.2 Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Costa Rica se mantiene en el grupo de naciones con alto Índice de Desarrollo Humano. Así lo da a conocer el último Informe de Desarrollo Humano, divulgado mundialmente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida que permite monitorear la evolución de los niveles de desarrollo humano de países y regiones en tres áreas: la posibilidad de vivir una vida larga y saludable, de acceder al conocimiento y de disfrutar de un nivel de vida decente.

El análisis estadístico obtenido a partir de la correlación de Pearson (0,252) así como el coeficiente de regresión muestran una correlación baja como descriptor asociado a las tasas de incidencia de cáncer de cérvix

Gráfico 6
Coefficiente de regresión entre el Índice de Desarrollo Humano
vrs las tasas de incidencia por cáncer de cérvix
Para los años 90-2003 en tasas ajustadas a 100,000.



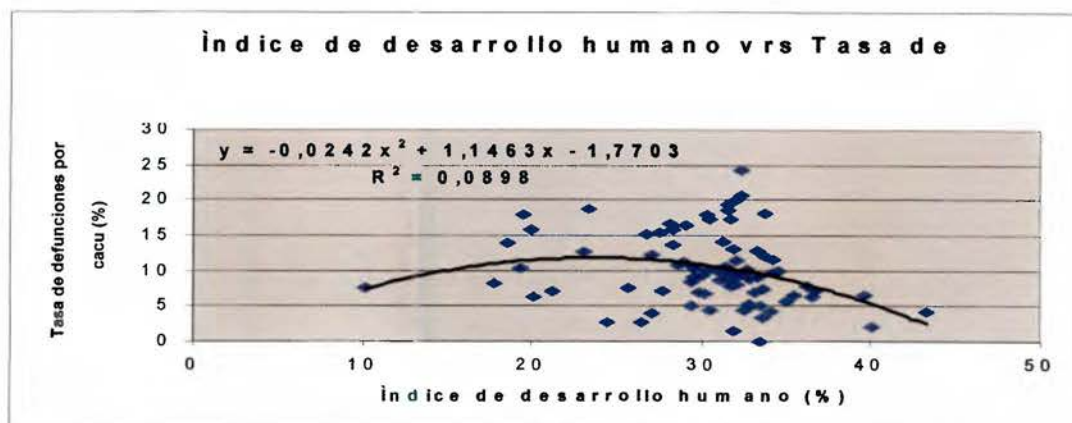
Fuente: Informe del *Estado de la Nación* (2004) Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores. 1990-2003. SPSS Observatorio del desarrollo humano. Universidad de Costa Rica 2005

En este gráfico se muestra el coeficiente de regresión entre el Índice de Desarrollo Humano y la incidencia, los datos son bastante bajos, aspecto que debe ser analizado cuidadosamente, dado que este índice está formado por referentes de las tasas de alfabetización y acceso a la educación.

Este resultado, por lo tanto, establece que si las tasas de alfabetización y acceso a la educación no son determinantes sobre la incidencia, pues el porcentaje es de solo un 0,08, lo que demuestra que este Índice guarda una muy baja correlación, en donde los niveles de alfabetización y educación, basados en estos datos, no serían los únicos factores determinantes para bajar las tasas de incidencia.

Contrario a lo que se habla, habría que evaluar el tipo de educación que se está recibiendo, y si esta formación educativa estaría colaborando o no en el aumento de prácticas de auto-cuidado en las mujeres. Y no solamente tomar los resultados finales como referentes.

Gráfico 7
Coefficiente de regresión entre el Índice de Desarrollo Humano
Vrs las tasas de defunciones por cáncer de cérvix
Para los años 90-2003 en tasas ajustadas a 100,000.



Fuente: Informe del estado de la Nación (2004) Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores. 1990-2003. SPSS Observatorio del desarrollo humano. Universidad de Costa Rica 2005

Del mismo modo, el coeficiente de determinación obtenido entre el Índice de Desarrollo Humano y las tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, mantiene una determinación muy baja (0,089). Si se parte de que este índice mide los niveles de alfabetización, ambos cantones tienen una tasa de alfabetización hasta séptimo año de secundaria.

Si el nivel de alfabetización fuera un elemento determinante sobre las tasas, estas deberían de estar más bajas. No obstante, de lo que se recopiló por medio de las entrevistas y del análisis realizado, se destaca la presencia de actitudes y prácticas que son mencionadas como causantes de las altas tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la región.

Si los programas de educación no toman en cuenta estas actitudes, prácticas y representaciones, que son mencionadas por los habitantes del cantón, posiblemente esto

explicaría la baja correlación que guarda este índice con las tasas de incidencia y mortalidad.

Las campañas de promoción y prevención, desde el ámbito educativo, o por medio de campañas de concientización, deben de tomar en cuenta la forma en que los y las habitantes visualizan la enfermedad. Esta posición podría favorecer el abordaje y efecto de las campañas, sobre todo si estas están dirigidas a las prácticas que pueden estar deteriorando la salud de la población, en materia de salud sexual y reproductiva.

Durante la entrevista con personal del cantón con baja incidencia, los (as) entrevistados (as) no encontraban razones claras de esta baja; sin embargo, cuándo se les preguntaba que por qué consideraban que las mujeres de su cantón se realizaban el *pap*, respondían de una manera natural, porque eso es “normal aquí”, “aquí las mujeres se hacen el *pap*, porque siempre se han cuidado” (Funcionario de salud-Tarrazú-2005).

En las entrevistas en el cantón de Tarrazú, se podía observar una toma de conciencia de que en ese lugar se había logrado un alto porcentaje de cobertura de los exámenes de *pap* en las mujeres de la región. Esta alta cobertura era producto tanto de las actitudes de los (as) funcionarios (as) de salud, que buscaban como cubrir el programa de gestión solicitada por la CCSS, como de las actitudes de las usuarias, ante su deseo de cuidarse y protegerse.

Para el cantón de Pococí, paralelamente a las actitudes de los (as) funcionarios (as) de salud, como de los (as) usuarios (as), se hace referencia de la población con una frase “*es que aquí son así*”; esta frase, que estuvo presente tanto en los (as) usuarios (as)

como en los (as) funcionarios (as), venía a describir que en esa región la gente tendía a tener varias parejas sexuales en su vida y no tenían la costumbre de realizarse el *pap* con frecuencia.

Se observaba que el (a) funcionario (a) entrevistado (a) tendía a relacionar esta conducta, como una causa directa con las altas tasas de incidencia y mortalidad en la zona.

Si las representaciones son determinadas por las normas y los valores, por la historia del grupo y su memoria colectiva, por sus matrices culturales de interpretación, también lo son por el conjunto de conductas, pasadas o actuales de los actores sociales, porque *“la acción es un atributo necesario del sujeto cognoscente, es decir un instrumento concreto para hacer y una dimensión que participa constantemente en la elaboración de las cogniciones”* (Amerio, 1991:111 cf. Abric, 2001:213)

Para el caso del cantón de Pococí, en el análisis de los datos demográficos, se observó la presencia de una mayoría masculina en la población, en edades entre los 17 y los 25 años, aspecto relevante de tomar en cuenta y que fue destacado como un objeto de interés y de estudio, dado el impacto que podrían tener, sobre la salud pública de la región, la responsabilidad que presenten o no sobre sus prácticas sexuales.

En entrevista a funcionarios (as) se destaca como programa el uso del condón como prevención del VIH/SIDA, sin embargo no se hace mención del uso de este producto como prevención en la transmisión del *vph*. Este aspecto determina, entre otros, la

posible vulnerabilidad a la que podrían estar expuestas las mujeres con respecto a este virus.

4.1.3 Índice de Desarrollo Social.

El Índice de Desarrollo Social se construyó para el año de 1999, donde la conceptualización de desarrollo social, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), refiere lo social al conjunto de políticas que procuran crear las condiciones para lograr la integración social de todos los sectores de la población.

(CEPAL, 1988, p.23)

Si lo social tiene que ver con el bienestar humano, entonces el desarrollo social busca la elevación del nivel de vida y el mejoramiento del acceso de la población a los bienes y servicios disponibles. Cuando lo social se identifica con los sectores sociales, el desarrollo social consiste en mejorar la calidad y cobertura de los servicios sociales básicos, como educación, salud y vivienda.

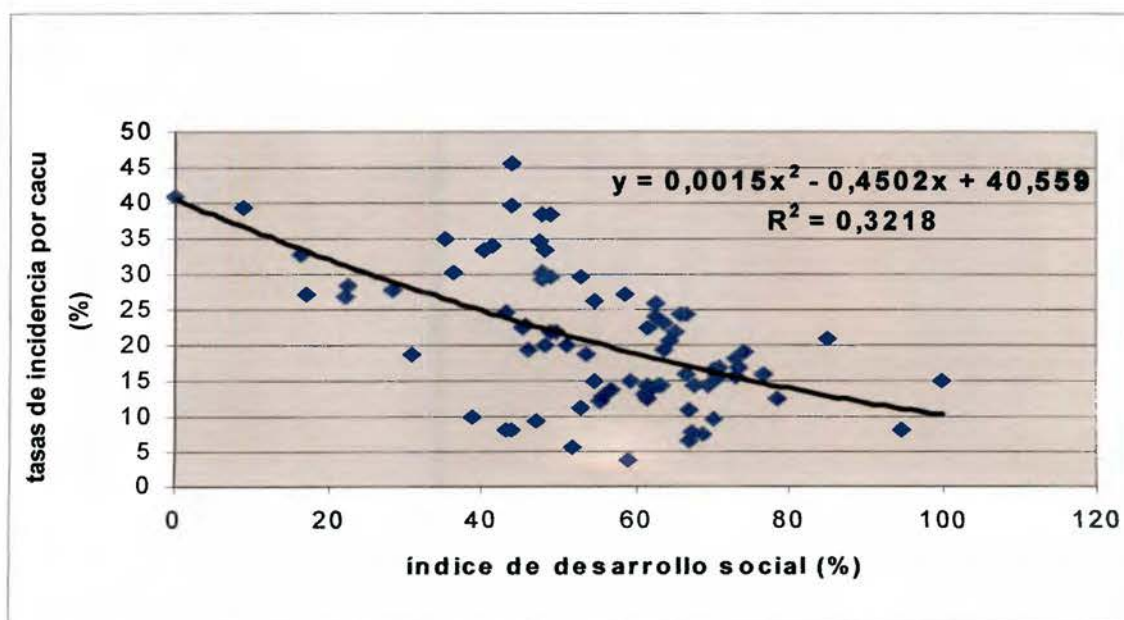
Procura una reducción de las desigualdades entre los diferentes grupos sociales y se abocará al mejoramiento del nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población seleccionada como prioritaria. (APSAL, ISUC 1984, p.14-19)

El estudio que avaló el índice en referencia definió el desarrollo social como el proceso mediante el cual se procura alcanzar una sociedad más igualitaria, que garantice una reducción significativa entre la brecha que existe en los niveles de bienestar que presentan los diversos grupos sociales, para lograr una integración de toda la población a la vida económica, social, política y cultural del país.”(MIDEPLAN, 2001, p.6)

A partir de esta definición vale la pena destacar entonces que, el desarrollo social visto desde esta perspectiva implica que la población tenga derecho a acceder y disfrutar de tres patrimonios básicos: “el patrimonio biológico” representado por la oportuna disponibilidad de servicios de salud, “el patrimonio educativo-cultural”, reflejado en el acceso y aprovechamiento de la educación y la capacitación y el “patrimonio económico”, en su doble vertiente de percepción de ingresos y de participación en los activos económicos.

Para el análisis de determinación, a partir del coeficiente de regresión, los datos de este Índice son al igual que los otros índices, muy bajos y poco determinantes en relación con las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Gráfico 8
Coefficiente de regresión entre el Índice de Desarrollo Social versus las tasas incidencia por cáncer de cérvix.
Para los años 90-2003. Tasas ajustadas a 100,000



Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística. Registro Nacional de Tumores. 1990-2003. MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo. 2001: 8 Ministerio de Salud. SPSS

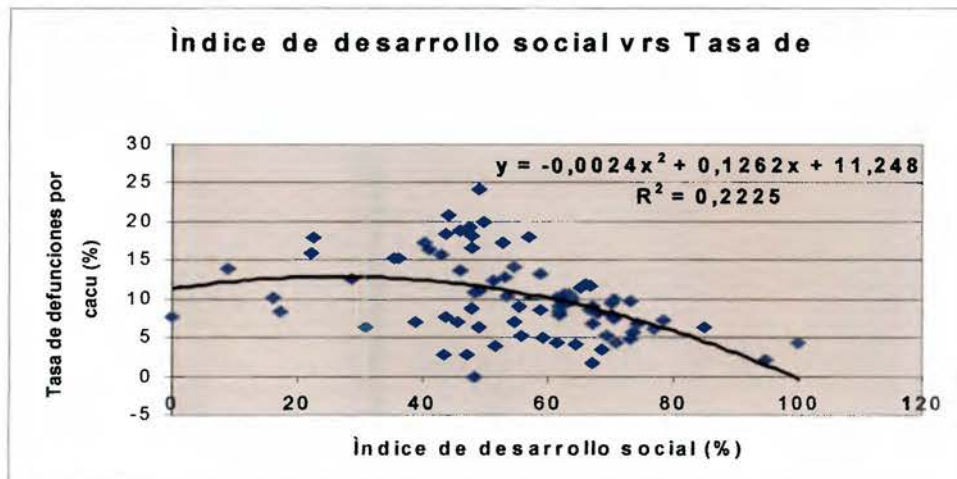
Con el coeficiente de determinación del 32% se resalta la necesidad de tener claro que no sólo por tener los servicios, o los niveles de educación o buenos ingresos económicos, va a ser suficiente para garantizar que disminuyan las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

Este es el segundo Índice, luego del Índice de Rezago Social, que más alto correlaciona. Utilizar los aspectos que evalúa y considera este índice, así como tomarlos en cuenta en las campañas de promoción y prevención, puede ser una estrategia importante que logre disminuir las tasas de incidencia y mortalidad.

Se sabe que, a pesar de tener un nivel educativo elevado en la población, si no se incluye en esa educación un enfoque de género, así como historia del cantón asociada a estigmas que surgen en el lenguaje cotidiano de sus habitantes, se podría concluir que sería muy difícil poder controlar o disminuir las tasas por mortalidad en *cacu*.

Para el coeficiente de regresión, con respecto a las tasas de defunción, el porcentaje es aún más bajo en su determinación sobre las tasas de defunción.

Gráfico 9
Coefficiente de regresión entre el Índice de Desarrollo Social versus las tasas de defunciones por cáncer de cérvix. Para los años 90-2003. Tasas ajustadas a 100,000



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística, Registro Nacional de Tumores, 1990-2003. MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo, 2001: 8 Ministerio de Salud, SPSS

Se puede observar en este gráfico una determinación de 0,22 sobre las tasas de defunciones por parte del índice de desarrollo social. Estos datos pueden justificar la necesidad de evaluar las campañas que se hayan venido realizando en la población, con respecto al impacto en la promoción y prevención hacia el *vph*.

En dichas campañas, el énfasis debería de estar dirigido hacia una toma de conciencia de las actitudes con respecto de las prácticas sexuales; así como a evaluar aquellos temores y estereotipos que pudieran tener las usuarias ante el *pap*. Paralelamente a esto es importante destacar la urgencia de incluir al hombre como corresponsable en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

No existe una supuesta diferencia biológica para determinar comportamientos sociales distintos, sino prescripciones culturales diferenciadas por sexo que instituyen prácticas desiguales. (Flores, 2001, p.39)

4.1.4 Dimensión demográfico-sanitaria.

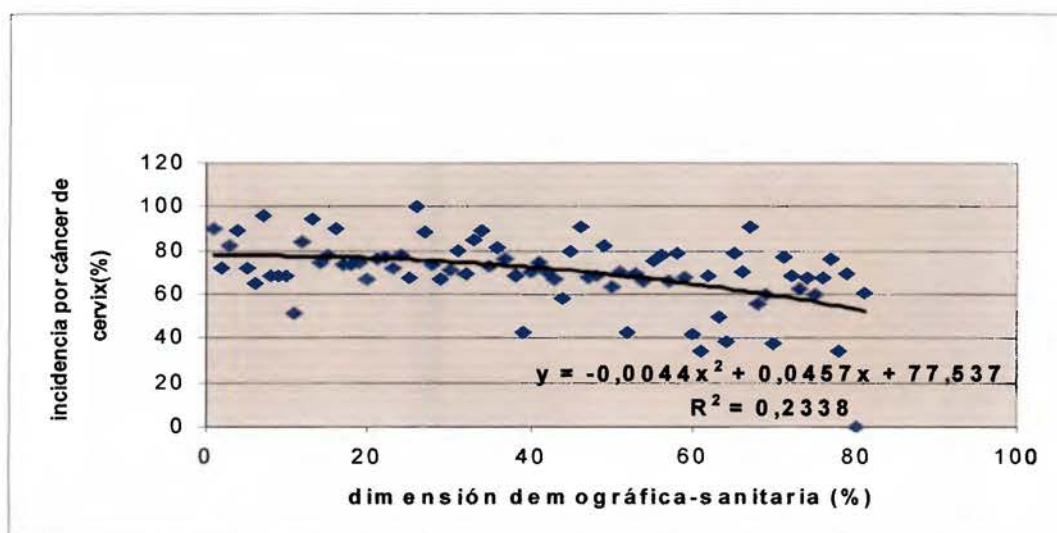
La dimensión demográfico-sanitaria forma parte del Índice de Desarrollo Social, solo que se consideró que esta era una variable importante de correlacionar de manera independiente y de analizar estadísticamente dado que se puede conocer la cantidad de los servicios de diagnóstico con que cuenta el cantón. La variable de tener o no certeza sobre la forma y acceso tecnológico para recoger las muestras del *pap* era un factor determinante en los porcentajes de cada cantón. Según referencias (entrevista Directores de Centros de Salud – Pococí y Tarrazú – 2005) este ha sido un esfuerzo prioritario de Salud y se ha logrado mejorar el protocolo de diagnóstico y método de recolección en todo el país.

Los factores demográfico-sanitarios muestran que en cada cantón se ofrecen servicios adecuados y coherentes entre el diagnóstico y la mortalidad, es decir que se realizan los *pap* y este será recolectado con experticia.

Esta dimensión estuvo evaluada y conformada por seis indicadores, donde destaca el uso de los servicios, distancia de los usuarios (as) a estos servicios, niveles de alfabetización de los (as) usuarios, así como niveles de nutrición de los niños menores de seis años.

Al utilizar los datos de esta dimensión se esperaba que el coeficiente de determinación fuera mayor que el obtenido con los otros índices, puesto que evaluaba el acceso a los servicios, es decir a mayor acceso menores tasas de incidencia y/o mortalidad; no obstante el coeficiente de regresión entre esta dimensión y la incidencia fue del 0,2338. Este porcentaje es bastante bajo para los indicadores que está evaluando esta dimensión.

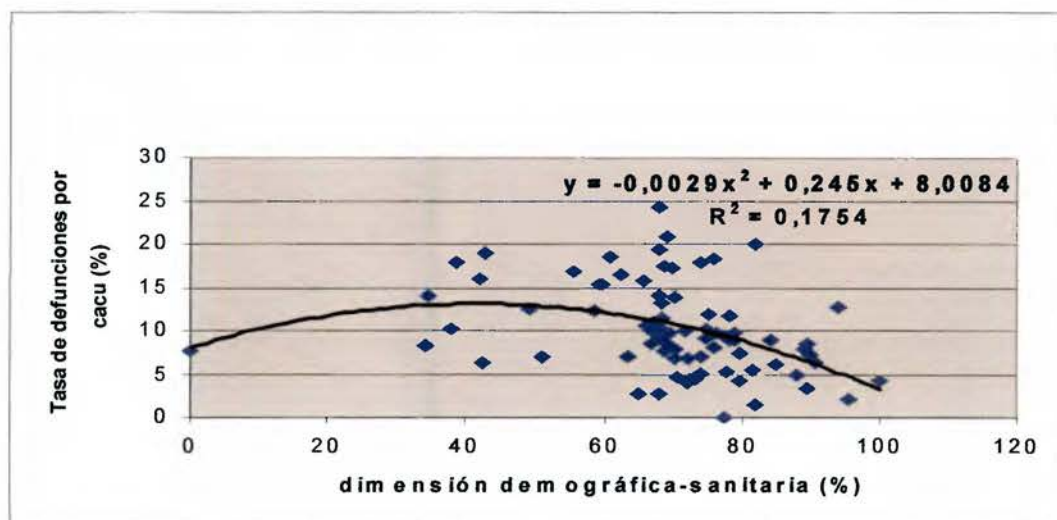
Gráfico 10
Coefficiente de regresión entre la dimensión
demográfico-sanitaria vrs las tasas de incidencia por
cáncer de cérvix. Para los años 90-2003.
Tasas ajustadas a 100,000



Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística .Registro Nacional de Tumores. 1990-2003.MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo. 2001: 8 Ministerio de Salud. SPSS

A partir de estos datos, así como por el coeficiente obtenido entre esta dimensión demográfico-sanitaria y las tasas de mortalidad (0,1754) que es bastante baja permitió dar sustento a ejecutar la parte de entrevistar a profundidad aquellos cantones que presentaban contraste entre sus tasas de incidencia y mortalidad con relación a sus Índices de Desarrollo.

Gráfico 11
Coefficiente de regresión entre la dimensión
demográfico-sanitaria vrs las tasas de defunciones por
cáncer de cérvix. Para los años 90-2003
Tasas ajustadas a 100,000



Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Estadística .Registro Nacional de Tumores. 1990-2003.MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo. 2001: 8 Ministerio de Salud. SPSS

Estos datos determinan como factor importante, la urgencia de generar en los promotores de políticas de salud pública una toma de conciencia acerca del papel no tan determinante de un nivel de alfabetización, sino de la forma y claridad en el que se presenten los factores de género en estas campañas, así como en la educación de la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, donde tanto la mujer como el hombre deben ser formados y motivados a participar.

Estadísticamente, dado que se trata de variables cuantitativas continuas, se tomó la decisión de aplicar un análisis de correlación, específicamente, el coeficiente de regresión R^2 , como una forma de evaluar la determinación que podría tener cada índice sobre las tasas de incidencia y de mortalidad del cáncer de cérvix.

El segundo paso consistió en un análisis más riguroso. Se observó con cuidado el contraste que mostraban algunos cantones con bajos Índices de Desarrollo Humano, Desarrollo Social y dimensión demográfica-sanitaria o un alto Índice de Rezago Social, contra la presencia de bajas tasas de incidencia y mortalidad, con respecto a cantones con las mismas características pero con altas tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*. Los resultados de esto se presentan en este capítulo.

En la tabla 11 de este apartado se presenta el promedio de los datos incidencia, mortalidad e índices de desarrollo, de todos los cantones del país; esto le permite a la o al lector obtener una visión global de las diferencias entre los índices y las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu* a nivel nacional.

Se resaltan **en negrita** aquellos cantones que muestran contradicción, entre el porcentaje obtenido en sus índices con respecto a las tasas de incidencia o mortalidad, esto como parte de la información que se utilizó en los análisis.

Tabla 6
Información por cantón de los Índices de Desarrollo Social, dimensión demográfico-sanitaria, Índice de Desarrollo Humano e Índice de Rezago Social; así como de las tasas de incidencia y mortalidad para cada cantón de Costa Rica. 1990-2003

Cantón	Incidencia Cervix	Rezago Social	Desarrollo Social	Demográfico Sanitario	IDH Índice de desarrollo humano	Tasa Defunciones
San Mateo	3,65	6,63	59	89,7	31,8	8,55
Puriscal	5,76	5,13	51,8	72,4	27,02	3,99
Alfaro Ruíz	6,67	3,75	67,1	82	31,9	1,58
Atenas	7,41	2,63	68,8	89,4	33,65	3,38
San Rafael	7,82	3,75	67,3	72,2	30,21	6,71
Tarrazú	8,21	5,88	43,3	64,9	24,46	2,78
Belén	8,27	1,63	94,9	95,6	40,08	2,05
Bagaces	8,28	7,13	43,9	68,9	25,64	7,67
Acosta	9,42	7,38	47,3	68,2	26,46	2,85
Santo	9,66	2,38	70,2	68,2	30,09	9,4

Domingo						
León Cortés	10,08	5,75	38,9	51,2	21,19	7,09
Grecia	10,8	4	67	84,3	33,22	8,98
Nandayure	11,14	7,75	53,1	94,2	33,24	12,82
Naranjo	12,28	5,25	55,4	74,9	29,57	9,14
Mora	12,42	4,63	61,7	78,2	31,39	9,03
San Isidro	12,57	2,75	78,5	90	36,76	7,24
Santa Ana	12,75	4,13	55,8	74	29,34	5,16
Poás	13,11	4,63	61,4	73,4	30,51	4,44
Hojancha	13,69	7	56,9	74,2	30,36	17,9
Paraíso	13,71	4,88	62	66,8	29,48	8,48
Heredia	14,4	2,13	67,8	75,9	32,05	8,08
Tilarán	14,44	5,88	63,2	77,5	32,2	9,4
Alajuela	14,46	4,5	61,5	71,7	30,43	10,09
Santa Bárbara	14,49	2,5	69,4	77,8	32,84	5,22
Barva	14,52	2,38	63,3	67,4	29,52	10,63
Flores	14,86	1,63	100	100	43,3	4,31
Jiménez	14,96	5,38	59,3	87,9	33,51	5
San Ramón	14,98	5,63	54,6	74,1	29,86	6,98
Moravia	15,23	2	70,5	66,9	30,93	9,9
Curridabat	15,51	3,5	73,3	70,9	32,64	4,7
Tibás	15,92	2	70,6	79,6	33,62	7,44
Cartago	15,93	3,88	66,7	69,2	31,14	8,56
Alvarado	16,07	4,88	76,8	84,9	36,53	6,24
Valverde						
Vega	16,54	5,25	70,3	89	36,22	7,89
Coronado	16,87	2	71	72,6	32,49	4,39
Palmares	16,96	2,75	73,4	81,8	34,98	5,62
Escazú	18,13	3,38	73,3	76,4	34,24	9,81
Turrialba	18,72	7,25	53,6	68,4	29,59	10,29
Coto Brus	18,83	8,13	30,9	42,6	20,09	6,41
San Pablo	19,12	1,75	74,3	70,2	33,07	6,88
Montes de Oro	19,22	5,38	63,9	74,7	32,64	10,24
Carrillo	19,23	5,88	46,1	70,5	28,34	13,79
Nicoya	19,95	7,5	48,4	67	28,57	10,78
Aserri	20,05	5,5	51,2	58,6	27,07	12,32
Orotina	20,59	5,25	64,6	79,9	34,07	4,23
Montes de Oca	20,99	1,63	85	90,5	39,62	6,45
Pérez Zeledón	21,84	6,5	48,9	67,4	28,93	11,12
Oreamuno	21,87	4,38	65,4	68,5	32,03	11,43
Cañas	21,99	6,5	49,9	81,9	32,06	19,97
San Carlos	22,42	7,5	45,5	63,4	27,76	7,1
El Guarco	22,43	4,38	61,8	70,3	31,78	7,87
Dota	22,73	5,25	45,9	42,7	23,32	18,85
San José	22,99	3,13	63,7	69,6	31,88	9,7
La Unión	23,93	4,13	62,7	66,2	31,39	10,59

Desamparados	24,26	3,25	66,1	75,4	33,8	12,02
Goigochea	24,29	2,13	66,7	78,3	34,28	11,68
Abangares	24,68	8	43,1	65,9	28,34	15,81
Esparza	25,93	5	62,8	78,9	34,53	9,87
Puntarenas	26,25	7	54,8	68,1	31,23	14,11
Buenos Aires	26,77	9	22,2	42,1	20,01	15,86
Upala	27,2	9,88	17,4	34,2	17,74	8,27
Alajuelita	27,2	5,13	58,7	68,6	31,93	13,17
Sarapiquí	27,91	9,38	28,5	49,3	23,02	12,62
Matina	28,31	8,13	22,6	38,6	19,53	17,96
Parrita	29,4	7,75	47,9	79,1	32,83	8,85
Santa Cruz	29,59	6,75	52,8	69,9	31,81	17,28
Turrubares	29,62	7,5	49,1	90,7	35,38	6,47
Limón	30,25	7,38	48	55,5	28,23	16,72
Siquirres	30,31	7,13	36,4	59,9	26,75	15,22
La Cruz	32,71	9,75	16,4	38,1	19,39	10,27
Garabito	33,43	8,13	48,3	77,4	33,45	0
Guatuso	33,58	9,38	40,5	69	30,49	17,35
Osa	34	8,25	41,3	62,3	29,17	16,45
Aguirre	34,82	7,25	47,5	68	31,51	19,34
Corredores	35,08	7,63	35,4	59,6	27,54	15,33
Liberia	38,48	6,25	48,9	67,9	32,31	24,28
Guácimo	38,52	6,5	47,8	75,9	33,74	18,21
Los Chiles	39,25	9,75	8,9	34,7	18,52	13,98
Golfito	39,59	9,25	44	69,1	32,39	20,8
Talamanca	40,94	10	0	0	10,19	7,7
Pococí	45,59	7,88	43,8	60,9	31,63	18,51

Fuentes: PNDU- IDH (1995-2002), MIDEPLAN (2001)-IDS y dimensión demográfica-sanitaria, IRS-Informe Estado de la Nación 2004, Registro Nacional de Tumores. 1990-2003

Si se observan los datos de los cantones resaltados en **negrita**, se puede destacar que el cantón de San Mateo, es un cantón que presenta la más baja incidencia, aspecto contradicho con la alta tasa de mortalidad, esta situación, según refieren los expertos es contradictoria y puede deberse a varios aspectos; entre ellos, la actitud de poca prevención y/o diagnóstico temprano en las usuarias, lo que hace que cuando se establece el diagnóstico, la persona está en fase final y/o se da la defunción. (Ortiz, Adolfo. Entrevista personal. Octubre del 2005).

Otro aspecto que explicaría los datos del ejemplo, es que probablemente las mujeres se realizan los pap, en otros centros de salud, utilizan otra dirección y no refieren que vienen de San Mateo y la prueba queda archivada como de otro cantón. Esta conducta es justificada por algunas usuarias, dado que manifiestan “no desear que las revise alguien que después las va a ver en la comunidad”, o les gusta más la atención en clínicas más grandes y con más médicos (as) como la de Orotina, que está cerca de San Mateo, o la de Esparza (Ortíz, Adolfo. Entrevista personal. Octubre de 2005)

Si se comparan los datos del cantón de Tarrazú con el cantón de Santo Domingo, este último muestra mayores niveles de desarrollo humano y social, pero sus tasas de mortalidad son mayores que las de Tarrazú. Destacan, para este último cantón, posibles prácticas de auto-cuidado o realización más frecuente del *pap*.

Otros dos cantones, que muestran altos niveles de desarrollo, pero que sus tasas de incidencia y mortalidad son contrastantes, son el cantón de Belén y el cantón de Montes de Oca, se esperaría que ambos tuvieran bajas tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*, no obstante en el cantón de Montes de Oca su incidencia es relativamente alta.

El cantón de Pococí es el que presenta las más altas de incidencia y mortalidad por *cacu* y junto con el cantón de Liberia presentan una alarmante tasa de defunciones. Algunos expertos coincidieron en que esto puede ser debido a la falta de diagnósticos tempranos de la enfermedad. (Herrero, Rolando. Entrevista personal. Julio de 2003)

Las diferencias en el Índice de Desarrollo Humano son las que hay que observar como una fuente de información. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida que permite monitorear la evolución de los niveles de desarrollo humano de países y

regiones en tres áreas: la posibilidad de vivir una vida larga y saludable, de acceder al conocimiento y de disfrutar de un nivel de vida decente.

Este último aspecto, que se utiliza como medida del desarrollo humano, disfrutar de un nivel de vida decente, fue analizado con mayor profundidad en las entrevistas a usuarios (as) de ambos cantones, resaltando entre los resultados, las diferencias fundamentales en las actitudes hacia su propio cuerpo y bienestar, así como en relación con sus prácticas sexuales, en las usuarias de Tarrazú con respecto a las de Pococí.

Flores (2001) cuando refiere al sexo como objeto de representación social, menciona que la diferencia de géneros no es la que produce la diferencia de roles sexuales, sino más bien, las diferencias socialmente instituidas las que se articulan en el marco de un sistema que se denomina género. Menciona que los roles sexuales no se consideran una cualidad intrínseca o innata del sujeto, sino que estos se definen como proceso y no como algo que existe en las personas.

La descripción previa de los índices sirve de referencia para poder tener con mayor claridad lo que se evalúa en las poblaciones con cada uno de estos.

4.2 Marco Contextual.

Con base en la baja determinación de los Índices sobre las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*, y sobre todo al observar contraste entre las tasas, se procede a elegir a dos cantones que tengan semejanza en sus Índices pero un gran contraste en sus tasas de incidencia y mortalidad.

Después de analizar todos los cantones que contaban con estas características, el cantón de Tarrazú (con baja incidencia y mortalidad) y al cantón de Pococí (con alta incidencia y mortalidad) pero ambos con semejanza en sus Índices fueron los elegidos.

Tabla7
Cantones elegidos

Cantón	Incidencia Cervix	Rezago Social	Desarrollo Social	Demográfico Sanitario	IDH Índice de desarrollo humano	Tasa Defunciones
Tarrazú	8,21	5,88	43,3	64,9	24,46	2,78
Pococí	45,59	7,88	43,8	60,9	31,63	18,51

Elaboración propia. 2010

Marco Socio-demográfico comparativo entre cada cantón.

La información socio-demográfica busca presentar una visión histórico-política que permita conocer la condición de cada cantón. Esta información se presenta enriquecida y justificada con parte de los discursos de las personas entrevistadas. El interés de presentar esta información forma parte de los análisis cuantitativos y cualitativos que conforman el constructo de la *RS* del *vph*.

De esta manera, se pudo enfocar los procesos de objetivización en el análisis de la *RS*. Al objetivizar se procede a una selección de la información, en función de los aspectos normativos que rigen el modelo de pensamiento del grupo (Flores, 2001, p.12) que,

junto con los análisis semántico y sintáctico de las entrevistas en profundidad ejecutadas, forman todo el proceso de objetivización y anclaje de la RS del *vph*.

4.2.1 Cantón de Pococí.

4.2.1.1 Antecedentes históricos del cantón de Pococí.

En la época precolombina, el territorio que actualmente corresponde al cantón de Pococí, conformó casi la totalidad de la provincia de Suerre, habitada por indígenas del llamado grupo de los Huetares. En los inicios de la Conquista fueron dominios de los caciques Camaquiri y Cocorí y comprendían las llanuras de Tortuguero y de Santa Clara, al noroeste de la provincia de Pococí.

En 1879, en la segunda administración de don Tomás Guardia Gutiérrez, se firmó un convenio con don Minor Cooper Keith para extender la línea férrea hasta la margen este del río Sucio; sitio que por ley No. 33 del 6 de julio de 1883, se denominó Carrillo. La línea trazada era parte de la ruta propuesta del ferrocarril al Caribe.

Esta vía posteriormente se conoció como Línea Vieja. La apertura del camino a Carrillo, en 1882 y el hecho de que el Gobierno de la República, para ese tiempo, había dispuesto vender tierras de la región, motivó a que muchas personas del Valle Central llegaran a colonizar la zona.

Algunas fincas se ubicaron próximas a la vía, entre ellas una hacienda llamada “El Salvador”, donde tiempo después se originó la población de la actual ciudad Guápiles. La región prosperó por sus actividades agropecuarias y comerciales; pero este progreso

se vio afectado cuando se inauguró el ferrocarril al Caribe, que unió San José con el puerto de Limón.

A finales del siglo XIX, Don Minor Cooper Keith comenzó a sembrar las primeras matas de banano, producto que luego se cultivó a gran escala por la United Fruit Company. Esta empresa fue establecida en 1899 por el señor Keith en asocio a capital extranjero; con lo cual renació el antiguo esplendor que disfrutó la región. Posteriormente la Northern Railway, subsidiaria de la mencionada empresa, construyó una línea férrea de Puerto Limón a Guápiles, pasando por Zent; así como varios ramales para desarrollar las actividades del enclave bananero.

Este dato histórico del enclave bananero, con la consecuente formación de las prácticas sexuales en la zona, es referido constantemente en el discurso de los (as) entrevistados (as):

La promiscuidad, la promiscuidad ahí si es evidente eh digamos hay una característica muy particular, yo creo que es de toda la región Atlántica, pero es muy manifiesta aquí, es de...es un problema cultural en donde las parejas conviven, bueno hay convivencia en las parejas, hay muy pocos matrimonios y entonces eso genera que las parejas se disuelvan y se vuelven a formar, se disuelven y se vuelven a formar y después es muy frecuente que las mujeres hayan tenido tres o cuatro compañeros y entonces así la familia de hijos de dos o tres o cuatro padres, eh eso es un caos social, pero es muy específico de acá, yo diría que sí. (Entrevista a funcionario de salud- Pococi, noviembre del 2005)

En este discurso se puede destacar la posición de considerar la práctica sexual de convivencia en las parejas asociada a la promiscuidad, a su vez se posiciona un estigma que parte del supuesto de que si la pareja está en situación de matrimonio no habrá promiscuidad ni se afecta la salud sexual.

Además de destacar que esta práctica sexual de vivir en unión libre es “*propio de toda la región*”, un énfasis hacia la determinación de observar esto como parte “natural” e histórica de esta región. (Funcionario de salud, Pococí, noviembre del 2005)

En la década de los años treinta del presente siglo, la United Fruit Company, abandonó sus fincas en la vertiente del Caribe, como consecuencia del abuso en la explotación del suelo, que terminó agotándolo y debido a las enfermedades en las plantas, como el llamado “Mal de Panamá”, el Moko y la Sigatoka. La compañía trasladó sus intereses al Pacífico sureste del país, situación que obligó a una transformación de la estructura productiva de la región con la siembra del cacao.

A inicios de los años sesenta, se retornó al cultivo del banano, con variedades resistentes a las enfermedades que anteriormente habían atacado y destruido ese producto agrícola, lo que motivó a varias empresas a dedicarse a la siembra del banano, con lo cual, junto con la explotación de otros productos agropecuarios, resurgió el progreso del cantón.

En el momento en que se está realizando esta investigación, la región está presentando una situación laboral muy vulnerable, es decir, desde el referente de las entrevistas, los entrevistados (as) mencionan que las compañías de la región contratan por períodos

cortos a los empleados para luego despedirlos, lo que genera mayor movilización migratoria a otras zonas de la región, en busca de nuevas fuentes de trabajo, este referente también está manifiesto en el discurso:

Hay familias que tienen relativamente poca estabilidad en la misma localidad, sabemos que nuestra gente emigra... hay gente que se queda en la región, porque hay gente que si sabe el oficio de banano como es la fuente principal de empleo, normalmente lo que buscan es mayor estabilidad posible, pero las fincas bananeras al no tener cierta estabilidad, entonces cierran fincas, abren nuevas.

Otra cosa es que ha habido como una política de las empresas extranjeras y nacionales de contratar a la gente pero por poco tiempo siendo para subempleos o evitar la continuidad del trabajador y entonces a los tres meses pum lo cortan y en cualquier otro lado deben buscar trabajo, ya sabe que en cualquier otro lado puede encontrar trabajo. (Funcionario de salud-Pococí, noviembre del 2005)

Esto evidencia la poca estabilidad y los efectos que esto conlleva para la salud pública y sexual de la comunidad.

En 1908 se inauguró la escuela, en la primera administración de don Cleto González Víquez. Esta escuela luego se llamó Matías León, y actualmente se denomina Escuela Mixta Central de Guápiles. El Colegio Técnico Profesional Agropecuario Pococí, inició sus actividades docentes en 1969 durante el gobierno de José Joaquín Trejos Fernández.

En la primera administración de don Ricardo Jiménez Oreamuno, el 19 de setiembre de 1911, en ley No. 12, se le otorgó el título de Villa a la población de Guápiles, cabecera del cantón creado en esa oportunidad. Posteriormente, el 31 de julio de 1966, en el gobierno de don José Joaquín Trejos Fernández se decretó la ley No. 3714 que le confirió a la villa la categoría de ciudad.

El 13 de octubre de 1911 se llevó a cabo la primera sesión del Concejo de Pococí, integrado por los regidores propietarios, señores Juan Montero, Luis Espinach, José Quirós Fonseca, José Francisco Martí. El Jefe Político fue don Viriato Espinach Navarro.

4.2.1.2 Geografía del cantón de Pococí.

Posición geográfica.

Las coordenadas geográficas medias del cantón de Pococí están dadas por 10°30'10" latitud norte y 83° 38' 51" longitud oeste. La anchura máxima es de noventa y siete kilómetros, en dirección noreste a suroeste, desde unos 3.600 metros al oeste de punta Castilla, en la desembocadura del río San Juan, frontera con la República de Nicaragua, litoral Caribe, hasta la intersección de la línea imaginaria límite con la provincia de Cartago, en uno los afluentes del río Elia.

Altitudes

Las elevaciones, en metros sobre el nivel medio del mar, del centro urbano de los distritos del cantón, son las siguientes: Ciudad de Guápiles 262, Villa Jiménez 223, Villa Rita 111, Villa Roxana 106, Villa Cariari 60 y Villa Barra del Colorado 5.

Hidrografía.

El sistema fluvial del cantón de Pococí corresponde a las subvertientes Caribe y Norte, de la vertiente del Caribe.

A la primera pertenecen las cuencas de los ríos Tortuguero y Reventazón Parismina. La cuenca del río Tortuguero es drenada por el río del mismo nombre, el cual se origina en el río Toro Amarillo, al que se le unen los ríos Guápiles y Agua Fría; lo mismo que por los ríos Suerte, Penitencia, Desenredito, Desenredo, Colorado y Sierpe, este último nace con el nombre de Esperanza, así como por los caños Moreno, Bravo, Suerte, Chiquero, La Palma y California. Estos cursos de agua nacen en el cantón; presentan un rumbo de noroeste a sureste, de suroeste a noreste hasta confluir en el canal y éste en el mar Caribe.

La situación climática e hidrográfica de la región la constituye en una población con constantes desbordamientos de los ríos o derrumbes, lo que hace que la región experimente situaciones de riesgo y alarma, lo que constituye una vulnerabilidad en la comunidad y de una gran dificultad, tanto para el acceso a los servicios de salud como en la labor de los ATAP, para lograr cubrir las necesidades de estos.

4.2.2 Cantón de Tarrazú.

4.2.2.1 Antecedentes Históricos del cantón de Tarrazú.

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Tarrazú estuvo habitado por indígenas del llamado reino Huetar de Oriente, que fue dominio del cacique Guarco, quien murió antes o a principio de la conquista y entonces el cacicazgo su hijo Correque.

El primer nombre oficial que se le dio a San Marcos fue Hato de Dota, como lo llamó la Municipalidad de San José, en 1825, en un informe al Estado sobre los hatos de la provincia.

El nombre del cantón es una palabra de origen indígena, que según el desaparecido historiador Norberto de Castro y Tosi, basándose en un descubrimiento realizado por don Carlos Mora Barrantes, es una evolución de la forma primitiva Atarrazú, cuya traducción semántica más satisfactoria es Pedregal de la Boca del Monte.

Desde la fundación de este cantón ha habido una presencia importante de la iglesia en su constitución, con la mutua colaboración de sus pobladores, tanto en el levantamiento de las escuelas, que destaca que desde 1888. Y desde entonces ya había preocupación por instalarla y desarrollar la educación mixta en la región. Este dato histórico constituye un factor importante que viene a consolidar el modo de ser de los pobladores de este cantón, así como sus valores y actitudes que muestran un deseo de auto-gestión y búsqueda de promoción de su comunidad, entre otros aspectos.

4.2.2 Geografía del cantón.

Posición Geográfica.

La anchura máxima es de veintiséis kilómetros en dirección de norte a sur, desde aproximadamente un kilómetro al este del poblado de Cedral, del cantón de León Cortés Castro, hasta la confluencia del río Naranjo con la quebrada Salitrillo.

Altitudes.

Las elevaciones, en metros sobre el nivel medio del mar, del centro urbano de los distritos del cantón son las siguientes:

Hidrografía

El sistema fluvial del cantón de Tarrazú corresponde a la vertiente del Pacífico, el cual pertenece a las cuencas de los ríos Pirrís, Naranjo y Damas.

Este es un cantón con mucha riqueza agrícola, se ha convertido en un centro de exportación de café de alta calidad, con prestigio de exportación. Tarrazú junto con los cantones de Santa María de Dota y San Pablo de León Cortés, presentan un grupo comunitario fuerte económicamente y, sobre todo en lo que respecta a la organización comunitaria y al trabajo de sus residentes.

Dentro de sus referentes históricos se establece la creación de COOPESANTOS, que funge como una empresa de servicios en la distribución del agua y producción de energía eléctrica para la región desde hace más de veinticinco años.

4.3 Indicadores demográficos de cada cantón

Para la presentación de los datos demográficos se destacan aquellos que mostraban diferencias por sexo. Los indicadores elegidos fueron los de población, educación, salud y laborales y sociales.

En los indicadores de población se presenta la cantidad de hombres versus cantidad de mujeres, densidad de población, condición civil, entre otros.

Para los indicadores de educación se hace un especial énfasis al nivel de analfabetismo por sexo, a nivel de secundaria y universidad.

Para los indicadores de salud, interesó mostrar la presencia de la seguridad social.

En los indicadores laborales y sociales, se presentan las tasas de desempleo, tasa de participación por sexo y condición familiar. En el nivel de jefaturas por sexo se agrega por último, el porcentaje de migración de la región pues fue un dato mencionado en las entrevistas.

Se presentan extractos de las entrevistas como una forma de comparar los discursos con los datos demográficos. Para las entrevistas se mantiene el formato de utilizar una **E** para el o la entrevistador (a), y una **F**, para denominar al funcionario (a) de salud, y una **U** para denominar al usuario (a) entrevistado.

4.3.1 Indicadores demográficos del cantón de Pococí.

Indicadores de población.

Tabla 8
Indicadores Demográficos del cantón
Indicadores de Población.

Población Total	Población Masculina	Población Femenina
103121	53440	49681

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

Con este indicador se muestra la presencia mayoritaria de hombres en la población; este factor de género debe ser considerado en la promoción y prevención a nivel de la salud sexual y reproductiva de la región, así como la sensibilización hacia la responsabilidad que tienen los hombres sobre su participación en la mejoría de las condiciones de salud de la región.

Tabla 9
Indicadores Demográficos
Densidad de población y relación de dependencia demográfica
Cantón de Pococí

Área en Km2	Densidad de Población	Relación de Dependencia Demográfica
2403,5	42	66,8

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

Este dato implica que la relación de dependencia demográfica es mayor en esta región, lo que minimiza los ingresos por familia y las pone en una situación de desventaja y vulnerabilidad, tanto a nivel de salud como en el acceso a mejoras en su condición económica y calidad de vida.

La densidad de población es proporcional a la establecida a nivel nacional²³, se deben de observar los índices de dependencia económica, dado que estos son superiores al promedio nacional; se trata de aspectos que se analizan como la presencia de más personas dependientes por cada individuo que recibe ingresos; por lo tanto, los recursos económicos son compartidos por un mayor número de personas dependientes de este ingreso.

Tabla 10
Condición Civil
Cantón de Pococí

	Unido(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Soltero(a)	Total
Masculino	8343	12137	1001	494	430	15519	37924
Femenino	8282	12108	1645	714	1061	11315	35125
Total	16625	24245	2646	1208	1491	26834	73049

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

²³ Definición de esta categoría: Relación de Dependencia Demográfica: Razón de las personas que por su edad se consideran dependientes (menores de 15 años y mayores de 64) con respecto a las que se consideran económicamente productivas (15-64 años). El valor Nacional: 60,1 dependientes por cada 100 personas en edad económicamente activa. La fórmula para esta categoría fue la siguiente:

$$\frac{\text{Población de } \geq 14 \text{ años} + \text{población de } 65 \text{ y más}}{\text{Población entre 15 y 64 años}} \times 100$$

Como se hizo mención en la tabla de población, hay una presencia mayoritaria de hombres. Se destaca esta diferencia en la condición civil de solteros. Este dato guarda relación con las condiciones laborales a que hicieran referencia algunos de los funcionarios de salud, donde se menciona la condición crítica que se estaba suscitando, pues las empresas contrataban por períodos cortos a la gente, sin ofrecer garantías ni estabilidad económica para la zona.

En este cantón la mayor opción es el trabajo agrícola y se ha caracterizado por la migración de otras zonas del país de trabajadores que buscan encontrar empleo y seguridad económica en las plantaciones de banano y piña de la zona.

Estos datos vienen a justificar la urgencia de abordar a los hombres de esta región como un elemento importante, en la prevención y promoción de la salud sexual de la región.

Un aspecto relevante en el discurso de lo (as) entrevistados (as) es la referencia a las uniones consensuales. La unión consensual se define como aquella en la que la pareja comparte la vivienda sin estar formalmente casado, mientras que un matrimonio formal es una unión basada en documentos legales o religiosos (Goldam, 1981 citado en Glaser, K, 2000, p.68)

Costa Rica tiene altos porcentajes de uniones consensuales en Guanacaste, Puntarenas y Limón, aproximadamente de 30 a 40 % de las mujeres viven en unión en estas zonas costeras, mientras que en Alajuela, San José, Heredia y Cartago oscila entre el 10 y el 14%. (Glaser, K, 2000, p.68).

Aunque se ha hecho investigación sobre el tema de las diferencias en las características de los hombres y mujeres en las uniones consensuales y legales (Allman, 1985; Berquó y Loyola, 1984; Greene y Vijayendra, 1992; Lira, 1981; Michielutte y otros 1973; Ojeda, 1986; Quilodran, 1982; Quilondran, 1989; Yaukey y Thorsen, 1972 citados por Glaser, 2000) existe poco estudio en relación con el impacto del tipo de unión sobre la solidaridad entre padres e hijos o sus efectos en las obligaciones percibidas con otros miembros de la familia, asimismo son pocos los estudios que analizan estas uniones y la condición de salud sexual de las comunidades, aunque sea un referente constante en el discurso de los (as) entrevistados (as).

Lo que implica que en la región, tanto los funcionarios de salud como los usuarios (as) justifican y estigmatizan que las altas tasas de incidencia y mortalidad se deben a estas uniones consensuales.

De acuerdo con la información obtenida de esta población, se analiza que es de mayor riesgo la población soltera de hombres y mujeres en edad reproductiva, la cual debe de ser considerada y abordada como un factor de vulnerabilidad en la región.

Indicadores de Educación.

Tabla 11
Indicadores de Educación
Cantón de Pococí

Tasa de Analfabetismo en Población de 10 años y Más	Tasa de Analfabetismo en Hombres de 10 años y Más	Tasa de Analfabetismo en Mujeres de 10 años y Más	Porcentaje de la pobl. con al menos un año de Secundaria	Porcentaje de hombres con al menos un año de Secundaria	Porcentaje de mujeres con al menos un año de Secundaria
7,3	7,8	6,7	29,3	27,9	30,8

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

La información que proporcionan los indicadores de educación muestra una población con un buen nivel de alfabetización, lo que puede sugerir que estamos ante una población con niveles de reflexión y conocimiento importantes. Se destaca un mayor porcentaje de mujeres con al menos un año de secundaria, este aspecto puede ser la base para poder incursionar con programas de prevención y promoción a nivel escolar con enfoque de género.

En el discurso de los entrevistados se destacan aspectos de género adscritos a la percepción de las prácticas sexuales, junto con el abordaje de estigmas y estereotipos sobre las prácticas sexuales según el género son la base de un adecuado abordaje:

Si yo pienso que sí, porque al menos como siempre se debe dejar, el hombre es el que mejor se satisface porque a veces la mujer tiene algunos problemas psicológicos y los hombres casi ellos siempre están bien y siempre están para todo. (Usuaría-Cariari-Pococí, noviembre del 2005)

En este discurso se vuelve a hacer referencia a prácticas sexuales de acuerdo con el género, en este caso el de los hombres, donde destaca el prototipo de virilidad, los emblemas de la masculinidad, como parte de su bienestar, con el consiguiente riesgo que podría implicar para la salud de las mujeres.

En el discurso de otro usuario, donde se destacan las diferencias en las prácticas sexuales de acuerdo con el género, es importante observar su planteamiento.

- E: ¿usted cree entonces que los hombres y las mujeres viven diferente su vida sexual?
- U: sí

- E: sí, ¿Por qué?
- U: *¿Diferente por qué?*
- E: ajá, ¿qué hacen los hombres que las mujeres no hacen o qué hacen las mujeres que los hombres no hacen? con la vida sexual...
- U: *las mujeres que son más frías que los hombres.*
- E: ¿más frías?, ¿usted cree que los hombres son más calientes?
- U: *sí*
- E: ¿eso es lo que has visto?... ¿cómo que el hombre busca más que la mujer?
- U: *si (usuario-Cariari-Pococí, noviembre del 2005)*

Se observa la presencia de una percepción “naturalizada” y estigmatizada, de una conducta de mayor actividad sexual por parte de los hombres que de las mujeres, situación que debe ser considerada dentro de las propuestas de abordaje de la salud sexual de la zona, de las cuales se espera que destaquen un enfoque de género, consideren informar a los hombres de su papel de portadores del *vph*, y busquen estimular una mayor toma de conciencia, con la consiguiente responsabilidad, participación y apoyo en el mejoramiento de la salud sexual de la región.

Este cantón presenta una tasa de analfabetismo, en general, menor que la del cantón de Tarrazú, lo que nos demuestra que se podrían establecer políticas de promoción y prevención, dadas las condiciones educativas; asimismo establece que esta variable, para el caso del cantón de Pococí y tomando en cuenta que en el discurso de las políticas públicas en salud, se sabe que los niveles educativos ayudan a mejorar las tasas de incidencia. Se deben utilizar estos niveles de alfabetización para evidenciar las prácticas sexuales de acuerdo con el género.

El hecho de que un porcentaje significativo de la población logre ingresar a la secundaria, no necesariamente está asociado a la toma de conciencia de los factores de género, poder y vulnerabilidad encontrados en las forma en que se perciben las relaciones entre los hombres y mujeres en el campo de la salud sexual y reproductiva. En el siguiente estrato de la entrevista con un usuario, se destacan los factores antes expuestos:

E: ¿Usted cree que hombre y mujer viven una vida sexual similar o que hay ciertos estereotipos y ciertas diferencias entre uno y otro?

U: Si yo pienso que si, porque al menos como siempre se debe dejar... el hombre es el que mejor se satisface porque a veces la mujer tiene algunos problemas psicológicos y los hombres casi ellos siempre están bien y siempre están para todo.

E: ¿Cómo que problemas psicológicos se le pueden hacer a una mujer?

U: Digamos que quizá con una palabra que ya la hirió entonces ya comienza a afectar la relación entre dos personas o la manera de tratarla o las caricias todo o si es bien concha (grosera) lógico que se va a sentir mal ella, pero los hombres siempre están ahí siempre dispuestos.

E: ¿No tienen problemas psicológicos?

U: Si los pueden tener pero no le afecta tanto como a una mujer pienso yo. (Usuaría-Pococí, noviembre del 2005)

Se vuelve a observar la presencia de la naturalización o estigmatización, el llegar a considerar como parte del ser masculino una actitud de indiferencia o de búsqueda de satisfacción por parte del hombre sin tomar en cuenta las necesidades de la mujer o las propias. En esta entrevista se evidencia la parte afectiva de las mujeres como parte influyente en las relaciones entre los hombres y las mujeres.

Esto es lo que en la teoría se denomina prototipo: “El prototipo es una estructura cognitiva que corresponde a una condensación del significado en un atributo particular que refleja un ideal como el ejemplar más representativo de su categoría.”(Flores, 2001, p.59)

De esta manera, los juicios de prototipicidad orientan la percepción en el sentido de valorar miembros de una misma categoría como más típicos que otros.

El factor de la educación no parece ser suficiente en la búsqueda de la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad, si comparamos esta situación con el caso del cantón de Montes de Oca, que cuenta con niveles educativos superiores a esta región, tiene una tasa de incidencia de más del 20% (en 100,000 habitantes.). Abordar la promoción y la prevención en salud sexual, desde una perspectiva de género y considerando los estigmas y/o prototipos, sigue siendo un tema válido y urgente.

Indicadores de Salud.

Tabla 12
Indicadores de Salud
Cantón de Pococí

Porcentaje de pobl. con seguro social	Porcentaje de pobl. con seguro social "asalariado"	Porcentaje de pobl. con seguro social "cta. propia o convenio"	Porcentaje de pobl. con seguro social "familiar"	Porcentaje de población. con seguro social por "cuenta del estado"
80,3	21	6,9	58,1	10,8

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

En la información sobre la situación de salud del cantón, se destacan diferencias respecto de la forma en que se accesa a los servicios de medicina social (CCSS), se destaca un porcentaje bajo con seguro social por cuenta propia, lo que significa que la

gran mayoría trabaja para un patrón (llámese compañía, empresa, u otros) y vive de un salario.

Además, dentro de los datos de seguridad social, Pococí cuenta con un porcentaje importante (más del 10%) de la población que depende de un seguro por cuenta del estado, lo que hace referencia a posibles situaciones económicas precarias, que deberían de ser evaluadas en mayor profundidad, pues afectan directamente las condiciones de vida de los (as) pobladores.

Indicadores Laborales y sociales.

Tabla 13
Indicadores Laborales y sociales
Cantón de Pococí

Tasa ocupación	Tasa de desempleo abierto	Tasa neta de participación	Tasa neta de participación masculina	Tasa neta de participación femenina
41,8	6,9	44,9	68,4	19,6
Porcentaje de hogares con jefatura masculina	Porcentaje de hogares con jefatura femenina	Porcentaje de hogares con jefatura masculina sin cónyuge	Porcentaje de hogares con jefatura femenina sin cónyuge	
81,8	18,2	9	14,3	

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

En el cantón de Pococí es indispensable analizar la tasa de desempleo, así como el dato suministrado por los (as) entrevistados (as), especialmente los funcionarios de salud, quienes hicieron referencia a la inestabilidad laboral de la zona.

Una queja reiterativa es la situación que observan o refieren que está presente en algunas de las empresas de la región, pues manifiestan que contratan por espacios de tres meses o menos, con el objetivo de no pagar las garantías laborales que requiere una condición laboral permanente.

Si este referente es real, esta situación, sin duda impacta sobre la situación social, de la salud y la económica de la comunidad, con el consecuente aumento de la pobreza y la calidad de vida de sus habitantes.

Se destaca la presencia de un mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina y una tasa neta de participación laboral menor en ellas en relación con la del hombre, esto afectará directamente la condición de vida de los miembros de estas familias, con el consecuente aumento en la pobreza especialmente en las mujeres.

Los hogares monoparentales, en particular jefados por mujeres son más frecuentes entre los hogares pobres, lo que indica que estas formas crecientes de organización familiar se asocian con mayores riesgos de pobreza.

Los hogares no nucleares (donde no existe la presencia de un papá o de una mamá), también muestran una presencia mayor entre los pobres y sugieren estrategias no exitosas de superación de la pobreza. (Barquero, J; Trejos, D., 2002, p.328) Esta situación socio-económica pone a las mujeres en una condición de vulnerabilidad sexual, pues por presiones económicas, condiciones de género, entre otros aspectos, se podría acceder a prácticas sexuales de riesgo, o relaciones no equitativas, con el interés de obtener la protección económica que se espera por parte del varón. Esto fue observado en entrevista con funcionarios.

4.3.1 Indicadores demográficos del cantón de Tarrazú.

Indicadores de población.

Tabla 14
Indicadores Demográficos
Indicadores de población
Cantón de Tarrazú

Población Total	Población Masculina	Población Femenina
14160	7138	7022

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

A pesar de ser un cantón denominado “cantón de las mujeres solas” (entrevista a funcionario de salud- Tarrazú, diciembre del 2005), no aparece claramente establecida esta situación, en los datos demográficos de población.

Algunas de las razones que mencionan los(as) entrevistados (as) hacen referencia a que, en el momento de realizar los censos, en sus familias anotan, como si estuvieran viviendo todos (as) los que han emigrado. Recordemos que muchas de estas emigraciones se han dado de manera ilegal.

Esta condición cultural es importante y vital para que sea analizada cuidadosamente, así como por sus efectos sobre los datos que se presentan a nivel nacional. (Entrevista experto – IMEC, noviembre del 2005)

En este discurso se puede evidenciar la referencia hacia la condición migratoria de la región, información que en investigaciones de la región se le considera un factor detonante que podría estar directamente relacionado con tasas altas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino. (Leyva, 2005).

No obstante, en el cantón de Tarrazú, a pesar de reconocer la situación migratoria, sus tasas de incidencia y mortalidad por *vph* no se han mantenido altas en más de una década, ni en niveles preocupantes para el sistema de salud.

Esta situación es analizada en conjunto con la presentación de las categorías y esquemas surgidos del discurso de los (as) entrevistados (as).

F: (pausa) Es que eso está difícil ¿verdad? habría que conocerlo más bien, más bien recuerde, acuérdesese es otro tema que usted lo va a tener que tomar en cuenta para la investigación que esta zona es potencialmente muy parecida, porque nosotros tenemos un canal de comunicación con Estados Unidos directo, usted ha oído hablar del cantón de las mujeres solas y todas esas cosas ¿verdad? que los hombres se van a trabajar, bueno la mayoría en muchos casos no vuelven, pero hay muchos que están yendo y viniendo tres años, dos años ¿qué pasa con esas mujeres solas?

E: ¿Quiénes son sus parejas?

F: ¿estarán realmente solas o simplemente que no tienen su marido en la casa?, pero por más...

E: ¿Entonces serán igual de riesgo para el papiloma?

F: Yo creo que están en más riesgo,

E: ¿Por qué?

F: Están en más riesgo porque tarde o temprano van a tener que necesitar un apoyo sentimental de alguien.

E: ¿y económico?

F: y pues tal vez el económico si lo tengan porque si les mandan a algunas desde allá...

E: Son muy responsables aquí porque en otras zonas...

F: Supuestamente, pero también hay mujeres, son personas tarde o temprano la parte sexual también...la, este.

E: Van a buscar la parte afectiva asociada a la parte sexual

F: Exactamente, ya eso empieza a generar una serie de riesgos donde eh... la mujer (funcionario(a) de salud-Tarrazú, diciembre del 2005)

En este discurso, la posición del entrevistado es la de buscar razones de vulnerabilidad y riesgo desde la condición migratoria de los hombres, no obstante sus apreciaciones denotan la mención de prácticas culturales de acuerdo al género, con la frase “*son personas, tarde o temprano la parte sexual también... la, este*”. (funcionario de salud – Tarrazú, diciembre del 2005)

El entrevistado fundamenta una actitud con base en el sexo, cuando en realidad está asociado a la condición de género. Al determinar como causa de incidencia, “la necesidad sexual” de ella, por la no presencia de las parejas, y asocian esta situación al riesgo de enfermedad.

Desde una perspectiva de género²⁴, existe una tendencia a pensar que “*las mujeres no pueden estar solas, necesitan de un hombre*”. No obstante, cuando se le menciona que el cantón no refleja esta situación, es decir, pareciera, por los datos estadísticos, que las mujeres no tienen un aumento en las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*, el

²⁴ El concepto GÉNERO designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, es decir, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que estas interrelaciones se presentan. (OXFAM, 1997). “*Los sistemas Sexo-Género son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de las diferencias sexuales*”. (De Barbieri, 1992). Este sistema ha determinado tanto la posición social diferenciada para mujeres y hombres como las relaciones desiguales entre ambos. El Sistema Sexo-Género históricamente ha generado una situación de discriminación y marginación de las mujeres en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como en los ámbitos público y privado, estableciendo muy clara y diferenciadamente la intervención de los hombres en la esfera productiva y de las mujeres en la reproductiva. Esta posición social diferenciada se construye a partir de la asignación de papeles, espacios, características e identidades diferentes para cada persona, en razón de su sexo biológico, lo que da como resultado una situación diferenciada (en términos de derechos, valores, oportunidades) y un código complejo que organiza y regula las relaciones entre los sexos.

entrevistado, no logra encontrar una justificación a esta condición. Se podría decir que omite ver la condición probable en este cantón, de que las mujeres saben "cuidar de su cuerpo y no se enferman"

Tabla 15
Indicadores Demográficos
Densidad de población y relación de dependencia demográfica
Cantón de Tarrazú

Área en Km2	Densidad de Población	Relación de Dependencia Demográfica
297,5	47	70,2

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

En este cuadro se muestra el alto porcentaje que existe en la comunidad, de la población productiva con una alta relación de dependencia, es decir hay muchos dependientes por ingreso, en este cantón es del 70,2, cuando el índice nacional es del 60,1

Sería necesario evaluar en otros estudios los factores determinantes de la distribución del ingreso y cómo, a pesar de esta situación de alta dependencia demográfica, la región continúa con tasas bajas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, lo que podría explicar que esta variable pareciera no estar relacionada, al menos directamente, con las tasas referidas.

Tabla 16
Condición Civil
Cantón de Tarrazú

	Unido(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Soltero(a)	Total
Masculino	386	2313	67	32	83	2215	5096
Femenino	378	2366	157	39	226	1722	4888
Total	764	4679	224	71	309	3937	9984

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

La información de esta tabla muestra una diferencia significativa entre la población que está en unión libre y la población casada, mayoritaria con respecto a los datos del cantón

de Pococí. Este es un dato, sobre el cual se justifica la alta incidencia, desde la opinión de los (as) entrevistados (as) del cantón de Pococí.

Asimismo, el porcentaje de separados y divorciados, proporcionalmente a la población general del país, muestra la mitad porcentual, si se le compara con el promedio general del país que ronda cerca del 40 % de la población. (Razón de divorcios por cada 100 matrimonios inscritos, datos de 2004)²⁵.

Con estos datos, así como con la información suministrada por los (as) entrevistados (as), se muestran valores hacia la familia, el matrimonio y la relación, como determinantes asociados a la cultura de esta región.

Esta información podría estar caracterizando las actitudes hacia la condición de vida, así como estilos y formas de enfrentar, entre otros aspectos, la situación migratoria de una mayoría masculina desde hace más de veinte años.

Indicadores de Educación.

Tabla 17
Indicadores de Educación
Cantón de Tarrazú

Tasa de analfabetismo en Población de 10 años y Más	Tasa de analfabetismo en Hombres de 10 años y Más	Tasa de analfabetismo en Mujeres de 10 años y Más	Porcentaje de la pobl. con al menos un año de Secundaria	Porcentaje de hombres con al menos un año de Secundaria	Porcentaje de mujeres con al menos un año de Secundaria
7,3	8,1	6,4	25,4	22,6	28,2

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

²⁵ Mas datos en www.mideplan.go.cr/sides/social/08-01.htm

Se destaca una diferencia importante de analfabetismo en la población masculina en relación con la femenina, lo que nos puede hacer referencia a la posible participación temprana de los hombres en las labores agrícolas, lo que los obliga a abandonar sus estudios a nivel de secundaria o verse imposibilitados para concluirlos. (Entrevista funcionario de salud – Tarrazú, diciembre del 2005)

Lo mismo se denota en los porcentajes entre hombres y mujeres que tienen al menos un año de educación secundaria y de educación superior. La mujer presenta el mayor porcentaje, este dato hace referencia a un mayor acceso a la educación por parte de la mujer. Esta situación, pudiera estar vinculada directamente, con la participación y actitud de cuidado de su cuerpo, por parte de las mujeres, aspecto que se ve reflejado en el uso frecuente de la prueba del *pap*, como control de su salud sexual.

Indicadores de Salud.

Tabla 18
Indicadores de Salud
Cantón de Tarrazú

Porcentaje de pobl. con seguro social	Porcentaje de pobl. con seguro social "asalariado"	Porcentaje de pobl. con seguro social "cta. propia o convenio"	Porcentaje de pobl. con seguro social "familiar"	Porcentaje de población. con seguro social por "cuenta del estado"
87	7,6	19,3	63,2	6,2

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

En este cuadro lo más importante de destacar es el alto porcentaje de la población que cuenta con seguro social por cuenta propia, lo que podría estar describiendo la presencia de productores independientes. El referente histórico es que ha sido una zona productora de café donde migraron familias que se organizaron alrededor de la iglesia.

Asimismo, uno de los aspectos interesantes de destacar es el bajo porcentaje de la población que requiere de seguro social por parte del estado, lo que lleva a evaluar los ingresos de la región por familia y la situación de pobreza, desde cuyos datos se podría pensar que existe una condición no tan crítica, a nivel laboral, como podría estar sucediendo en otras regiones del país. Al comparar este dato con el cantón de Pococí, se evidencia una diferencia significativa, pues en Pococí el seguro por el estado está presente en más del 10% de la población.

Esta situación debería ser analizada, pues a pesar de la situación migratoria del cantón, no parece haber un impacto en la población que se vea reflejado en porcentaje de seguro por el estado.

Esta estadística puede demostrar una posible conducta de la comunidad, dónde destacan actitudes como la autogestión, la búsqueda de respuestas individuales ante sus situaciones particulares, así como más oportunidades de obtener ingresos por cuenta propia.

Indicadores laborales y sociales.

Tabla 19
Indicadores Laborales
Cantón de Tarrazú

Tasa ocupación	Tasa de desempleo abierto	Tasa neta de participación	Tasa neta de participación masculina	Tasa neta de participación femenina
45,3	2,9	46,6	78.3	14,6

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

La tasa de ocupación es baja pero la tasa de desempleo es aún mas baja si se le compara con el 6,6% de la población nacional (al año 2005, donde el 5 % es de hombres y el

9,6% en mujeres)²⁶. Existe una gran participación de hombres en las labores económicas de la región, lo que puede explicar el bajo índice de participación de los hombres en completar estudios secundarios en relación con las mujeres.

Tabla: 20
Indicadores Sociales
Cantón de Tarrazú

Porcentaje de hogares con jefatura masculina	Porcentaje de hogares con jefatura femenina	Porcentaje de hogares con jefatura masculina sin cónyuge	Porcentaje de hogares con jefatura femenina sin cónyuge
82,7	17,3	8	13.6

Fuente: Sistema Indicadores Municipales (SIM) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

En el análisis de esta tabla, en comparación con la anterior, se observa un menor porcentaje de hogares con jefatura femenina sin cónyuge en relación con la tasa de participación femenina en el nivel laboral, lo que podría al menos garantizar ingresos para este sector de la población que usualmente está en situación de vulnerabilidad.

4.4 Resultados del análisis sintáctico y semántico de las entrevistas en profundidad realizadas en los cantones de Pococí y Tarrazú.

En este apartado se destacan los datos del análisis semántico y sintáctico de las entrevistas realizadas a los funcionarios (as) de salud, así como usuarios (as) de los cantones en estudio.

Para terminar de centrar los presupuestos teóricos sobre los que podemos asentar un análisis de la representación social del *vph*. Se busca lograr un análisis comprensivo-interpretativo, de la corporeidad, y en este caso de la salud sexual.

²⁶ Mas información en <http://www.mideplan.go.cr/sides/economico/03-10.htm>

Se parte del hecho de que en la sexualidad y específicamente en la salud sexual, más que en cualquier otro espacio de la experiencia humana- convergen de manera positiva, esto es, configuradora y remodeladora del sujeto, las tres dimensiones que, en la obra de Foucault (1977), están en la base de la conformación dinámica de la propia subjetividad:

- el “sí mismo” en tanto relación consigo mismo;
- el “poder” como relación con los demás;
- y el “saber” cómo relación con la verdad, con una verdad, obviamente, cultural, histórica y contingente.

La delimitación de estos conceptos es indispensable en el análisis posterior del discurso. (Deleuze, 1998, p.148-149) se establecieron categorías de análisis para cada una de estas dimensiones.

Se aborda el discurso desde el ser-saber, que estará delimitado por la dos formas que adquieren lo visible y lo enunciable en tal momento, y la luz y el lenguaje son inseparables de la “existencia singular y limitada” que tienen en tal estrato.

Para estas tres dimensiones se obtuvo la información desde las siguientes posiciones:

- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad a nivel físico y médico.
- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito social y mental.
- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito familiar.

- Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito de su vida sexual.
- Concepto de Sexualidad
- Concepto de salud sexual versus sexualidad
- Concepto relaciones interpersonales versus sexualidad
- Concepto de género versus sexualidad
- Concepto de poder versus sexualidad

El ser-poder está determinado en relaciones de fuerzas que pasan por singularidades variables en cada época.

- Concepto de placer versus sexualidad
- Concepto de hombre y mujer versus estereotipos y vida sexual de cada uno (a).
- Conocimiento de los factores de género inherentes a la salud sexual y reproductiva de los géneros.
- Conocimiento de los derechos sexuales.

A partir de esto, se evalúa el sí mismo, el ser-sí mismo, está determinado por el proceso de subjetivación, es decir, por los lugares por los que pasa la información.

4.4.1 Cantón de Pococí.

4.4.1.1 Análisis de contenido semántico en las entrevistas en profundidad realizadas a funcionarios (as) de salud y usuarios (as) por categorías.

En esta sección se presentan los principales aportes de los (as) entrevistados (as). Destacan las categorías temáticas que surgieron a partir de la información recopilada a través de las entrevistas en profundidad y con el apoyo del programa Atlas ti. Donde se corrió la entrevista, se operacionalizaron las categorías y se obtuvieron familias de

categorías, las cuales, siempre manteniendo el análisis desde enfoque procesual, se acomodaron de acuerdo a su presencia en los discursos.

Categoría: El virus del papiloma humano, sus significados.

En esta categoría, hay diferencias importantes en la definición del *vph* entre los (as) funcionarios (as) de salud y los (as) usuarios (as). Los (as) usuarios (as) refirieron, casi en su totalidad, un desconocimiento de la palabra, solo en aquellas ocasiones que se les preguntó si sabían qué era el examen del papanicolau y para que servía, se podía hacer referencia al virus.

En los funcionarios las referencias hacían alusión, en el caso de los atop, a la capacitación recibida por la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social), o en el caso de los (as) médicos (as), a su formación profesional universitaria.

F: Dentro creo que si hay un gran avance y por otro lado tampoco digamos así, la enfermedad no se ha visto así como enfermedad de transmisión sexual como usted lo dice, sino como la causa del cáncer simplemente ¿verdad?

E: Pero, si yo le pregunto qué es el virus del papiloma y que sabe usted de él.

F: Es muy poco, o sea, es realmente muy poca la información realmente que en general, porque ha sido, se ha visto simplemente como la causa de, pero no, en realidad, no digamos la capacidad de contagio, digamos en las relaciones, se supone que hay mayor relación entre las parejas que llevan una vida sexual como decir promiscua, pero eso, en realidad es muy poco lo que, lo que, la información que se tiene que saber y más la que se maneja a nivel de la institución. La institución, yo siento que, así como hay, por ejemplo te informan todo lo que hay sobre el dengue, en este

caso en particular es muy poca la información que llega a los médicos de parte de la misma institución. (Funcionario de salud – Pococí, noviembre del 2005)

Es importante destacar la inmediata referencia de asociar el *vph*, con la promiscuidad, además de resaltar la situación de que los (as) funcionarios (as) sienten que les falta información sobre el tema.

Mientras tanto los usuarios no hacían ninguna referencia respecto del significado del virus, en ocasiones lo asociaban con sexualidad, pero manifestaban un desconocimiento al respecto:

- *E: ¿usted ha oído hablar del virus del papiloma humano?*
 - *U: No.*
 - *E: nunca, ¿no tiene ni la menor idea de qué es eso?*
 - *U: No, hasta ahora*
 - *E: ¿a qué le suena?*
 - *U: ni sabía... que me buscaba para lo de sexo.*
 - *E: ¡ah! bueno, usted algo oyó, usted algo agarró en el camino, que tiene que ver como con sexualidad.*
 - *U: sí*
 - *E: si, en realidad si, o sea, si tiene que ver con su sexualidad, es un virus de transmisión sexual y produce enfermedades ¿verdad? Produce la muerte, eso es lo más triste, pero nos interesa saber qué sabe la gente, ¿usted no ha visto propaganda?*
- U: No (usuario varón- Pococí, noviembre del 2005)*

En una entrevista con una usuaria, la respuesta estuvo entorno de desconocer tanto su forma de transmisión, como su tratamiento. Se encontró que las mujeres entrevistadas por lo general sí tenían más información respecto al *pap*.

- E: *¿usted sabe el concepto de virus del papiloma humano? Sabe lo que es ha escuchado algo.*

- U: *Muy poco solo sé que es una enfermedad.*

- E: *No sabe ni como se trasmite ni el tratamiento*

- U: *No la verdad que no...*

- E: *¿No? El virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual, eh, ¿cómo cree que usted que afecte esto a nivel físico a una personas que tenga esa enfermedad?*

- U: *Yo creo que las defensas y se enfermaría me imagino que es una enfermedad muy mala. (usuaria Pococí, noviembre del 2005)*

La información obtenida por parte de los (as) usuarios (as) aportó información respecto de actitudes y prácticas. Como dato de campo importante de compartir, al concluir la entrevista, los usuarios varones solicitaban que les explicara en profundidad lo que era el virus y sus efectos. Estos usuarios mostraron interés por saber del tema, incluso un usuario joven, preguntó sobre la forma en que el hombre debería de colaborar con la prevención de esta enfermedad, lo que denota un interés importante de considerar en las campañas de promoción del *pap*.

Categoría: Diagnóstico y manejo de la información (cultura-género-vulnerabilidad).

Se hace mucha referencia al papel de los servicios de salud en la prevención, por medio de las campañas del papanicolau. Se destaca, en todos los (as) funcionarios (as)

entrevistados (as), el tomar en cuenta las necesidades de las usuarias de querer preferentemente que el examen del *pap* sea realizado por una mujer-médico.

Ante esto, en las clínicas, tanto los (as) Directores (as) como los (as) ATAP, han realizado intercambios con los médicos hombres, procurando lograr la mayor cobertura de la población proyectada en los compromisos de gestión.

Se establece una relación del virus con la práctica sexual, a pesar de estar mencionando el significado del virus. Se ha podido observar cómo se asocia el virus con una conducta, donde se establece un referente inmediato de asociación.

E: eso es importante, porque después no pueden decir que no estamos hablando, si la información que les llega a usted, me imagino que les llega pero más de dengue que de SIDA, o de SIDA llega mucho.

F: De SIDA llega mucho, de dengue llega mucho, de enfermedades como la diarrea, llega más inclusive de la diarrea, que de enfermedades de transmisión sexual específicamente como el virus del papiloma humano, o sea, o llega información de enfermedades de transmisión sexual, pero muy en general, o sea, no con algún grado de especificidad como se debería requerir como un conocimiento si amplio del tema del virus como tal y que hacer para evitarlo también, eso se convierte de una enfermedad no tratable médicamente, ese es el gran problema.

E: Usted sabe que es un virus y también sabe que se transmite sexualmente y aún así hay dudas de las formas de transmisión.

F: Claro que si, si. Mmm (funcionario de salud – Pococi, noviembre del 2005)

En este caso se manifiesta la escasa presencia de la información sobre el virus como un virus de transmisión sexual, se menciona el poco conocimiento que se posee y se le considera como una enfermedad no tratable médicamente.

En las entrevistas se resaltan las prácticas sexuales que denominan promiscuas, haciendo referencia a que es esta la forma en que se les ha capacitado para diagnosticar y abordar la presencia del virus.

E: ¿Qué sabe usted del papiloma? ¿Qué le han dicho a usted que es muy importante?

F: Mejor me va preguntando porque hay tanto ¿verdad? específicamente.

E: ¿Usted sabe que es un virus como llega ese virus al cuerpo?

F: En sí, es una transmisión sexual ¿verdad?

E: Entonces, ¿consideran que el papiloma, el papanicolau, se hace para personas que tienen vida sexual activa?

F: Exactamente y promiscuos (funcionario de salud – Pococí, noviembre del 2005)

Cuando los (as) entrevistados (as) hacen una relación del *vph* con conductas sexuales promiscuas, dejan de lado la circunstancia de que algunas usuarias manifestaban haberse enfermado con un solo contacto sexual.

Categoría: Salud Sexual – género – cultura.

En otras respuestas se destaca la categoría de salud sexual, hay una relación con la categoría de género y de aspectos relacionados con la cultura.

F: Nos dicen que siempre le han dicho a uno de los factores de riesgo, vida sexual activa a edades temprana, este, y promiscuos o varones de riesgo, no necesariamente que la mujer sea promiscua, sino varón de riesgo.

E: Eso es muy importante, varón de riesgo y promiscuo

F: Si, o sea, que para la mujer es un factor de riesgo el varón de riesgo (pausa)

E: Pero aún a pesar que esto es uno de los factores de riesgo no se trabaja el varón

F: No, definitivamente, exactamente, mire, desde el punto de vista de tratarlo a él, ¿verdad?, porque en algún momento, bueno, porque va a seguir infectando o porque podría él mismo tener el cáncer

E: ¿A pesar de ser un factor de riesgo?

F: Por supuesto a pesar de que es él, el principal digamos ahí

E: La mitad del problema

F: Exactamente, a los hombres digamos, este, no esta establecido del todo, lo que ha ayudado mucho a esto, para que ahora usen un condón y todo lo demás es de rebote por el SIDA, exactamente.

E: ¿Y la gente ha oído como están las campañas de uso de condón?

F: Esa, la verdad que es muy difícil saberlo, o sea, la verdad muy difícil ¿verdad?, por otras razones, bueno, usted dice porque esta la iglesia metida, pero hay también por todo lo que es, este, mitos de lo que es la relación sexual con un condón de que no es igual de que usar un protector...

E: ¿En el hombre o la mujer?

F: En el hombre más que todo, yo siento que hay más resistencia en el hombre que en la mujer. (Funcionario de salud, Pococí, noviembre del 2005)

En esta parte del discurso se resaltan elementos justificantes de las prácticas culturales asociados a factores de género. Esto parece estar inmerso desde el discurso de abordaje.

En las referencias se le menciona como “varón de riesgo”, pero pareciera que esta conducta afecta a la mujer, no hay políticas de abordaje definidas claramente con este varón de riesgo.

Categoría: Relaciones de pareja - vulnerabilidad – poder.

La respuesta ofrecida por la usuaria muestra elementos justificantes de su situación desde la relación de pareja, donde se destacan aspectos de poder y género que están asociados a una condición que pone a la mujer en un estado de vulnerabilidad.

Yo pienso que sí, porque si eso lo, bueno yo tal vez digo como se ve tanta cosa yo digo que tal vez por medio de uno mismo que uno al menos en mi caso yo he tenido el problema que he tenido muchas infecciones y tal vez no es por mi marido sino porque yo me las produzco, o sea, he tenido muchas infecciones, entonces. (usuaria-Cariari-Pococí, noviembre del 2005)

En este comentario, observamos los elementos justificantes que destacan factores de género y de poder que están presentes en el discurso de la usuaria ante el cuidado de su salud. Se destaca el elemento de género de no involucrar a su pareja, sino asumir como “su falta” los problemas que ha presentado en su salud sexual, situación que, sin duda, la pone en mayor grado de vulnerabilidad en su salud sexual.

Incluso algunos funcionarios destacan la posición de mirar esta situación de pareja como parte de la cultura.

F: Esta población que le digo. Es de emigrantes, que van a pasar de un lugar a otro del país transmitiendo el virus, y no tienen lo que necesitan, luego ayuda, que no tienen una sola compañera sexual, tienen varias compañeras sexuales y generalmente al lugar donde llegan puede aparecer otra joven que va ser su pareja por el tiempo que dure el trabajo. (Funcionaria de salud- Pococí, 2005)

La situación que se describe pone en alto riesgo la salud sexual de la mujer y de la comunidad. A pesar de conocer o mencionar la condición migratoria, en este cantón el enfoque principal de abordaje es visitar casas para promover la realización del pap.

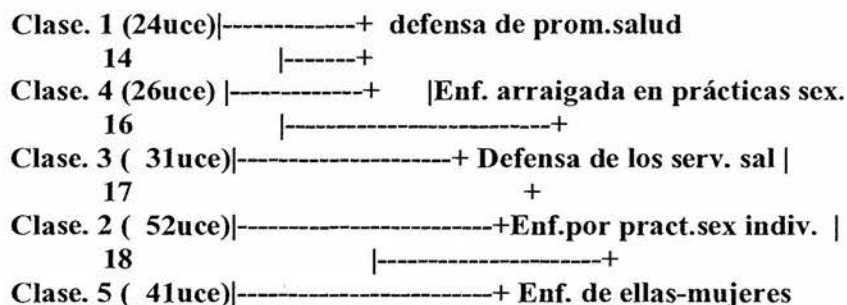
Los elementos del medio se perciben como portadores de efectos negativos para la salud.

4.4.1.2. Análisis de contenido sintáctico de las entrevistas: Cantón de Pococí.

Dentro de los resultados obtenidos en este análisis, con el apoyo del programa Alceste²⁷ (Rainier, 1998), se crearon cinco clases de palabras, que podríamos en primera instancia categorizar de la siguiente manera:

Clasificación descendente jerárquica.

Dendograma de clases estables (a partir de B3_rcdh1):



²⁷ Ver rapport y detalles del peso de las palabras para cada clase en anexos.

En este dendogramas se puede observar como las clases 1 y 4 (que se llamaron: defensa de los procesos de la salud y enfermedad arraigada por las prácticas sexuales de la región) están relacionadas entre sí, pero más lejos de las clases 2 y 5, que son las que aparecen con mayor peso o presencia en el discurso de los (as) entrevistados, en estos dos últimos se clasificaron los referentes del discurso hacia: una enfermedad que se da por las prácticas sexuales individuales y una enfermedad de las mujeres.

Para mostrar el procedimiento realizado en el análisis del discurso, se presenta el sumario realizado con aquellas clases que ayudaron en la posterior esquematización de la representación social del virus del papiloma, así como sus justificantes.

Para la primera clase, que se eligió como la de más peso en los discursos, se establece una categorización o descripción que se define de la siguiente manera, de acuerdo con el vocabulario específico en cada clase evaluada.

Clase 1: Promoción de los programas.

Ya en esta primera categoría se resaltan las palabras “siento”, “promoción”, “programas”, “sexualidad”, entre otras, donde se destaca una actitud de justificación y defensa de los programas de promoción desde la descripción que se hace de las prácticas sexuales de la región.

En la siguiente cita se rescata la posición de defender el trabajo realizado en la región por parte de los programas de cumplimiento de gestión.

Digamos los exámenes de revisión que se han hecho por incrementar, yo pienso que hay un impacto positivo en la intervención en el sentido de exigir ya volúmenes límites

de cobertura que obliga a que el médico quiera o no tiene que buscar a la mujer... en lugares lejanos... él está obligado a buscar. (funcionario (a) de Pococí, noviembre del 2005)

Este discurso asocia que, a mayor responsabilidad del funcionario de salud con su comunidad, mejores logros en la cobertura y prevención del *vph*. El énfasis está en el servicio y el interés que se pone para poder cubrir la población.

Para la siguiente clase, en orden de menor peso a mayor peso, esta sería la segunda que se describe.

Clase 4: Enfermedad arraigada en las prácticas sexuales y culturales a temprana edad.

En esta categoría, hay mayor presencia de una descripción de la enfermedad hacia y desde los estilos de vida, la cultura, la que se ve como “algo normal”. Se evidencia la presencia de “justificar” conductas que están asociadas con la enfermedad, pero estas se describen como parte de la cultura. El mencionar “*que inicia temprano*”, está descrito como parte del estilo de vida de la región.

Esta clase refuerza y complementa a la clase 2, donde se mira a la enfermedad cómo causada por las prácticas sexuales individuales, diferente a esta dónde se hace referencia al arraigo de la enfermedad en las prácticas sexuales y culturales de la región.

Que se puede destacar en las siguientes palabras:

La promiscuidad, ahí si es evidente digamos es una característica muy particular, yo creo que es de toda la región Atlántica, pero es muy manifiesta, es un problema cultural

en donde las parejas conviven, buen, hay muy pocos matrimonios y entonces eso genera que se disuelvan y se vuelven a formar. (Funcionario de salud- Pococí, noviembre del 2005)

Es interesante rescatar la creencia de que la condición de convivir esté asociada directamente con la transmisión de la enfermedad. Asimismo, se relaciona con que ante la poca presencia de matrimonios esta puede ser una causa de la alta tasa de incidencia. Esta información, junto con la descrita en Índices de Población, se muestra como contraria a lo establecido en este discurso, en Pococí hay más parejas casadas que unidas, sin embargo la percepción es contraria al dato demográfico.

Clase 3: Defensa de los servicios de salud.

Esta clase viene a fortalecer la clase 1, en la que se destaca la necesidad de resaltar los servicios y el papel de los programas desde el área.

El compromiso de gestión es una negociación que se hace con el nivel central, donde yo como área de salud me comprometo a ver un determinado porcentaje de pacientes en determinado programa... en Papanicolaou nosotros tenemos pactado un treinta y tres por ciento. En menores se pacta para que las niñas no salgan embarazadas, entonces decido autorizar el cambio de EBAIS (centro médico que posee un médico, una enfermera y un técnico de atención primaria en comunidades) a solicitud de ellas, obviamente no tengo ahí el consentimiento de la mamá ni del papá, ni de nadie. (Funcionario (a) de salud- Pococí, noviembre del 2005)

En esta frase lo que se resalta es la labor médica del abordaje de la enfermedad. Se menciona la labor de protección a las menores de edad y la descripción de servicios en

la zona. Donde el abordaje se hace desde el servicio, incluso se adecua a las necesidades y condiciones de las usuarias.

Clase 2: Enfermedad causada por prácticas culturales-sexuales a nivel individual y de adolescentes.

En esta categoría se resalta y justifica la enfermedad hacia y por responsabilidad individual. Se evidencia la situación de las adolescentes. Vale aclarar que esta clase es la que mayor peso presenta, lo que la convierte en una clase importante de analizar en detalle. Se ejemplifica en el siguiente discurso:

E: Se toma en cuenta el hecho de que las mujeres tienen hijos de varios hombres en edades tempranas, así es una conducta?

F: Conducta cultural sexual normal, y ahora siento yo que esto en la región se da, porque, digamos, la gente es muy parecida, porque la gente de aquí es muy parecida a la de Guápiles. Yo siento que es como más manifiesto acá que en otros lados, digamos el inicio de las relaciones sexuales tempranas se da aquí en muchísimos casos, con el consentimiento de los padres, porque esa es la rutina, ellos empezaron muy jóvenes su vida sexual activa es normal que la muchacha se junte tempranito. (Funcionario(a)-Pococí, noviembre del 2005)

Se puede apreciar, como por medio de la naturalización de conductas de riesgo, donde participan, tanto las mujeres jóvenes como sus padres/madres, se produce la consecuente aceptación de conductas que las exponen en su salud sexual.

Esta actitud está presente no solo en los y las usuarios (as), sino también en el personal de salud, al expresar cierta justificación y responsabilizando de manera particular a los padres, junto con la asociación en el aumento de la incidencia como resultado de estas prácticas sexuales tan arraigadas en el modo de comportarse de la población, desde sus palabras.

Clase 5: Definida por la categoría: Enfermedad de ellas.

En esta categoría se da más una descripción de la enfermedad, se mencionan las palabras “ellas”, “problemas”, “todas”, “tienen”. Además, se puede observar como esta clase se asocia a la clase 1 y la clase 3, donde el enfoque está dirigido a justificar y a resaltar la presencia adecuada del servicio de salud en favor de la eliminación de la enfermedad, que es básicamente asumida desde la prevención y promoción del *pap*, prueba de y para mujeres.

Y después es muy frecuente que las mujeres hayan tenido tres o cuatro compañeros, eh eso es un caos social, pero es muy específico de acá, diría yo. (Funcionario de salud-Pococí, noviembre del 2005)

En este discurso la descripción es hacia las prácticas sexuales de las mujeres. Se destaca la poca adherencia de ellas a los procesos de diagnóstico y tratamiento y la consecuente participación y acción por parte de los (as) funcionarios (as) de salud, para poder lograr su objetivo de cobertura.

Las clases 2 y 4 (Enfermedad causada por prácticas culturales-sexuales a nivel individual y de adolescentes y Enfermedad arraigada en las prácticas sexuales y culturales a temprana edad.) establecen la definición de la enfermedad asociada a la

“cultura” de la región, a un “estilo de vida” tan “normalizado” en ellos. Se “naturalizan” prácticas sexuales de riesgo y resaltan elementos de vulnerabilidad social (riesgo social), pobreza, situaciones de género con algunos elementos de dominación.

Aquí se vive otra característica es que la gente es muy migratoria, hay familias que tienen relativamente poca estabilidad en la misma localidad, sabemos que la gente emigra... otra cosa es que ha habido una política de las empresas extranjeras y nacionales a contratar a la gente por poco tiempo siendo subempleados o para evitar la continuidad del trabajador y entonces a los tres meses los cortan... por la migración, tenemos que saber donde se traslada la paciente para enviarle su resultado.
(Funcionario de salud, Pococí, noviembre del 2005)

Una definición central caracterizada por la enfermedad vista de manera individual y como el resultado de las circunstancias culturales, enfermedad que forma parte de la región. Lo más significativo de la representación social del *vph* está determinado por las condiciones de vida que existen.

En este grupo el nivel de información de la enfermedad está asociado con la situación social y cultural de la región. Se justifica esta descripción como resultado de la cultura. Se evidencian algunos significados que se podrían denominar estigmas o mitos, al asociar directamente las prácticas sexuales de la cultura con la infección. Se establece que el virus está ahí como una responsabilidad individual.

A partir del referente de esta representación social del *vph* como conducta propia de la cultura, se debe de poner énfasis en las actitudes y conformación de aspectos de

vulnerabilidad (desde la percepción de la enfermedad por las mujeres, como las relaciones que han establecido entre géneros y el contexto), dónde las prácticas sexuales se desarrollan en edades tempranas. Esta objetivización podría estar explicando las altas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la región.

El discurso de un funcionario de salud entrevistado destaca su preocupación por la práctica sexual cultural arraigada al factor de género:

Demostrar que es mujer, por eso tiene un hijo a los 13 o 14 años. (Funcionario (a) de salud- Pococí, noviembre del 2005)

A partir de esta afirmación por parte de un (a) funcionario (a) se justifica una práctica sexual que denota un factor importante de género y de vulnerabilidad (riesgo), dado que consideran que las mujeres deben “*demostrar al hombre que son mujeres*” accediendo a tener relaciones sexuales a edades tempranas.

En entrevista con usuarias, este elemento del discurso no es mencionado y no deseaban opinar al respecto cuando se les confrontó con estas aseveraciones. Por lo general manifestaron sentirse culpables de su enfermedad y de sus conductas que las enferman.

Además, en otro discurso de los (as) entrevistados (as) se resalta y señala reiteradamente el papel de las madres en la promoción de esta conducta, situación que está mas asociada a posibles factores de vulnerabilidad como la pobreza que a actitudes de señalamiento hacia la mamá de la niña, desde esta posición del análisis.

Si, si, no es que el hombre busque no, es que la mujer sabe que ella debe, o sea, para ser normal ella en ese ciclo debe, no, no porque mamá me acepta si llegues, o sea, le cuento esto tan de cerca, que simpleza de verdad, la muchachita acaba de cumplir 15 años y ya está embarazada y la mamá le alcahuetea para que sus hijos se queden acá y sigan viviendo ahí y le hicieron campito más bien ¿verdad?. Entonces la posición económica mejoro de ambos, entonces ya uno de ellos está viviendo en otro lugar, pero una de las hijas que vive ahí con sus muchachos, es interesante ¿verdad?.

Esa es la cultura, por eso le digo, entre ellos eso es normal, entre ellos es absolutamente normal y uno se queda como perplejo como puede ser que la mamá se tan alcahueta para o como puede ser, eso no es normal.

Digamos ahí el machismo está de por medio, o sea, si, si, la verdad. (Funcionario (a) de salud- Pococí, noviembre del 2005)

En este discurso, el funcionario quería explicar cómo la mamá permitía que su hija tuviera relaciones, y hasta que las promocionaba y consentía, según su opinión.

Desde esta posición vuelve a recaer la responsabilidad de manera individual y en la falta de “cuidado” de la mamá sobre la hija, no de la responsabilidad del hombre sobre su salud sexual reproductiva, o de considerar la situación de vulnerabilidad económica que sufre esta familia, por mencionar algunos elementos de género implícitos en la afirmación destacada.

Estos datos permiten anclar la RS a partir de los datos que proporcionan los (as) entrevistados (as), donde destacan que las prácticas sexuales de “iniciar muy tempranamente”, así como las prácticas sexuales de “promiscuidad” están asociadas directamente con la alta tasa de incidencia, pero justificadas y arraigadas en “su

cultura”. Se mira el fenómeno del *vph* y su contexto de aparición como parte de las prácticas sexuales tan “*naturalizadas*” y arraigadas en la cultura.

La información que manejan, así como sus actitudes están determinadas mutuamente y justificadas para darle coherencia y fortaleza a una RS donde la enfermedad es producto de la cultura.

Mencionan que éstas podrían disminuir si usaran el condón, tuvieran una sola pareja, no tuvieran ese “estilo de vida”. Parecieran concluir que esta “circunstancia cultural” que está tan “arraigada”, tiene como principal “consecuencia” los altos índices en las tasas de incidencia y mortalidad.

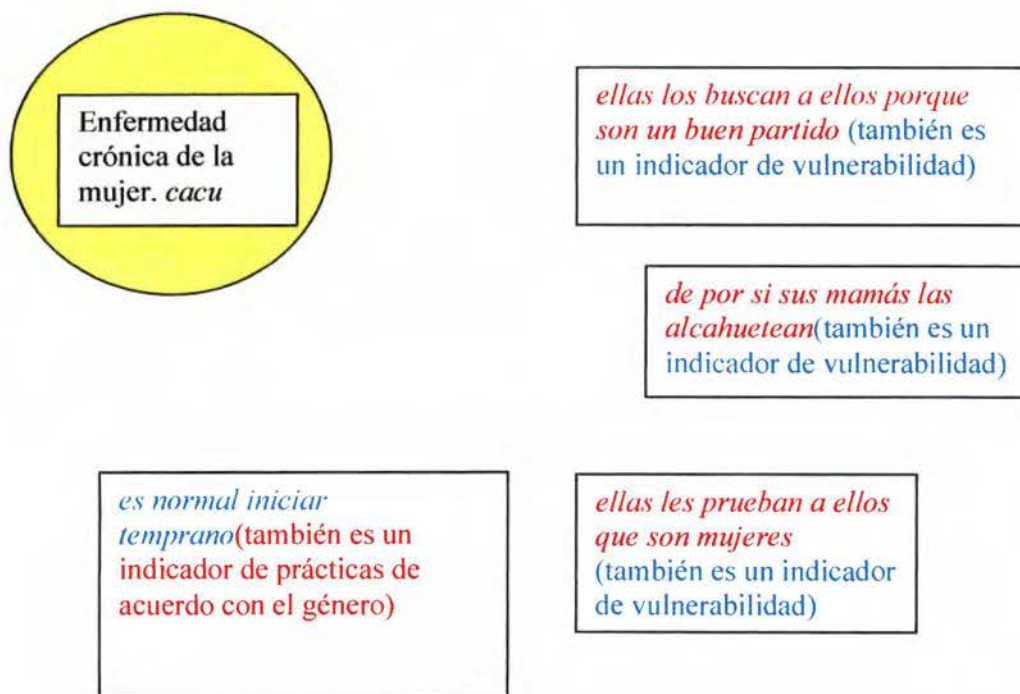
En los discursos se pudo apreciar que a pesar de mencionar la situación de la realidad migratoria y laboral que vive la zona, no la asocian ni como consecuencia ni como contexto de vulnerabilidad social y económica, no determinan ni consideran que esta situación contextual esté directamente asociada con la enfermedad y que debería de ser abordada a partir de ahí.

El esquema que se presenta a continuación muestra aquellos discursos y textos dónde la representación social está adscrita a definir el virus desde la enfermedad crónica, con los consecuentes justificantes y anclaje. El anclaje está dado por medio de los justificantes de las clases 2 y 4.

Esquema de la Representación Social del *vph* en el cantón de Pococí.

Si existe una representación social donde se destaca que el virus del papiloma es una enfermedad crónica y en esquema tendríamos lo siguiente:

Representación social del *vph*



Indicadores de vulnerabilidad social

Indicadores de prácticas de acuerdo con el género

Se utilizan los colores rojo y azul como una forma de resaltar, en los elementos justificantes, la presencia de indicadores de vulnerabilidad social e indicadores de prácticas de acuerdo con el género, lo que viene a anclar la representación social del *vph*.

Dos aspectos se resaltan en los elementos justificantes:

Enfermedad por sus prácticas sexuales, esta afirmación está constituida a partir de los elementos justificantes y le dan estabilidad a la representación que se concreta por medio de la afirmación: Prácticas sexuales normalizadas y naturalizadas en la cultura y el contexto.

El anclaje de esta *RS* se muestra en frases como “*se enferman por sus prácticas sexuales*”. Se podría pensar en una objetivización a partir de la estigmatización arraigada en la historia cultural de la región, que ha naturalizado aspectos que denotan inequidad, pobreza, poder sobre el cuerpo femenino por parte de la sociedad como por sus prácticas sexuales.

Estos datos dan sustento a la representación social de la enfermedad y a la vez establece la presencia de estigmas y prácticas de acuerdo con el género, que se constituyen en el anclaje sobre factores de género y de vulnerabilidad presentes en la región.

4.4.1.3 Resultados finales para el cantón de Pococí:

El poder analizar y categorizar el pensamiento recolectado por medio de las entrevistas en profundidad, permite comprender, en parte, por qué en este cantón existen altos índices de incidencia por *cacu*. Esta categorización y descripción de clases ha permitido indicar algo acerca de la estructura dentro de la cual la población se posiciona frente a esta enfermedad (*cacu*).

El principio más importante de que se parte, está basado en los postulados de la investigación de Cultura y personalidad, donde se dice que todos los seres humanos normales, cualquiera que sea su raza, posee un equipo psíquico filogenéticamente semejante, lo cual hace que su organización psicológica o estructura de personalidad dependa del patrón de cultura dominante. (Esteva, 1978)

Cuando se define una estructura de pensamiento de un colectivo social, es lo que Fromm (1941, 1953, 1956) denomina carácter social, este se define como aquel núcleo

de cualidades que comparten los miembros de un grupo social, en contra-distinción con el carácter individual. Este carácter social, no es un concepto estadístico o suma total de caracteres, sino que hace referencia a la idea funcional de la situación que el individuo y su grupo tienen de un aspecto de la sociedad.

Este carácter social se refiere, a la organización psíquica que tienen en el individuo los valores de conducta y sus resultados, según los requerimientos de la estructura social. Fromm señala que este carácter social se forma mediante la acción de condiciones objetivas, tales como los métodos de producción y distribución, factores políticos, tradiciones, cultura, recursos naturales y clima entre otros, de manera que no puede hablarse de una sociedad en general, sino más bien de estructuras sociales y en este caso de la representación social, que aunque son relativamente fijas en un determinado momento histórico.

La Representación social del *vph* responde a este carácter social del individuo, del cual hace referencia Fromm, que viene a ser una forma de comportamiento en la que cada persona tiende a querer comportarse tal como quiere su grupo que se comporte. (Fromm, 1949) La información que obtiene este sujeto responde a factores políticos, económicos, filosóficos y religiosos, y actúan como sistemas estables de la conciencia.

Recapitulando, se tiene que las principales prácticas y pensamientos presentes en este cantón son las siguientes:

- Es muy importante resaltar la representación social que se tiene del *vph* como una enfermedad crónica de las mujeres, con elementos justificantes que la establecen desde sus prácticas sexuales individuales.

- La objetivización de esta representación social está sustentada en la concepción de que la persona, como individuo, es el causante de sus propios males, en este caso la mujer.
- Por lo tanto, el anclaje va a darse a partir de las prácticas sexuales individuales-femeninas como las causantes de las altas tasas de incidencia y mortalidad.
- La representación social del *vph* está anclada en factores de género y factores de vulnerabilidad. El núcleo figurativo es la promiscuidad.
- Como parte del abordaje en salud sexual, se deben considerar las prácticas sexuales arraigadas al género, la vulnerabilidad social presente y los procesos de estigmatización desde los referentes históricos de la región.
- La responsabilidad de transmisión está asociada a la práctica sexual de acuerdo con el género.
- Los programas de prevención y promoción se abordan desde una perspectiva de responsabilidad individual, que se traduce en políticas de gestión basadas en el cumplimiento de un porcentaje de mujeres que se realicen el *pap*, como única medida de control y abordaje de la enfermedad.
- Se debe poner especial énfasis y evaluar en profundidad, la existencia de estigmas, en frases como: “*así son aquí*”, “*aquí se vive mucha unión*”

consensual”, aspectos asociados a las prácticas sexuales y que desde una naturalización “*de ser así*”, pueden estar limitando los programas de prevención en salud sexual.

- Dado que los hombres son portadores del virus y son mayoría en el cantón, es urgente la necesidad de involucrar a los hombres en los programas de promoción y prevención a nivel de salud sexual y reproductiva de la región, este es un aspecto que se debería considerar dentro de los parámetros de abordaje.
- Se mencionan diferentes percepciones entre las prácticas sexuales de los hombres y las mujeres, a estos se les considera “más activos” que a las mujeres. Esta es una condición de vulnerabilidad para la salud sexual y pública de la región.

4.4.2 Cantón de Tarrazú.

4.4.2.1 Análisis de contenido semántico en las entrevistas en profundidad realizadas a funcionarios (as) de salud y usuarios (as) por categorías.

En el análisis semántico del contenido de las entrevistas se establecieron algunas categorías semejantes al cantón de Pococí y otras fueron exclusivas de estos discursos. Se utilizó el apoyo del Atlas ti, se estructuraron familias de categorías y se mantuvo el análisis procesual para su selección.

Categoría: El virus del papiloma humano, sus significados.

En esta categoría se destaca en el discurso de los (as) entrevistados(as), una asociación de la forma de transmisión del *vph* con conductas promiscuas y varones de riesgo.

En este aspecto, vale resaltar la relación directa y el anclaje del significado del *vph* con prácticas culturales de género y cómo se objetiviza sobre el poder sobre el cuerpo femenino por medio del *pap*. Destaca en el discurso la presencia de la vulnerabilidad con respecto de la salud de la mujer, por la no existencia de procesos de protección, promoción y prevención para el hombre, desde la política de abordaje de las Instituciones de Salud, que en este caso compete a las autoridades de la CCSS.

En este discurso se destaca la toma de conciencia del papel de portador del hombre en la transmisión del *vph* y la falta de promoción y prevención hacia la población masculina.

E: Entonces, consideran que el papiloma, el papanicolau, se hace para personas que tienen vida sexual activa

F: Exactamente y promiscuos. Nos dicen que siempre le han dicho a uno de los factores de riesgo, vida sexual activa a edades temprana, este, y promiscuos o varones de riesgo, no necesariamente que la mujer sea promiscua, sino varón de riesgo.

E: Eso es muy importante, varón de riesgo y promiscuo

F: Si, o sea, que para la mujer es un factor de riesgo el varón de riesgo (pausa)

E: Pero aún a pesar que esto es uno de los factores de riesgo no se trabaja al varón

F: No, definitivamente, exactamente, mire, desde el punto de vista de tratarlo a él, ¿verdad?, porque en algún momento, bueno, porque va a seguir infectando o porque podría él mismo tener el cáncer

E: Que el cáncer de pene sabemos que sale un caso al año, pero no deja de ser él el portador

F: Pero exactamente, pero ni si quiera se le trata en lo que es curación y mucho menos en lo que es promoción de la salud, ni prevención de la enfermedad, o sea, a los varones no se les insiste eh.

E: ¿A pesar de ser un factor de riesgo?

F: Por supuesto a pesar de que es ser el principal digamos ahí (Funcionario de salud-Tarrazú, diciembre del 2005)

En este discurso, al igual que el discurso con funcionarios del cantón de Pococí, se presenta una asociación directa de la transmisión del *vph* con respecto de los varones de riesgo y conductas promiscuas. No obstante, las tasas de incidencia y mortalidad por cacu entre ambos cantones es proporcionalmente opuesto y contrastante.

Por otro lado, la usuaria evidencia que para el caso del virus del papiloma la mujer la que debe “cuidarse”, además de hacer referencia del efecto de esta enfermedad sobre el cuerpo de la mujer, más que sobre el del hombre.

U: Bueno, más que todo más que a la mujer se le ha dicho que hay que cuidarse que hay que, nada que hay que cuidarse que, bueno nada más a los hombres no se les interna tanto como a las mujeres. (Usuaría, Tarrazú, diciembre del 2005)

Se destaca la objetivización que se hace por medio del “control del cuerpo femenino”, es decir, se les presiona para que se realicen el pap y, tal parece que, ésta es la práctica que ha permitido la protección y las bajas tasas de incidencia y mortalidad.

Categoría: Diagnóstico y Manejo de la información (cultura – género – vulnerabilidad)

En la categoría de diagnóstico y manejo de la información, resalta la labor que se ha logrado en este cantón, al lograr cumplir los compromisos de gestión con gran cobertura, si se le compara con otras clínicas de otros cantones del país.

Expresan en sus discursos la actitud de las usuarias, una actitud de protección y de colaboración con los programas, ellas (las usuarias) utilizan frecuentemente los servicios de salud. Asimismo se destaca la actitud de protección que muestran las usuarias, ante la vulnerabilidad que viven, dada la situación de migración que se presenta por parte de sus parejas.

E: Pero por ejemplo, ¿Por qué crees vos que la gente sí viene a hacerse los exámenes, específicamente, porque las mujeres vienen hacerse el papanicolau?

F: Por cuidarse ellas mismas.

E: ¿Pero eso por qué?, ¿Aquí tienen esa conducta?

F: Pues es una, tal vez una situación y esa es muy usual ver a las señoras hay muchas solas y sus maridos están en Estados Unidos, cuando vienen ellos, entonces van hacerse el papanicolau para ver si el marido no...

E: Ah! porque ellas tienen conciencia de que ellos allá probablemente tuvieron otras mujeres, entonces ellas lo asumen por la condición migratoria que hay en esta zona.

F: Exacto, sí y las señoras, ya le digo, las señoras vienen a hacerse el papanicolau cada dos años, ya una vez al año ellos ya le dejan el papelito, porque alguien les recuerda, tal vez en la casa no, pero aquí afuera les está recordando que hay que hacerse el papanicolau. (Funcionario salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Con este discurso, es importante resaltar la conciencia que se tiene acerca de la vulnerabilidad y exposición que tienen las mujeres, dada la situación migratoria de la región. Hay que destacar, que el funcionario menciona que en ellas existe la actitud de cuidarse.

Pareciera evidente en su forma de ser y comportarse, la actitud de cuidarse a sí mismas, como una práctica social, es algo que, de acuerdo con lo analizado con los (as) entrevistados (as), está siendo aprendido y estimulado en la región.

En el discurso de una usuaria, esta misma situación de cuidarse es claramente expresada:

E: ¿cuál es el concepto de sobre la vida sexual hay alguna diferencia estereotipos, entre hombres y mujeres?

U: Bueno, más que todo, más que a la mujer se le ha dicho que hay que cuidarse que hay que (...) nada que hay que cuidarse que, bueno nada más no se les explica tanto, como tan como explicando por qué... solo que hay que cuidarse. (Usuaría-Tarrazú, diciembre del 2005)

En este discurso se puede observar la objetivización sobre la práctica que se podría denominar de “obediencia” ante lo solicitado por las autoridades sanitarias es decir “solo hay que cuidarse”; no muestran duda, simplemente lo ejecutan, donde destaca el poder sobre el cuerpo femenino.

En esta entrevista con funcionarios (as) de salud se destaca la labor de colaboración por parte de la población femenina, así como la posición del (la) funcionario (a) de salud, que busca estimular y educar a la usuaria.

F: Porque nosotros digamos lo entregamos, en general digamos la población ya está muy educada, bueno a nivel ahí donde yo trabajo, está muy educada, son realmente muy pocas las señoras que no se hacen el pap (...)

E: Ah esto es muy importante, o sea ¿aquí la gente se hace el examen?

F: Aja, son muy pocas las que no se lo hacen.

E: ¿Por qué crees que se hacen el examen?, ¿Por qué están anuentes?

F: Si porque somos muy necios nosotros digamos.

E: ¿Pero, qué la población les ayuda?

F: Si la población nos ayuda digamos, y el mismo doctor también o los doctores de aquí se meten mucho en eso.

E: ¿Por qué?

F: ¿Por qué?

E: ¿Son amables o que es lo que hacen?

F: Si ellos, bueno, tratan bien a la población, e inclusive es uno de los puntos que más referencia le dan ellos al papanicolau, porque parte que lo piden aquí como compromiso de gestión en el trabajo, entonces se le pone mucho énfasis.

E: ¿Y han tenido una mujer así como rejega? ¿Qué hacen ustedes?

¿Dónde encuentran más personas? esa es la primera pregunta.

F: Este, sí se da el caso de señoras que no les gusta, y dicen que no y no, uno le da la educación.

E: ¿Se les explica cómo se hace el examen?, que es un examen ginecológico, etc.

F: Sí, que es rápido, inclusive hasta se les da la opción, porque hay mujeres que no les gusta pasar con un doctor-hombre, entonces hasta se le da la opción a que se lo haga con una doctora verdad, se les da la opción, se les dice los pro, los contra, verdad y hay gente que si accede y otra que no, no le gusta.

Entonces bueno en el caso de nosotros, para nosotros es parte de su responsabilidad, nosotros lo que hacemos es llenar referencias, si la señora no quiere de ninguna forma hacerlo, bueno nosotros la ponemos a firmar en el expediente que ella no quiere hacérselo pero por cuenta de ellas, digamos ya dándole toda las indicaciones, aunque siempre eso es en una visita, la próxima visita se sigue insistiendo, insistiendo, ha llegado el caso de que ya por necesidad se lo hacen verdad.

E: Ya, ¿pero ustedes si insisten mucho?

F: Si, pero más que todo los casos se dan en señoras ya mayores.

E: Ahora eso es lo que te iba a preguntar, ¿Qué si tenían más resistencia a una edad específica?

F: Si más que todo en las señoras mayores.

E: En las señoras grandes ¿De qué hablas, más de 60 o más de 50 o mas de 40?

F: Ha si más de 60, hay señoras de 80 que no se lo han realizado, pero dicen no, no yo para que me lo voy a hacer, para que me voy a hacer eso si ya no.

E: Ese para qué, ¿qué significa?

F: Que, Bueno.

E: ¿Cómo que si ella no tuviera vida sexual?

F: Como, como, si, es que ellas piensan que solo teniendo vida sexual, tienen que hacerse el papanicolau, nosotros les explicamos que no, que aunque ya hayan dejado de tener vida sexual, siempre tienen que realizarse el papanicolau, más bien esos son los de mayor mortalidad. Y también como muchas señoras dicen bueno es que ya está muerto mi esposo o todo eso, entonces son como las que más dicen que no, o por la edad también, que ya la edad de ellas, ya que les puede

dar, que les puede hacer, que esto que el otro. (Funcionario(a) de salud-Tarrazú, diciembre del 2005)

En esta entrevista, el funcionario destaca aspectos que denominamos dentro del anclaje de la RS, a partir de elementos de género, cultura, estereotipos, donde se muestra una claridad hacia cómo abordar las necesidades de cada grupo de edad, así como sus temores.

En otra entrevista con una usuaria, se destaca en las prácticas una concepción desde la inequidad (objetivización) entre el hombre y la mujer, así como la presión que ejerce él sobre el cuerpo de ella.

E: ¿Qué es salud reproductiva?

U: Eh, bueno salud reproductiva para mi es, ya lo que es propio en sí, eh, ya lo que es la planificación familiar, porque reproductivo si nos estamos reproduciendo si utilizamos un método de planificación familiar, sino se utiliza y si se utiliza y ya lo que es salud sexual, bueno que viene muy de la mano, vienen de la mano en lo que es salud sexual es el evitar, eh, enfermedades de transmisión sexual, el aseo sexual, eh, el aseo digamos de los órganos genitales, eh, eso es digamos para mi salud sexual, pero si vienen de la mano, porque igual usted para tener una relación sexual, eh, igual ahí viene la reproducción yo creo que van de la mano la salud sexual y la reproductiva.

(silencio)

E: ¿En qué sentido?

U: Bueno, se da mucho del machismo que el hombre es el que tiene el poder que la mujer es de la casa y que el hombre es de la calle y esto aquí en esta zona se da bastante y eso digamos más que todo esos estereotipos de machismo y que la mujer

debe ser la sumisa, la sumisa, la que tiene que acatar digamos lo que dice el hombre, pero digamos yo pienso que ahora en la actualidad ya se está tratando o rompiendo un poco eso. (usuaria, Tarrazú, diciembre del 2005)

Este aspecto, guarda una relación significativa entre las prácticas de hacerse el pap, como un factor cultural que está asociado a las bajas tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*. Es interesante resaltar, que aún a pesar de contar con aspectos vulnerables y de gran riesgo, como lo es la migración alta de sus parejas-varones o el tener el concepto de que el hombre tiene el poder sobre el cuerpo femenino y que la mujer debe ser la sumisa, ambos conceptos – obediencia y poder – vienen a objetivizar y a anclar la *RS* del *vph* y se convierte en elementos protectores para la salud de las mujeres de este cantón.

Categoría: Salud Sexual – género – cultura.

En esta población se destaca una actitud de protección, así como campañas de promoción desde quinto grado de primaria, a pesar de que la categoría religión, está presente en el discurso de los funcionarios, como una limitante para la promoción. La promoción está siendo abordada de manera individual, desde los servicios de la clínica del adolescente.

E: ¿Pero si cree que hay un control religioso?

F: Si a usted la tachan de todo lo que quiera ante la ley, el padre (refiriéndose al sacerdote de la comunidad) la tacha y ni siquiera se le permite se le permite entrar a la iglesia...si hay.

E: O sea, ¿si hay represión social sobre ellas?

F: Si, imagínate el padre (haciendo referencia al sacerdote), por ejemplo yo se que han devuelto muchachas que se van a comulgar porque saben... que ya no son vírgenes

E: ¿De verdad?

F: Imagínese entonces hay muchachas que no van a esta misa y van a otra donde le padre si las comulgue (Funcionario(a) salud- Tarrazú, diciembre del 2005)

En una situación como la descrita, donde la religión ejerce poder y control sobre el cuerpo y la vivencia de la sexualidad femenina, esto se convierte en un aspecto esencial dentro de los factores culturales que están afectando las tasas de incidencia y mortalidad.

En este caso, el factor religión, que se muestra como un control hacia el cuerpo, la vivencia y la sexualidad de las mujeres, pareciera que se convirtió en un factor que podría denominarse de protección o de control sobre el cuerpo femenino, en lo que respecta a la salud sexual, no necesariamente en lo que respecta a la vivencia placentera de la sexualidad.

Paralelo a esto se resalta la labor que se hace desde la Clínica, de manera individual y que busca generar conciencia y educación de la sexualidad, sobre todo en la población adolescente.

E: O sea no hay un proceso de prevención o de promoción de la salud dando ese tipo de información no de manera terrorista como se ha venido haciendo de si tienen relaciones sexuales vean las infecciones de transmisión sexual, donde salen unas fotos horribles que todo mundo sale vomitando, no yo hablo como de información general

F: Individual si individualmente tal vez si como le digo se aplica el test, este se empieza a hacer a los 10 años...

E: ¿Pero solo si el chiquillo comienza con conductas de riesgo...?

F: No, no, no se le hace a todos los de 10 años en general que vengan a la consulta

E: Entonces su trabajo es individual no colectivo, como de uno a uno en las comunidades.

F: No, se ha tratado de hacer grupos de adolescentes se hacen, pero individualmente un chiquillo cuando llega ya empieza a hacer preguntas.

E: ¿Se establece como una promoción de la salud a nivel individual con la consulta del adolescente?

F: Exacto sí, pero si falta hacerse más.

E: Inclusive en la conciencia de los chiquitos para que sepan que deben hacerse el examen de próstata, el cáncer de testículo que es algo que no se trabaja no hay muchos casos pero empieza a los 15, o sea no se trabaja pero es algo que les va a dar en la adolescencia igual el cáncer de mama ¿verdad? como que no tenemos esa misma promoción en la escuela, pero por el sistema, pareciera que el sistema no lo tiene organizado

F: El sistema no lo tiene establecido.

E: ¿Y como comunidad no lo ha organizado?

F: No porque son temas que cuesta tratarlos...

E: Y también van a ser restringidos ¿verdad?

F: Si.

(Funcionaria(o) de salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Este funcionario alude la posición de abordar, considerando situaciones de género, edad, condiciones culturales. Abordar tanto a los hombres como a las mujeres, con el objetivo de prevenir; no obstante, se toma conciencia de las limitaciones del sistema de salud y de la cultura de la región.

Una usuaria destaca su conocimiento de género y su posición al respecto, digno de resaltar como un ejemplo de educación en el tema, además de destacar el asunto del placer en la relación como un derecho:

U: el género si es importante también dentro de lo que es la sexualidad porque uno tiene que estar identificado al género que uno pertenece, eh, igual las otras personas es importante que se identifique porque eso no lleve a conflictos entre digamos entre los diferentes entre las personas del mismo género o de diferente género.

(silencio), bueno en realidad yo pienso que en eso no debería de haber, o sea género como yo tengo el poder en una relación sexual no, tienen que ser un mutuo acuerdo y en donde nadie ninguna de las dos personas que están en una relación sexual ejerza el poder.

El placer es muy importante y pienso que debe ser un placer mutuo entre las dos personas que están teniendo las relaciones sexuales y no pensar solo en el placer propio sino en dar placer y que me den placer, o sea, no, porque muchas veces las personas quieren satisfacer las necesidades de placer y olvidan las necesidades que tiene el compañero, entonces es importante que haya placer en ambos sentidos dar placer y recibir placer. (Usuaría, Tarrazú, diciembre del 2005)

Retomar el tema del placer dentro de una descripción de género se convierte en una fuente importante de información acerca de las actitudes y prácticas de las *mujeres en*

este cantón. Esta clase de asociación entre género y placer no estuvo presente en el discurso de los (as) entrevistados (as) del cantón de Pococí. Esto podría estar asociado a una toma de conciencia o el haber recibido formación en el tema.

Categoría: Relaciones de pareja – vulnerabilidad – poder.

Uno de los elementos que destacan en este cantón es que se menciona la situación de las mujeres solas, no como causa de una enfermedad, sino como una situación de vulnerabilidad. No se presenta como causa de enfermedad pues la estadística menciona lo contrario, hay bajas de tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

A pesar de esta posición, hay poca conciencia en algunos funcionarios de salud, de los factores de protección que existen en la zona con respecto del *vph*, inclusive un poco de resistencia a creer en los datos proporcionados.

No obstante, la mayoría de los (as) funcionarios (as) entrevistados mostraron con claridad la posición de que las mujeres de este cantón tienen una conciencia de querer y buscar cuidar de su cuerpo, lo que denota el poder que ellas han mostrado o se les ha inculcado en lo que respecta a la protección de su salud.

Vale destacar que en la definición del *vph*, en los documentos de salud sexual, se menciona al varón de riesgo, sin embargo desde la política de la CCSS no se aborda a este varón de riesgo lo que viene a limitar las posibilidades de obtener mejores niveles de salud.

Sin duda, el factor de abordaje por parte de las Políticas de salud, al no considerar a los hombres dentro del diagnóstico y promoción de este virus, es una gran limitante, se convierte en un factor cultural y de género, que propicia el aumento en las tasas de incidencia, además de convertirse en elemento de vulnerabilidad en general para la salud de las mujeres.

E: ¿Y por ejemplo, ¿cómo hacen, no hay ningún factor de prevención con los hombres?

F: No.

E: ¿No?, es decir ¿se trabaja el hecho de que ellos sean portadores y que están enfermando a otras mujeres?, ¿solo se trabaja a la mujer? ¿Esta enfermedad solo trabaja a la mujer?

F: Si hasta donde yo sé solo a la mujer.

E: ¿Hasta en la capacitación que han recibido? Verdad, porque usted mismo me lo estás diciendo desde el principio, es un virus de transmisión sexual, en el que se enferma la mujer y el hombre es portador.

F: Si pero no.

E: ¿No se ejecuta está segunda parte?

F: Claro desde la raíz no se ha combatido que es el hombre, mas que todo porque el hombre es el transmisor sexual. (Funcionario(a) salud- Tarrazú, diciembre del 2005)

A pesar de que existe conciencia por parte de los funcionarios de salud, pues es parte de la capacitación que se recibe por parte de las instancias de salud, la organización y apoyo que debiera existir hacia la atención del hombre, como portador del virus, no se está realizando.

Como se ha venido mencionando, este es uno de los principales factores culturales, desde donde se objetiviza y se ancla la *RS* del *vph*. Podrían estar estos factores incidiendo en la transmisión del virus del papiloma, además de estar presente en lo que respecta a la organización y ejecución de políticas de abordaje para con la salud sexual de los hombres y mujeres.

Se hace referencia que la posición de la CCSS es una limitante para el abordaje, del cual los (as) funcionarios (as) son conscientes pero no se asume, justificando su actitudes de que no está claramente definido en las políticas de abordaje de la Institución.

En entrevista con usuarios, los referentes desde el discurso, hacen mención de los tipos de relaciones entre hombres y mujeres como parte de las causas de la incidencia en la infección por *vph*:

E: Eh, la sociedad marca a veces, la sociedad marca el machismo, o sea,

U: Bueno, se da mucho del machismo que el hombre es el que tiene el poder que la mujer es de la casa y que el hombre es de la calle y esto aquí en esta zona se da bastante y eso digamos más que todo esos estereotipos de machismo y que la mujer debe ser la sumisa, la sumisa, la que tiene que acatar digamos lo que dice el hombre, pero digamos yo pienso que ahora en la actualidad ya se está tratando o se está rompiendo un poco eso.

E: ¿En la zona se da?

U: Si.

E: ¿Y se da también lo que es la infidelidad?

U: A sí, sí, yo pienso que si se da bastante, o sea uno no ve, pero digamos lo escucha, o sea escucha uno que si se da mucho la infidelidad y se da mucho del hombre a la mujer, pero también de la mujer al hombre. (Usuario(a), Tarrazú, diciembre del 2005)

Se destaca la toma de conciencia de las “diferencias” establecidas para los géneros y su relación con la sexualidad. Esto es un elemento de la cultura que, para la situación de Tarrazú, podría estar asociado con una alta tasa de incidencia, sin embargo no existe esta alta tasa de incidencia y mortalidad. Esta situación evidencia la presencia de actitudes de protección en las mujeres, como única relación con esta baja en las tasas, pues las prácticas sexuales de los hombres son semejantes a las descritas en el cantón de Pococí, cantón con altas tasas.

En el discurso de un usuario varón se destaca la situación histórica, pero mantiene la posición de que espera que haya igualdad, elementos que no fueron observados en el discurso de los usuarios de Pococí. También destaca las diferencias de género con respecto de la vivencia de la sexualidad.

E: ¿Usted sabe qué es género?

U: Si, está bien marcado, si son dos géneros únicamente masculino y femenino de ahí la sexualidad.

E: ¿Y el poder, tiene alguna relación con el género y la sexualidad?

No, porque el poder se. Me retracto porque el poder (...) y en una pareja (...) la mujer y el hombre tiene poder llámese de fortaleza o llámese sentimentalismo, pero si puede ser.

Mm, actualmente si digamos que están bastantes marcados esas diferencias si porque digamos, eh en tiempos pasados digamos existían más libertad para el hombre eh

digámoslo del concepto machista, actualmente no, esto se ha vuelto muy liberal para cualquiera de los dos es independiente, no se respetan, digamos relaciones de pareja si se tiene o no, independiente si es hombre o mujer creo que están marcados.

Es más aceptada la infidelidad masculina definitivamente,(...) conversaciones muy machistas, pero por lo mismo ya me entró cierta costumbre de que es más aceptada digamos así perdonada la infidelidad masculina que una mujer no se considero que para enamorarse un hombre acepta muchísimo más una infidelidad que por parte de la mujer.(usuario, Tarrazú, diciembre del 2005)

En este discurso, los elementos que vale la pena destacar son el reconocimiento de las relaciones desiguales y de poder existentes entre los géneros. Este nivel de información no se observó en los usuarios de Pococí, lo que puede denotar un nivel de información diferente con respecto de estos temas o áreas de la sexualidad en los usuarios del cantón. Esta situación podría estar marcando las actitudes de protección y de utilización del recurso del *pap* en las mujeres.

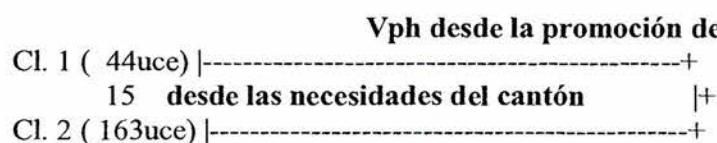
4.4.2.2 Análisis de contenido sintáctico de las entrevistas: Cantón de Tarrazú.

Para el análisis de las entrevistas en profundidad, como se explicó anteriormente, se utilizó el programa Alceste, versión 4.5. El procedimiento consistió en analizar el grupo de palabras en relación con el contexto de donde estas surgen, así como el referente de quién lo dice. A partir de esta posición, se analizaron los tres discursos, es decir, el de los (as) directores de las clínicas, el de los (as) técnicos (as) de atención primaria y el de los (as) usuarios (as) de ambas regiones.

Se presenta inicialmente uno de los dendogramas²⁸ que muestran mayor claridad de la representación social del cantón de Tarrazú.

Este análisis busca establecer la forma en que se organizaron los datos, para luego establecer la representación social del vph y los elementos que dan justificación y sustento a esta representación.

Clasificación descendente jerárquica - Dendograma de clases estables (à partir de B3_rcdh1):



Para cada clase se establece una categoría que podría ser definida de la siguiente manera, de acuerdo con el vocabulario específico en cada clase.

Clase 1: El vph debe de abordarse desde la promoción de la salud.

Lo que destaca es la palabra “papanicolau” y la labor de promoción y prevención realizada con los y las adolescentes. Se menciona mucho lo que realizan en frases como:

Aplicamos un cuestionario y una de las partes es la de atención primaria con el adolescente entre 10 y 19, dependiendo de las respuestas se le da esa información.

Se les explica y se procura que no este nadie cercano digamos papá o mamá nadie cercano o se les pregunta tu mamá sabe si ella dice que si, entonces puede decir a la mamá y si dice que no.

Porque consulta adolescente una vez al año entonces en ese instrumento, se les van haciendo preguntas y tienen que llenarlas, si dicen que si entonces tienen que contestar

²⁸ La clasificación descendente o dendograma producido por el método de la clasificación jerárquica descendientes, como se observa, similar al análisis de conglomerados. Se lee de derecha a izquierda, de tal manera que las clases unidas en el último nivel de “ramificación” (del lado derecho), tiene una mayor asociación que aquellas que se separan de los primeros niveles.

otras preguntas. ¿si ha usado condón? ¿Cuándo fue la última vez?, si dicen que no, pasan a la pregunta siete por eso les decía y entonces cuando llegan y dicen que si, ahí es cuando se les explica cómo es... se les motiva, se les motiva. (Funcionario (a) de salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Estos comentarios denotan el anclaje de la RS por medio de la labor de diagnóstico y el gran deseo de motivar, proteger y adecuarse a las circunstancias culturales e individuales, con tal de incentivar el cuidado de la salud en las preadolescentes y adolescentes, es una labor básica y de gran utilidad a lo que hacen referencia al administrar estos cuestionarios. Se convierten también, en los elementos justificantes que ayudan a que la enfermedad no se desarrolle.

Vale la pena destacar los cuidados que muestran de acuerdo con las necesidades, en frases como: *se procura que no esté nadie cercano*. Interesa proporcionar un espacio privado para poder lograr un compromiso por parte de la adolescente.

También se consideran otros factores de vulnerabilidad, como la situación de los inmigrantes que llegan para la recolección de café.

E: Pero la gente por años la gente ha sido muy estable aquí se ha quedado han migrado poco

F: Bueno, la migración que hay como le digo es a Estados Unidos básicamente a trabajar, eso es cultural aquí desde hace mucho.

E: Siempre se van, pues solamente tienen lo del café, que es muy fuerte aquí en la zona

F: Que eso nos trae otro problema que como ya la gente no quiere coger café, esto, en esta época esta lleno de inmigrantes, pero bueno.

E: Entonces aquí emigran ellos los indígenas.

F: Si, claro, vienen de paso ¿verdad?, vienen en la época de café y luego se vuelven a ir, ese es otro problema. (Funcionario salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Como se puede destacar, estos funcionarios tienen conocimiento y toman en cuenta situaciones como la movilidad poblacional que vive el cantón, aspectos que no descuidan, que mencionan y que consideran como parte de los riesgos de la zona.

En el discurso de esta usuaria se hace referencia a dos casos, desde los cuales se abordaron sus enfermedades. Se visitan y se promovió que se curaran los pacientes. Es decir, se adaptó el sistema a las necesidades de las personas.

U: Eh, algún caso de un señor como de 50 años ese señor si tenía, eh ese señor es de, bueno de Santa María, ese señor si ya aquí, él vino porque el tenía que venirse a aplicar el tratamiento, eh aquí si porque no se puede llevar el medicamento para la casa, entonces tenía que venirse a aplicar el tratamiento aquí.

Y después en la comunidad de San Pablo de León Cortes en un distrito de San Pablo ese fue una mujer, la doctora del ebais es la que le aplicaba el tratamiento a la señora. (Usuaria, Tarrazú, diciembre del 2005)

En este discurso se evidencia que los (as) funcionarios (as) de salud están presentes y buscan acercarse a la comunidad. Esto puede producir una sensación de confianza y aprecio por los servicios recibidos de parte de la clínica de la comunidad.

Esta actitud de los funcionarios (as) de salud también podría lograr que las usuarias sientan la confianza necesaria para llegar a realizarse el *pap* como parte de los servicios de salud del cantón, porque los consideran buenos.

Clase 2: El abordaje del vph se hace desde las necesidades y situaciones del cantón.

Para esta clase, lo que más se destaca es la descripción de la situación social y cultural de la comunidad, así como el detalle de actividades, dificultades y logros para poder hacerle frente a la situación cultural. Esto evidencia que la enfermedad se le aborda de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

En este discurso está presente la situación migratoria que forma parte del discurso en los (as) funcionarios (as) de salud y en los (as) usuarios (as)

“Bueno, la migración que hay como le digo es a Estados Unidos básicamente a trabajar, eso es cultural aquí desde hace mucho”.

“Yo creo que están en más riesgo (...) Están en más riesgo porque tarde o temprano van a tener que necesitar un apoyo sentimental de alguien (...) y pues tal vez el económico si lo tengan porque si les mandan a algunas desde allá (...) Supuestamente, pero también hay mujeres, son personas tarde o temprano la parte sexual también... la, este. (...) Exactamente, ya eso empieza a generar una serie de riesgos donde están expuestas” (Funcionario de Salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Tanto funcionarios como usuarios muestran un gran sentido de conocimiento de la situación. Se destacan aspectos que están asociados con características o prácticas que denotan o expresan un posible contexto de vulnerabilidad, como el denominar a este cantón “el cantón de las mujeres solas”. Desde esta posición se aborda una situación de riesgo para las mujeres.

A partir de esta situación, en este cantón se han establecido prácticas, como labor de prevención y promoción, desde los grupos de preadolescentes y adolescentes. Manejan

información clara y certera de la situación socio-cultural; además, expresan una actitud de promover y prevenir y no caer en justificaciones individuales, sino desarrollar como elemento básico el abordaje de la enfermedad desde y a partir de esta información.

El discurso es coherente con el contexto social, determina la identidad de la comunidad y justifica la actuación del centro de salud. Hay poder sobre el cuerpo femenino por medio de prácticas institucionalizadas, como las de protección. Se muestra, fuertemente en el discurso de los (as) entrevistados, la descripción del *vph* como resultado de una circunstancia cultural que debe ser abordada sin definir.

Estos funcionarios reconocen los aspectos que podrían incrementar la presencia del *vph* y, por lo tanto, su labor es hacia la prevención y promoción. Esto genera actitudes y conductas de promoción que podrían ser consideradas dentro de los justificantes de la representación social del *vph*.

El anclaje de la *RS* del *vph* en esta comunidad está basado en prácticas de prevención y promoción. Su dimensión funcional y objetivización, están directamente relacionadas con los elementos justificantes, es decir, se trata de justificar la promoción y prevención como el resultado del conocimiento de la realidad socio-cultural que poseen.

Hay un núcleo figurativo también asociado con la promiscuidad, como sucede en los funcionarios (as) y usuarios (as) del cantón de Pococí, pero el anclaje y objetivización de los (as) entrevistados (as) en Tarrazú, está caracterizada por la enfermedad vista de manera social y cultural. Las circunstancias culturales podrían aumentar la presencia del *vph*, pero la labor de salud, junto con las prácticas de la comunidad, le dan justifican tanto el abordaje como la promoción que realizan.

En los (as) entrevistados (as) del cantón de Tarrazú, se logra hacer visible una condición del género femenino, con los consiguientes factores de vulnerabilidad del contexto social, pues denominan al cantón el “cantón de las mujeres solas”. Determinan y abordan los elementos de género implícitos en esta situación histórica y cultural que ha estado presente desde hace más de veinte años.

Se estructura, en esta comunidad, claramente los elementos que justifican, regulan y fortalecen la representación social del *vph*. Se insiste en mirar la necesidad de promover y prevenir culturalmente. El *vph* puede presentar mayor incidencia, si no se toman en cuenta la situación de género (mujeres solas) y vulnerabilidad presente en la comunidad, esto viene a justificar e impulsar la labor de prevención desde los grupos de quinto grado de la educación primaria.

En este ejemplo de análisis del discurso, el nivel de información de la enfermedad considera la situación social y cultural de la región.

Esta representación social está enraizada (anclada y objetivada) en el sistema de pensamiento. Destaca algunos elementos presentes en los referentes demográficos del cantón, específicamente en los indicadores de población, donde se recalca que, a pesar de tener mayor porcentaje de relación de dependencia demográfica (un 70,2 cuando el porcentaje nacional es de 60,1), sus tasas de incidencia y mortalidad son bajas.

Las actitudes y las prácticas de prevención de una región o cantón, son fundamentales para la protección de la salud y no solo lo es por su situación económica.

Además, desde los datos demográficos de los indicadores de salud, se muestra un alto porcentaje de la población con seguro social por cuenta propia o por convenio, así como un bajo porcentaje en la población con seguro social por cuenta del Estado. Esta es una actitud que podría interpretarse como que sus pobladores tienden a resolver sus situaciones y necesidades por sí mismos; además, el nivel de personas asalariadas es muy bajo, lo que podría implicar una mayor tendencia a generar ingresos propios, debió en buena medida a la alta tradición socio-cultural e histórica de sembrar café.

Como parte del abordaje se destacan la percepción y el compromiso que muestran los (as) funcionarios (as) de salud. Estos (as) refieren con más frecuencia la labor de prevención que realizan con los y las adolescentes. En su discurso se evidencia el deseo de promover y prevenir desde edades tempranas. Mencionan que inician estas campañas con niños (as) de quinto grado de primaria, asimismo hacen referencia a las dificultades que han encontrado, así como los esfuerzos paralelos que realizan con tal de lograr acercarse a los jóvenes.

E: Perdón un paréntesis estas muchachas que ustedes están abordando son los que están en las escuelas en los colegios o de dónde los toman?

F: Puede ser indiferentemente pueden estar en las casas y van a la consulta adolescente

E: Ah! ustedes de todas maneras motivan cuando hacen las visitas que vaya el adolescente a consulta

F: Exacto y es una de las partes de atención primaria adolescente entre 10 y 19 años que se les da.

E: Se le dice a la mamá que lleve a todos

F: Si y se pone consulta adolescente si no se da una referencia... (Funcionaria de salud,

Tarrazú, diciembre del 2005)

Como se puede observar en este diálogo el interés primordial es atraer a todos (as) los (as) adolescentes que se pueda con el interés de generar mayores estrategias de promoción y prevención, además de atenderlos de manera individual. La (el) funcionaria (o) de salud muestra un marcado interés por la prevención y la promoción.

También es importante destacar la forma en que se aborda la promoción de la salud. Los siguientes comentarios que fueron tomados del discurso de los funcionarios de salud son un ejemplo de esto:

E: ¿Y la respuesta es buena con las chiquillas?

F: Si, si, si, (pausa) yo he tenido que hacer el papanicolau por primeras vez y es muy difícil para ellas, pero por lo menos, se busca que sea una mujer, pero se les explica entonces les digo que lo toquen les digo esta duro, es frío por eso es que a veces duele a la hora de de hacer el examen..

E: ¿Ellas se asustan?

F: Se asustan porque oyen todos los gritos de un papanicolau pero cuando usted les pone la espátula, la lamina y el espéculo (menciona otros instrumentos necesarios para el pap) y les explica para que es cada cosa y que no duran ni cinco minutos y que esto esta frío entonces que va a sentir frío que no hay forma de calentarlo yo les pongo que lo doblen vean que no se puede doblar, esto va a estar rígido siempre y la (...) quitan todos el mito de todo lo que le dijo mamá, lo que le dijo la abuela que dolía y que no se qué y ya así más bien lo que dicen es que, con la experiencia de su primera vez (del examen) , pero es que yo por lo general, les explico,(...) al menos casi todos han aceptado.(Funcionaria de salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Se observa el esfuerzo que realiza la funcionaria de salud, por hacer más cálida la intervención de ella en el diagnóstico y prevención, así como por abordar aquellos estereotipos y estigmas que existen en la comunidad alrededor del papanicolau. Incluso llaman la atención los altos niveles de gestión obtenidos:

E: Es poquito, porque por ejemplo eso es lo que he notado en estos otros lugares el compromiso de gestión está muy por debajo de un 20 o 30%.

F: Ah! No, no, aquí de un 80 o 90 lo que pasa es que nos hace falta un poquito. (Funcionaria de salud- Tarrazú, 2005)

De acuerdo con los análisis comparativos con otras regiones, este cantón ha logrado completar este compromiso debido, según sus palabras, a los esfuerzos por hacer más comfortable la promoción y la prevención en lo que respecta al *pap*, así como por abordar situaciones culturales, estereotipos y estigmas alrededor del *pap*.

Se resalta la actitud de colaborar con el cambio de doctor por una doctora, con el objetivo de lograr la mayor participación de las usuarias.

F: No mira, esto, digamos a nosotros si nos afecta porque los nuestros no son ginecólogos, son médicos generales, pero nosotros si hemos visto que para hacer papanicolau, por ejemplo, yo he tenido que cambiar o más bien por iniciativa de ellos dos médicos, un doctor por una doctora, cambiarlos ese día para que la doctora sea la que haga el papanicolau.

F: Eso definitivamente pasa, definitivamente pasa no se a nivel de ginecólogos ¿verdad? Porque ya ahí viene la otra parte en lo que la mujer confie técnicamente En

el machismo también, si confía más en un ginecólogo como profesional especialista que en una mujer.

E: Técnicamente buscan más a un hombre

F: Exactamente, técnicamente, pero digamos a nivel nuestro que todos somos médicos generales, yo si he tenido que cambiar en un día determinado de trabajo, este, o ellos mismos vienen y me dicen doctor tal día voy a cambiar por tal compañera para que ella haga, porque tenemos una campaña de 60 Papanicolaou ya tenemos 60 señoras checadas, pero algunas no van a ir porque esta el doctor, entonces si cambiamos ese día a la doctora o alguna enfermera y llegan todas. (Funcionario(a) salud, Tarrazú, diciembre del 2005)

Como se puede observar existe en el (a) funcionario (a) una actitud de adaptación a las necesidades culturales y de género de las usuarias, necesidades que son tomadas en cuenta, pero también abordadas de manera programada y apoyada por los otros funcionarios de la clínica. Esta misma actitud estaba presente en los funcionarios del cantón de Pococí

Este usuario destaca la situación de machismo presente y de cómo debe de considerarse para poder mejorar, pues hay reacciones de rechazo por parte de la gente si saben que tienen una enfermedad de transmisión sexual, es decir hace referencia a los estigmas.

U: Lo que creo que como toda enfermedad de transmisión sexual si se que se que desprecia o deprime mucho la persona, eh, he visto casos que algunas que han contraído algún tipo de enfermedad de esas y si se que si es del conocimiento en la sociedad hay cierto temor y por ende llega esta depresión y aislamiento.

U: Te hablo de una zona que se ha creado que son zonas rurales, si se que como un poco problemático a nivel de la familia porque es le da un ambiente como de desprecio porque al parecer un concepto muy que se me hace muy machista o que existe una sociedad como la que tenemos, eh llega a ser incluso esta despreciativo porque lo ven como algo muy malo, que provino de algo malo. (usuario, Tarrazú, diciembre del 2005)

En esta entrevista, el usuario hace énfasis en tomar en cuenta las necesidades y situaciones que viven el hombre y la mujer cuando se enferman por medio del virus del papiloma, además menciona el rechazo y el posible aislamiento.

En este cantón, al hablar del *vph*, se menciona que es de transmisión sexual, lo tienen mucho más claro en relación con los discursos analizados en el cantón de Pococí.

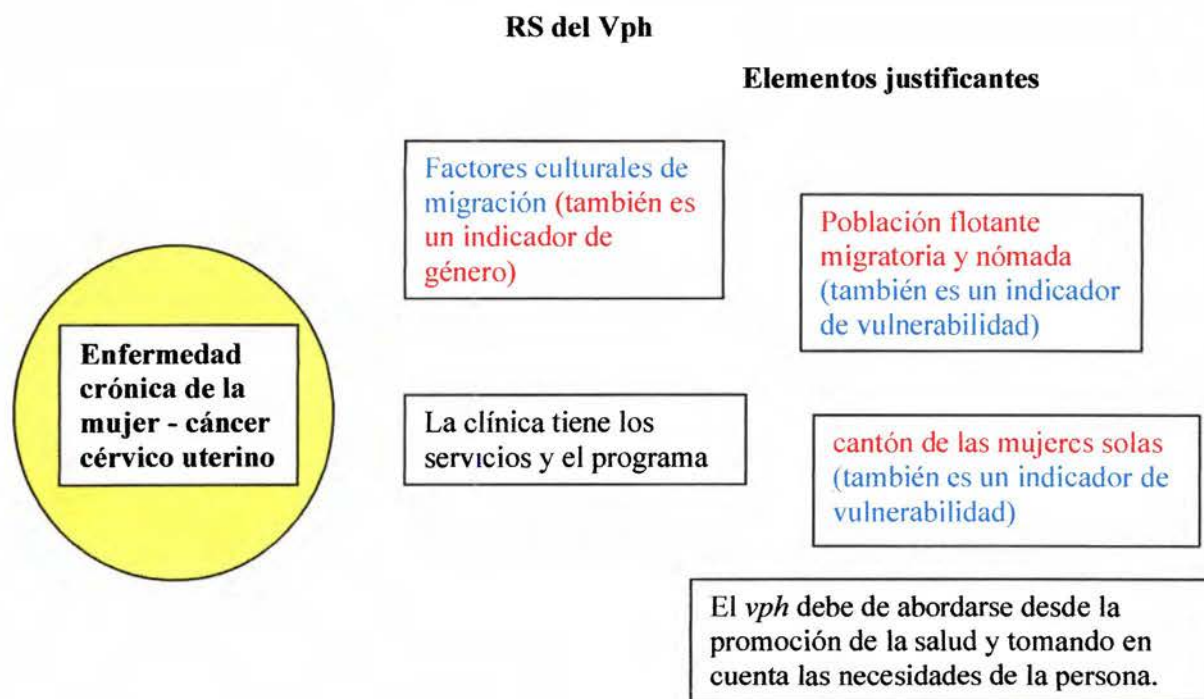
A partir del análisis de los discursos de los entrevistados en el cantón, junto con la información obtenida desde los informes de salud y entrevistas a expertos (as), se presenta el esquema de la representación social del *vph* en el cantón de Tarrazú,

Esquema de la Representación Social del VPH- cantón de Tarrazú

Si existe una representación social del virus del papiloma, se le mira como enfermedad crónica, al igual que en el cantón de Pococí.

Posee un núcleo figurativo de promiscuidad; sin embargo, los elementos de anclaje y objetivización de esta representación, hacen mención de las actitudes de protección y de querer considerar, como parte de la prevención y promoción, los factores de vulnerabilidad presentes en la región.

Estas prácticas podrían estar influyendo en las bajas tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*



Se ponen en rojo y azul aquellas prácticas que están asociadas a factores de género y situaciones de vulnerabilidad presentes.

4.4.2.3 Resultados finales para el cantón de Tarrazú:

Recapitulando, se tiene que para el cantón de Tarrazú algunas de las prácticas que se mencionaron que son importantes de resaltar son las siguientes:

- Es un cantón que desde el análisis del discurso evidencia la presencia de organización y asume comunitariamente sus circunstancias culturales, se muestran niveles de responsabilidad.
- Los porcentajes de seguro voluntario y bajos porcentajes de seguro por el Estado, a pesar de tener un alto porcentaje de dependientes en cada familia, lo que podría estar asociado a una mayor pobreza no están reflejados en las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.
- A pesar de que la población masculina muestra un grado menor de escolaridad que el de las mujeres y que en el cantón de Pococí, sus niveles de incidencia y mortalidad por *vph* son muy bajos. No parece que el grado de escolaridad esté asociado con la alta o baja tasa de incidencia y mortalidad.
- El abordaje, desde el discurso de los (as) funcionarios (as) de salud, está basado en las actitudes y los valores de la comunidad, por enfrentar y asumir sus situaciones de riesgo socio-culturales desde la promoción y la prevención desde edades tempranas.
- Este cantón muestra una baja tasa de incidencia por *cacu* y un alto porcentaje de compromiso de gestión logrado en lo que respecta a la realización del *pap* en la población femenina.
- Desde la condición y forma de abordaje de los (as) funcionarios (as), este cantón proporciona sugerencias que podrían aplicarse en un modelo de

salud con el interés de mejorar la condición de salud de los cantones en el país.

- Los usuarios son conscientes del papel de transmisión sexual del *vph*, además destacan la problemática social y emocional que pueden vivir las personas que son infectadas por este virus.

El anclaje en conductas de protección y la objetivización en la forma en que se analiza la situación cultural de la región se convierten en elementos protectores que pueden estar asociados a las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

4.4.3 Resultados y comparación entre los cantones de Pococí y Tarrazú.

Se presenta una comparación entre ambos cantones. Se busca demostrar los referentes y elementos justificantes de uno y de otro, que podrían estar asociados con las tasa, de incidencia y mortalidad.

Un elemento inmerso en el discurso, es el asunto del estigma. Goffman (1963) acuña el término estigma para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador en las interacciones sociales. Para este autor, lo fundamental es la connotación social que tiene este atributo, no el atributo en sí, ya que puede desacreditar o no a un individuo según la connotación que tenga en el contexto social en que se encuentra.

Se hace mención de tres tipos de estigmas; uno en que el individuo es desacreditado en todas las interacciones sociales, como en el caso de deformaciones físicas. Otra en que el individuo es descalificado por el hecho de pertenecer a cierto grupo étnico o social discriminado en una determinada sociedad. El tercer tipo corresponde a ciertos tipos de

comportamientos que son sancionados socialmente, como la prostitución; entonces se habla de un estigma des-acreditable.

En el discurso de los (as) entrevistados se hacía mención a la “promiscuidad” o a “portarse mal”, haciendo referencia a los estigmas que pesan sobre el comportamiento sexual de las mujeres.

- ✓ Ambos cantones, desde los discursos analizados, describen el virus del papiloma humano y lo caracterizan desde la perspectiva de enfermedad crónica, como cáncer cérvico-uterino y desde el examen del *pap*; pero sus elementos justificantes son diferentes. En el cantón de Tarrazú sí se menciona en el discurso de los usuarios que el virus es de transmisión sexual, no así en los (as) usuarios (as) del cantón de Pococí, quienes manifestaron desconocer la forma en que el virus llega al cuerpo.
- ✓ Comparando el análisis temático entre cantones, se destacan dos elementos justificantes en el cantón de Tarrazú que no se encuentran en el cantón de Pococí; estos son: trabajo de la comunidad y sistema de salud. El enfoque, para el cantón de Tarrazú, se dirige hacia la colaboración y el apoyo de los residentes en aspectos de salud.
- ✓ En estos datos se observa la presencia de tres aspectos básicos y necesarios de considerar como factores culturales que inciden en la transmisión del virus del papiloma y que son inherentes a los modelos de salud: el género, los estigmas

des-acreditables, como elementos que podrían estar haciendo invisible el tercer aspecto, que es la situación de vulnerabilidad de la región.

- ✓ En ambos cantones las prácticas sexuales de acuerdo con el sexo, fueron referidas como promiscuidad o que no se vivían de manera no responsable. No obstante, para el cantón de Pococí, estas prácticas muestra graves consecuencias sobre las tasas de incidencia y mortalidad. A pesar de obtener la misma referencia con respecto a las prácticas sexuales, las mujeres de Tarrazú, desde sus actitudes, buscaron realizarse más frecuentemente el *pap*. Ambas situaciones tuvieron una misma condición inicial, pero con actitudes, posicionamientos y prácticas que protegieron a las mujeres del cantón de Tarrazú y enfermaron a las mujeres del cantón de Pococí.
- ✓ Los estigmas des-acreditables presentes en el discurso de los (as) entrevistados en el cantón de Pococí, hacen referencia a “haber tenido conductas no correctas en su juventud”. Desde los justificantes, para el caso del cantón de Pococí, se hace referencia a prácticas sexuales arraigadas a una historia de asentamiento agrícola bananero, donde los pobladores, en un inicio llegaron sin su familia y se generaron prácticas sexuales de mayor riesgo para la salud sexual en general en la región, se menciona la prostitución.

A pesar de haber pasado más de un siglo y de que la “gran compañía” no está y que el porcentaje de migración se encuentra en un 5%, se siguen justificando y explicando las conductas de riesgo existentes a partir de los referentes históricos de la forma en que se constituyó el cantón. Se menciona muy reiteradamente, “*aquí son así, promiscuos, viven en unión libre*”

Berger y Luckman (1966), plantearon que existen “conductas-tipo” identidades-tipo, resultantes de las modalidades particulares a partir de las cuales, una sociedad construye la realidad social. Se trata de representaciones objetivas engendradas por la sociedad y a las cuales se adhieren los individuos identificándose con las mismas.

Ellos llegaron a plantear que las sociedades se caracterizan como espacios donde se acumulan “identidades-tipo”, por medio de la cual la realidad es construida socialmente y propuesta a los individuos para que, en función de las “circunstancias-tipo” en que se encuentran, reaccionen a partir de un modelo posible. Esto hace referencia a que la identidad es, en consecuencia, pensada como una realidad objetiva y estable, generadora de consenso, ya que es el espacio de referencia de los individuos.

Esto explica, en parte, el por qué del dicho de “así somos”, del cantón de Tarrazú, donde la actitud es de auto-cuidado y protección del cuerpo.

- ✓ Para el cantón de Pococí, el análisis del porcentaje de la población con seguro familiar contra el porcentaje de pobladores con seguro propio o por el Estado, muestra que está presente en más del 10% de la población, lo que hace deducir condiciones de vulnerabilidad, que establecen la urgencia de analizar las condiciones de pobreza que pudieran estar asociados a este alto porcentaje en las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

Tarrazú por el contrario, presenta un nivel del 6% de la población con seguro por el Estado y un alto porcentaje de seguro voluntario, lo que podría estar

evidenciando actitudes que podríamos denominar de “auto-gestión”. Esta condición pareciera marcar una diferencia significativa en el estado de salud en lo que respecta a las tasas de incidencia y mortalidad por *cacu*.

Basados en Bourdieu (1971, 1972,1980) donde ha abordado el análisis de la identidad y de los procesos de identificación a partir de la formulación de los conceptos de “habitus” y de “representaciones sociales”, conceptos que sitúa en una discusión más amplia. Para este autor existe una correspondencia entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, entre la división objetiva del mundo social y su percepción por los actores sociales.

Este autor insiste sobre el hecho de que “la exposición” sistemática y repetida de condiciones sociales precisas y explícitas crea en los individuos disposiciones duraderas resultado de la interiorización de los procesos y representaciones del medio social. Estas estructuras así interiorizadas generan el “habitus”, que es el resultante de la incorporación, a nivel subjetivo, de las representaciones y practicas objetivas del grupo social.

- ✓ Para el caso del cantón de Pococí, los datos demográficos no muestran una diferencia significativa, entre el porcentaje de uniones libres y uniones por matrimonio. Estas últimas, es decir, los matrimonios, de acuerdo con los datos demográficos, son más que las uniones libres; sin embargo en los discursos se hace una constante referencia a que parte de las “causas” de las altas tasas de incidencia es la unión libre. Sí existe una diferencia porcentual importante respecto de la cantidad de matrimonios versus las uniones consensuales en los

cantones. Se destaca una mayor presencia de matrimonios que de uniones consensuales en el cantón de Tarrazú.

- ✓ Entre los datos demográficos del cantón de Pococí se resalta una importante cifra de hombres solteros, de edades entre los 15 y los 27 años. Resulta esencial que este aspecto demográfico sea evaluado, sobre todo en lo que respecta a sus prácticas sexuales. Es necesario considerar los datos en la promoción y prevención de la salud sexual, pues este grupo puede llegar a representar un factor de riesgo y vulnerabilidad para la salud del cantón. Este dato no fue mencionado en las entrevistas como un factor determinante que se conociera, pero sí se mencionó que en las políticas de la CCSS no se toma en cuenta la participación del varón de riesgo.

- ✓ Para el cantón de Tarrazú, el estigma, o “habitus”, está adscrito en la forma en que se constituye la comunidad: “*llegaron en familia y unidos a la iglesia*”; esto determina una condición sociocultural diferente a la establecida en el cantón de Pococí. Desde los discursos analizados, este es un factor cultural que se convierte en un factor determinante y en una práctica que se observa en las actitudes que muestran las pobladoras del cantón de Tarrazú. En los discursos se hace mención del control de los hombres sobre las mujeres, sobre los cuerpos de las mujeres, la obediencia de ellas hacia sus esposos, así como su respuesta positiva para realizarse el *pap* esto es considerado, desde los (as) funcionarios (as) de salud, como una actitud favorable.

La presencia de la variable “llegaron en familia y unidos a la iglesia”, da muestra de los valores de control religioso sobre el cuerpo de la mujer, sobre todo de permanecer “saludable”, puede ser un antecedente que esté justificando la baja incidencia.

De acuerdo a los postulados de Bourdieu, el “habitus”, es una subjetividad socializada, es lo “social” incorporado, es una estructura estructurante y estructurada que organiza la interiorización de las representaciones sociales. Para este autor el “habitus” no es un destino, como producto de la historia, es un sistema de disposiciones abierto, que enfrenta permanentemente, experiencias nuevas y es afectado permanentemente por ellas. Es durable, pero no inmutable. (García, J. 1992, p. 240)

- ✓ Se destaca, en el análisis de los datos, la presencia de la situación de género en las prácticas culturales. En ambos cantones la toma de conciencia de esta enfermedad por parte de las mujeres es diferente. En el cantón de Tarrazú, ellas se realizan voluntariamente el *pap*, porque sus parejas emigraron a Estados Unidos y ellas, junto con los (as) funcionarios (as) de salud, saben que están en más riesgo; contrario a esto, en el cantón de Pococí, algunas usuarias consideran estar enfermas “*por sí mismas*”, protegen o eximen a sus parejas de la transmisión del virus con el consiguiente efecto sobre su salud sexual.

Para García-Ruiz (1992) la identidad se articula a partir de la concepción de que se tiene de sí mismo, lo que conlleva a una conciencia de sí. Este sentimiento se descompone en una serie de componentes que se construyen y articula, que es

pertinente mencionar como posible explicación a las actitudes antes mencionadas.

La coherencia entre los diferentes estados y situaciones vividos y sentidos articula la identidad. Estos componentes son los siguientes:

El sentimiento físico del cuerpo percibido a través de una serie de sensaciones específicas;

El sentimiento de continuidad corporal, sentimiento que da coherencia a la existencia individual, lo que significa que, a pesar de la evolución temporal y las transformaciones que cada uno experimenta a lo largo de su vida, se siente el mismo y se acepta como tal.

El sentimiento de valor y de estima de sí, proceso posible gracias a la interferencia de relación con los otros, relación que hace posible la valoración de lo que el individuo es a partir de los posicionamientos de los otros,

El sentimiento de orientación y posicionamiento frente a la existencia es un componente fundamental, pues al apoyarse en objetivos implícitos o explícitos, dan sentido a dicha existencia. (p. 241)

- ✓ En ambos cantones, se menciona por parte de los (as) funcionarios (as), de la posición de las altas jerarquías de la CCSS, en consecuencia, del sistema de salud en general, de no tomar en cuenta la participación del hombre en los programas de diagnóstico, promoción y prevención. Esto se convierte, desde el

análisis del discurso de las Instituciones, en un factor cultural y de género que incide en un mayor riesgo y pocas posibilidades de lograr disminuir las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer cérvico uterino.

Como se lo plantea García-Ruíz (1992): “permanecer en una representación cultural es entrar en el juego de una sociedad que ha constituido la cultura como espectáculo y que instaura por todas partes los elementos culturales como objetos folklóricos de una comercialización económica-política” (p.251)

- ✓ Otro patrón profundamente arraigado en los referentes culturales de las prácticas sexuales, aspecto de vulnerabilidad para la salud de la mujer, que no se menciona en el cantón de Tarrazú, es la participación o aprobación por parte de la mamá de las prácticas tempranas de sexualidad de sus hijas. El discurso de los (as) funcionarios (as) hace mención de que la mamá “*alcahuetea*” a sus hijas, al permitir que la pareja (hace referencia al hombre) esté con ellas en su casa.

En esta información pareciera hacer referencia contrario a lo que se plantea como *alcahuetería*, podría estar hablando de una situación de vulnerabilidad económica y de pobreza. Lo que puede llegar a dar sentido a deseo de buscar el apoyo económico por parte de un hombre, por medio del “uso” del sexo.

Las usuarias de Pococí, también mencionan esta situación como presente en la comunidad y como parte de la vida de esta región.

- ✓ Otro factor cultural que incide en ambos cantones es el hecho de no evidenciar la responsabilidad del hombre en sus prácticas sexuales como un detonante de la transmisión y de los altos índices de incidencia del *vph* para el caso del cantón de Pococí. En el cantón de Tarrazú, se menciona al hombre como “varón de riesgo”, pero no se implementa ninguna política de abordaje al respecto, “a veces los pueblos duermen o “echan la siesta”, a veces los destinos individuales se funden en los colectivos creando nación, creando historia, creando “etnias” (García-Ruiz, 1992, p. 253)

- ✓ La vulnerabilidad determinada desde la identidad (por las prácticas sexuales arraigadas al género), o las relaciones desde la percepción de las mujeres, quienes consideran a los hombres más “activos” que ellas (mencionado en los discursos), es la situación de ambos cantones.

Pococí con más hombres solteros entre 15 y 35 años, y Tarrazú con un porcentaje importante de la población masculina migrante, muestran estos aspectos esenciales que se deben considerar dentro de las políticas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del *vph*.

Capítulo 5
Análisis

Análisis

El lento reconocimiento de los problemas de salud que están afectando directamente a las mujeres es una manera en la que se pone de manifiesto el sesgo de género en la esfera de la salud, pero específicamente, para el caso de las infecciones en los órganos genitales, especialmente en las mujeres pobres de los países en desarrollo, es una manifestación de estos sesgos en la esfera de la salud pública.

Los enfoques mal orientados o parciales incluyen algunos de los grandes problemas en los sub-campos de salud y uno de ellos que está colmado de contradicciones es el de la salud reproductiva.

Cuando se observan las interacciones causales que influyen en el trabajo de salud, hay dos formas de diferenciarlas, una donde la enfermedad se asocia a otras enfermedades y la otra donde esta enfermedad se asocia a factores sociales.

Cuando solo se considera una de ellas, por lo general la interacción con otras enfermedades, dejará de lado una serie de elementos, especialmente en aspectos de género, estigmas, ideas y creencias, que hacen más vulnerable la condición de la enfermedad. Para el caso del virus de papiloma, el considerarla solo como enfermedad crónica de la mujer, deja de lado, tanto su condición de estar asociada a otras infecciones de transmisión sexual y que es una infección de transmisión sexual, como y especialmente el papel del hombre en la adquisición, control y cura de la misma.

Este es uno de los aspectos de confusión de la mala salud que particularmente pone a prueba la habilidad y la experiencia del sistema de salud. El riesgo de contraer el virus del papiloma humano, así como el riesgo elevado resultante de padecer lesiones

cervicales y cáncer, es mayor para las mujeres que son pobres, han tenido varios partos y han tenido, ellas o su pareja, múltiples compañeros sexuales (Thomas et al., 1996, citado en Hartigan et al., 2002). Aunque la transmisión de hombre a mujer del virus es biológicamente más fácil, la carga cada vez mayor de infección entre niñas y mujeres está claramente asociada con las relaciones de poder por razón de género.

Esto ocurre por las dificultades de las mujeres en insistir en que sus compañeros adopten prácticas sexuales seguras o por las diferencias entre el poder económico, que atraviesa transversalmente la edad así como por el manejo que se hace desde el saber de la salud.

Hablar de la identidad de las mujeres, como el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida, destacando sus creencias e ideas, con respecto a su cuerpo, los cuidados que debe tener, es una forma de no limitar la protección y prevención en materia de salud sexual. Pero si además, incluimos con claridad la participación del hombre como un factor de co-morbilidad, un factor de prevención y de promoción, entonces lograríamos establecer mayores factores de intervención, con la posterior mejoría en la salud pública.

El contenido de la condición de la mujer es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, donde se manifiesta es “como ser-para y de-los-otros” (Basaglia, 1983). La condición genérica está dada por la historia, y en el caso de los discursos analizados, por la referencia histórica de cada cantón, se asignan un conjunto de atributos en cuanto a los

comportamientos sexuales de las mujeres, sin mencionar con claridad los comportamientos sexuales de los hombres, que van desde el uso que hizo o hacen del cuerpo, hasta formas de comportamiento y/o actitudes con respecto a la salud sexual.

La situación de salud de las mujeres, para el caso particular del *cacu*, estará definida desde el discurso por un conjunto de características socio-históricas y actitudinales, que fueron dadas a partir de su condición genérica, en circunstancias históricas específicas, dejando invisible el impacto del virus de papiloma sobre el *cacu*, como infección de transmisión sexual, donde participa el hombre también.

Como lo afirma Foucault (1987) los elementos del medio se perciben como portadores de efectos positivos o negativos para la salud; entre el individuo y lo que lo rodea, se supone toda una trama de interferencias que hacen que tal disposición, tal acontecimiento, tal cambio en las condiciones van a inducir efectos mórbidos en el cuerpo, y que, inversamente, tal constitución frágil del cuerpo va a verse favorecida o desfavorecida por tal circunstancia. (p.96)

Desde los discursos se visualiza una situación vital diferente para las mujeres de Pococí que para las de Tarrazú, se expresa la existencia de mujeres particulares, unas se cuidan y otras no, dependiendo de sus condiciones concretas de vida.

El concepto que priva desde el análisis del discurso realizado a los informes de salud, entrevistas a los expertos en *vph* y al discurso de los funcionarios de salud, es el de la enfermedad crónica de la mujer — cáncer cérvico-uterino, en ningún momento se

menciona el carácter de infección de transmisión sexual, así como la participación de los hombres tanto en factores de infección, como en situaciones de prevención, promoción y cura.

Cuando se les cuestiona a los funcionarios de salud y a los expertos, la razón por la cual creen que hay bajas o altas tasas de incidencia por *cacu*, ambos anclan la representación en el comportamiento “usual” de los pobladores (es decir, “ellas son así” – haciendo referencia a las múltiples parejas sexuales). Hacen referencia a una contextualización histórica de tipo sociológico que cambia el significado para proteger o enfermar, de cierta manera lo estigmatiza en las mujeres al considerar únicamente el impacto como enfermedad crónica de la mujer, dejando invisible la participación del hombre en esta enfermedad.

La representación se establece sobre un objeto: la enfermedad crónica de la mujer (*cacu*). El carácter de la imagen, que también es el núcleo figurativo, es la promiscuidad, pero esta promiscuidad incluye las prácticas sexuales de sus parejas, no obstante, el hombre no está incluido en el proceso de curación y/o abordaje de la enfermedad; el carácter simbólico son los estigmas des-acreditables, el carácter constructivo o “habitus”, se establece bajo la referencia “ellas son así”; el carácter autónomo y creativo está basado en la creencia de que esa es una condición propia de la región, en frases como “*solo aquí sucede por eso estamos como estamos*”, lo que viene a hacer invisibles las causas.

La RS está relacionada con la dinámica que hace que intervenga lo imaginario, establece un carácter social, bajo sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad y la proyección de valores y aspiraciones sociales.

El anclaje se establece como instrumentalización del saber. En Pococí se menciona *“acá en la región hay mucha unión libre – por eso estamos enfermos”*

En Tarrazú se dice: *“acá los hombres se fueron hace muchos años y este es el cantón de las mujeres solas, pero ellas obedecen y se hacen el pap”*. Se establece por lo tanto un sistema de interpretación y las conductas que guían, que vemos en la frase de la usuaria de Pococí: *“yo estoy enferma porque me porté mal o por lo que hice antes...”*, desde esta posición serán ellas las que sigan asumiendo solas la responsabilidad sobre la salud sexual de la región.

El anclaje, como enraizamiento en el sistema de pensamiento, se basa en el significado y la utilidad de decir que es una enfermedad de las mujeres, la utilidad es no ver otras condiciones sociales, ni siquiera las ideas y creencias que podrían ser un factor de vulnerabilidad, que pueden estar afectando directamente la salud de las féminas.

Las diferencias demográficas entre la población de varones solteros y la de mujeres solteras en la región de Pococí es un factor a considerar dentro de los programas de captación y sensibilización en el tema de prevención en salud sexual, no obstante es una condición que no se había considerado como parte de estos programas para con los hombres. Cuando se mencionó esta situación en la devolución de los resultados de la investigación a los funcionarios de salud, los Ataps (técnicos de atención primaria),

consideraron prudente hacer campañas sobre el impacto de las conductas sexuales de riesgo de los hombres sobre la salud de las mujeres, pero directamente en los servicios de emergencias del hospital de la región y en horas de la noche, pues sabían que en ese período del día, acudían muchos hombres en busca de servicios.

El anclaje está basado en los estigmas des-acreditables, como el de esta frase: “ellas son así” y la objetivización en factores de género que le dan valor y sentido. Las frases que los representan: En Pococí: *“las mujeres de aquí son así”*, y en Tarrazú: *“las mujeres de aquí obedecen”*.

En cuanto a los elementos conductuales de la actitud del rol sexual, se pudo observar un aspecto que no estaba conscientemente establecido y evidenciado, como lo es la actitud de las mujeres de Pococí de creer que *“ellas se enferman por sus conductas”*. Las mujeres de Tarrazú no asumen *esta culpa* que las diferencia y, a la vez, ofrece una dimensión protectora inconsciente para esta comunidad.

En los discursos del cantón de Pococí, una frase de gran impacto es la que menciona una usuaria: *“es que yo me porté mal”* (haciendo referencia como si hubiera tenido muchas parejas sexuales) cuando se le pregunta que cuántas parejas sexuales ha tenido, su respuesta fue: *“una”*. Esto evidencia cómo sus ideas/creencias la ponen en una situación de vulnerabilidad.

Cuando se objetiva en aspectos normativos, se hace referencia a frases como *“ellas no se cuidan, son promiscuas”*. El sistema de género en tanto que normativiza la diferencia de papeles entre los sexos, no puede existir separado de las prácticas sociales que ambos

sexos reproducen. Y en los programas de abordaje y prevención, se deben considerar estas diferencias dentro de los programas y diagnósticos.

La representación se define por la homogenización de la población. En Tarrazú se refieren a las mujeres como: “*aquí se cuidan, obedecen*”; la frase en Pococí es: “*aquí son así*”. El anclaje está puesto en el significado y la utilidad de decir que esta es una enfermedad de las mujeres. La utilidad es no “ver” otras condiciones sociales o de vulnerabilidad que pueden estar afectando. Los aspectos ideológicos son determinantes en la acomodación de la información y conviven con aspectos simbólicos relacionados con la cultura, el género, la situación de la mujer y su propia concepción; por otro lado, la ignorancia del proceso de gestación del virus puede estar influyendo, pero, al final, son elementos de información que se acomodan.

Entonces, la objetivización es diferente para cada cantón, pues en el cantón con tasas altas de incidencia y mortalidad por *cacu*, surge la condición social de promiscuidad (ellos/ellas son así) esto, desde la opinión de los funcionarios. Aquí entra entonces la condición de estigma des-acreditable. Y esto está en los elementos justificantes y en las prácticas. Se menciona, “*son así*”, pero no se aborda esta situación, tanto en hombres como en mujeres.

En el discurso de un usuario de la Pococí, este pregunta por los elementos de protección que se pueden tener para no contraer este virus, pero sobre todo su interés era el de conocer qué podía o debía hacer él para no enfermar a su pareja. Descuidar este interés por parte de los hombres, de aprender, prevenir y cuidar, se convierte en un grave déficit dentro de las campañas de prevención y promoción de la salud sexual.

En el cantón de Tarrazú, con bajas tasas en incidencia y mortalidad por *cacu*, lo que se objetiviza es el poder sobre el cuerpo femenino: “*ellas obedecen*” por eso se hacen el *pap*.

Desde esta posición del análisis, con una perspectiva procesual, de la presencia de un núcleo figurativo, la promiscuidad, "el individuo pasa de la relación con los otros a la relación con el objeto". (Moscovici, S., 1979, p 76.) Para el caso de cada cantón, el anclaje está diferenciado por las prácticas o el sistema de valores; es decir, en el cantón con bajas tasas en la incidencia y mortalidad por *cacu* (Tarrazú), los /as funcionarios de salud dicen, “*aquí las mujeres hacen caso y se hacen el pap*”; sin embargo, en el otro cantón (Pococi), los funcionarios de salud dicen, “*aquí ellas se juntan y por eso se enferman*”.

Desde el discurso de funcionarios de salud y usuarios, se clasifica a las personas de la región y a los acontecimientos. Se da un sistema de interpretación y esto guía las conductas o prácticas, pues las mujeres dicen “*yo estoy enferma porque me porte mal*”. A partir de esto se establece el anclaje, que se suscita a partir de una objetivización basada en la estructura de género ideológicamente determinada y con un nivel de significado consensuado por la cultura.

Ante estos resultados, es necesario ahondar en aspectos de poder y género en la RS del *vph*. Así como “la RS del sexo es fundamentada en valores diferenciados, establecidos en términos de oposición y que conducen a producciones desiguales” (Flores, 2001, p.36), lo mismo sucede con la forma en que se aborda la salud sexual, pues no se diagnostica ni se da tratamiento al hombre.

Las mujeres comparten como género la misma condición histórica y difieren en sus situaciones particulares, en sus modos de vida, sus concepciones del mundo, así como en los grados y niveles de la opresión.

Las diferencias entre las mujeres -derivadas de su posición de clase, de su acceso a la tecnología, de su relación con las diferentes sabidurías, de su modo de vida rural, selvático o urbano-, son significativas al grado de constituir a partir de ellas vivencias opresivas comunes: las mujeres sometidas a la doble opresión genérica y de clase; quienes sólo están sujetas a opresión genérica pero no de clase; mujeres que viven la opresión de género, de clase, étnica o nacionalidad; mujeres que comparten la vivencia de formas exacerbadas de violencia; mujeres que viven todo esto agravado por hambre, enfermedad y muerte.

Así, las relaciones de poder entre los sexos sujetas a la noción de déficit y sumisión de lo femenino frente al poder patriarcal masculino. (Flores, 2001) En esta doble acción el poder es identificado simultáneamente como productor y reproductor de la estructura colectiva, lo cual representa un punto clave en las representaciones sociales. “Al ser considerado como generador de estructuras sociales y reproductor de la tradición, el poder se asume con la función de causar las adaptaciones y cambios necesarios para la funcionalidad de las instituciones que perpetúa.” (Flores, 2001, p.38)

No existe una supuesta diferencia biológica para determinar comportamientos sociales distintos, sino prescripciones culturales diferenciadas por sexo, que instituyen prácticas desiguales. En esta RS hay un doble sistema, se explican las particularidades de las prácticas sexuales en función de la existencia de un meta-sistema social regulador.

“Los roles sexuales no son una cualidad intrínseca o innata del sujeto, los roles sexuales se definen como proceso y no como algo que poseen las personas” (Unger, 1994, citado en Flores, 2001, p.58)

El prototipo de ser hombre o mujer, es una estructura cognitiva que corresponde a una condensación del significado en un atributo particular que refleja un ideal. Se basa en factores como normas y valores sociales que influyen en la percepción de lo que es aceptable y ambientes sociales que definen diferentes normas de conducta. Las normas de un grupo social específico afectan la percepción del riesgo y el significado social que se le confiere, de modo que existe un nivel de riesgo aceptable que varía de acuerdo con el contexto y el grupo social.

Se ha visto que si un grupo de individuos ignora el riesgo manifiesto es porque su red social los estimula a hacerlo. La interacción social parece jugar un papel mayor en la codificación perceptual de los riesgos.

Existen factores propios de la interacción social en ciertos grupos poblacionales que ayudan a mantener "lo aceptable" y lo normal de tener sexo sin protección. La percepción del riesgo sexual se ve influida por normas sexuales y conductuales que son comunes a los grupos sociales.

Ver la forma en que las ideas se convierten en significados por medio de las relaciones que se establecen para ligarlos, es lo que se destaca en esta discusión, resaltando esos significados e ideas que persisten y que desde este análisis, procura destacar, evidenciar y mostrar, dado que estas ideas son por sí mismo condiciones de vulnerabilidad en la salud de la mujer.

Lo que hemos venido resaltando como las ideas, que se ven como significados, representan significantes y no tiene más contenido que lo que lo representa. Los significados que persisten, en el discurso, se destaca sobre todo, lo que ellos/ellas determinan como causas de una enfermedad crónica y no como una infección de transmisión sexual.

Evidenciar estos significados, da luz acerca de las ideas que persisten y poseen los (as) entrevistados (as). Esto a su vez, viene a generar la necesidad de que los (as) funcionarios (as) de salud reciban mayor formación en el abordaje que vayan a realizar con la población, específicamente con las mujeres, basados en la evidencia de estas ideas y significados acerca de la enfermedad.

Por medio de un abordaje en salud sexual, con enfoque de género, destacando estas ideas, se podría llegar a hacer visibles las situaciones de vulnerabilidad, a las que están expuestas las mujeres de la región; pues las altas tasas de incidencia y de defunción por *cacu*, pueden estar asociadas, en algunos aspectos, a la carencia de un modelo de diagnóstico con perspectiva de género, donde se considere la condición y participación tanto de la mujer como del hombre en la región. Así como de sus ideas con respecto a su cuerpo, deseos de auto-cuidado, entre otros aspectos.

La idea básica que rige esto, está en el supuesto de que la naturaleza del individuo está sometida al ambiente social, de modo que la única manera de estudiarlo es analizando las condiciones culturales en que se manifiesta, además de, considerar los componentes de esta estructura social.

Según los postulados analizados por Esteva (1978), los cambios en los patrones culturales de comportamiento, que rige las relaciones, en este caso entre el sistema de salud y el abordaje del *cacu* con las mujeres, son frecuentes en las sociedades urbano-industriales, se manifiestan cambios en la actividad cultural porque toda personalidad reside en el individuo, no en el sistema social, de manera que, una vez constituida la personalidad, esta se vuelve entidad más o menos independiente que tiene la propiedad de interactuar con el sistema social.

De aquí se fundamenta la urgencia de crear espacios de formación y sensibilización con las usuarias y los usuarios, pero también como una tarea para formar a los prestatarios de los servicios de salud, buscando generar patrones de comportamiento de menos riesgo. Esteva (1978), establece que “La interacción psicológica entre personalidades produce nuevas diferencias de personalidad, de modo que la estructura de personalidad [...] debido a la heterogénea organización funcional que la distingue, es dinámica y sus [...] cambios son relativamente frecuentes” (p.62)

Sin duda, el crear y aplicar modelos de intervención, tomando en cuenta las ideas y los significados encontrados, podría generar cambios importantes en los patrones de comportamiento, pero sobre todo en las actitudes de cuidado hacia su propio cuerpo.

Proceso identitario en las mujeres de los cantones

El proceso identitario de las mujeres, que se observa en ambos cantones, este fue estructurado de manera diferente para cada cantón. Se sabe que este proceso se

establece en torno de dos elementos fundamentales e importantes: irreversibilidad y centralidad.

La noción de irreversibilidad respecto de la construcción de la diferencia del rol sexual, se sustenta en la tradición consensuada en el orden del sentido común, pero se puede identificar también como concepto clave en la conceptualización de género.

La centralidad en cuanto al proceso identitario de las mujeres de Tarrazú, existe en ellas una convicción de lo que son, lo mismo en las de Pococí; sin embargo, ese “ser”, de las de Tarrazú se convirtió en una identidad que las protege (“*nosotras nos cuidamos*”); contrario al de las mujeres de Pococí, donde esta convicción es la que las “desprotege” y enferma (“*nosotras nos portamos mal*”).

Sabemos, por referencias teóricas, que esta convicción o sentimiento de ser se aloja en el centro de la conciencia y permanece irreversible a lo largo de la existencia del sujeto. De aquí una de las posibles dificultades para poder cambiar las actitudes de las usuarias de Pococí para realizarse con más frecuencia el *pap*. Pero también podría ser por un desconocimiento de una información clara, verás y oportuna. Si esto no se da, sería una violación a los derechos humanos por falta de acceso a la información.

La noción Moscoviciana de creencia irresistible, que surge de una fuerza colectiva en acción, es posible observarla en el anclaje de la RS del *vph* en cada cantón y que protegió a las mujeres de Tarrazú, pero expuso a las mujeres de Pococí.

Aún, cuando ambos procesos identitarios son semejantes en cuanto al concepto de sumisión y poder sobre el cuerpo femenino, las actitudes de protección hacia el cuerpo sólo están presentes en las prácticas de las mujeres de Tarrazú lo que indica la construcción histórica de actitudes y factores de protección con respecto a su cuerpo.

El hecho de una mayor o menor adecuación al sistema normativo puede ser interpretado en términos del sistema de valores que el propio sujeto construye en relación con el fenómeno.

Cuando “dichas creencias se nos resisten y a pesar de las razones que se les anteponen y de los hechos que las contradicen, regresan de una manera vigorosa y a veces tiranizante” (Flores, 2001, p. 70)

Otro factor también importante de destacar es la articulación de la actitud del rol sexual, que depende del proceso identitario e ideológico. Los elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales que se pueden observar directamente surgen como efecto de la RS, la cual orienta la estructuración de la identidad sexual, así como del meta-sistema social prescriptivo que determina el orden ideológico de la diferencia de rol sexual claramente observado en los discursos de ambos cantones, no solo por parte de las y los usuarios /as, sino de los trabajadores del sistema de salud.

Como se hizo mención, la prototipicidad permitió analizar la cuestión del valor interno atribuido a las mujeres de Pococí con respecto de las mujeres de Tarrazú. Esto se revela a través de la valencia diferencial atribuida y observada una y otra vez, tanto en los discursos de los (as) funcionarios (as) como de los (as) usuarios (as) en el cantón de Pococí.

Para la comprensión del sistema de género, es necesario entender que la socialización no se aúna a diferencias biológicas, sino que se sustenta en sistemas de interpretación de las propiedades sensibles percibidas por la cultura. (Flores, 2001; Héritier, 1996)

Lo importante, entonces, de cómo se presenta en esta investigación, ha sido revelar los sistemas de interpretación que modelan los procesos que hacen evidenciar una diferencia entre las mujeres y el sistema de salud de un cantón con respecto del otro, mediante la explicación de estas diferencias desde sus causas reales, que son las culturales, que finalmente obedecen a pautas culturales y formas de socialización en las diferentes culturas.

Conclusiones generales

Conclusiones Generales

Esta investigación ha permitido desarrollar un diseño para poder investigar en profundidad el impacto de la cultura, específicamente las ideas de acuerdo al género, las ideas estigmatizadas que surgen desde el discurso de la medicina y de sus representantes como funcionarios y/o usuarios de Clínica, con respecto al impacto del virus del papiloma en la salud sexual de la mujer

Como un primer referente se debe ver la la sexualidad como un producto de fuerzas históricas y sociales y desde ahí, estimular el cambio de actitud y cambios cognitivos respecto del abordaje de la salud sexual y pública. Para eso es necesario tomar en cuenta las situaciones de género y los estigmas de las regiones.

Los resultados finales permitieron definir al menos, sobre el virus del papiloma los siguientes aspectos:

- ✓ La representación social del virus del papiloma está adscrita a la enfermedad crónica del cáncer cérvico-uterino, no se le considera en su proceso de virus de transmisión sexual ni se considera dentro de la vigilancia epidemiológica del país. Su núcleo figurativo es la promiscuidad. Esto pone en grave riesgo la salud sexual de la mujer.
- ✓ La perspectiva de género en la investigación y en la atención de la salud reproductiva sin duda es una herramienta analítica así como una perspectiva dentro de la conducta, las relaciones y decisiones reproductivas que permiten identificar los factores de riesgo asociados

con las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, que impactan de manera negativa muchos de los eventos reproductivos.

- ✓ Los factores de género inmersos en las prácticas sexuales son los que anclan la *RS*, los estigmas objetivizan y justifican y se convierten en elementos culturales que inciden en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

- ✓ La posición de mirar al virus del papiloma humano más como enfermedad crónica que en su etapa de transmisión, la convierte en una situación que ancla la *RS* en la vulnerabilidad en la que se encuentra la salud sexual de la mujer.

Si el virus de papiloma se le mira únicamente como enfermedad crónica, entonces se deja completamente de lado, todas las actividades de prevención y promoción desde la participación del hombre. Se evita estimular la responsabilidad sobre el cuidado mutuo, en una enfermedad cuya transmisión está inmersa en la práctica sexual. Por lo tanto se omite estimular los factores de protección que le competen al hombre y se limita a la promoción y prevención solo por parte de la mujer.

Dado que es una enfermedad donde tanto el hombre como la mujer son transmisores y receptores, en su mención así como en su abordaje y diagnóstico, desde los programas de gestión de la CCSS, no se toma en cuenta la participación del hombre como portador de la enfermedad.

Ante esto, entonces los resultados nos llevan a concluir aspectos relevantes dentro del sistema de salud:

- ✓ La segmentación del sistema (ver esta enfermedad como si no le afectara al hombre, no facilita ni favorece el acercamiento a mejorar la condición de salud de la mujer.

Un aspecto relevante en los datos es el asunto de riesgo y vulnerabilidad, donde el riesgo evoca una conducta individual y la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y las desigualdades sociales, lo que obliga a obtener respuestas en el ámbito de la estructura social y política. El no incluir al hombre dentro de los procesos de diagnóstico y tratamiento deja en grave riesgo la salud de la mujer.

Comunidades en situación de vulnerabilidad determinan los riesgos diferenciales y es sobre ellos sobre los que se debe actuar prioritariamente. En el análisis del discurso de los informantes clave de las comunidades abordadas, se encontraron como aspectos relevantes los siguientes:

- ✓ Las prácticas culturales de la inequidad en las funciones, responsabilidades sociales, socialización del género, son factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero. Estas generan mayor vulnerabilidad biológica ante los padecimientos de este cáncer.

- ✓ En algunas situaciones se ha podido observar que dentro de los procesos de abordaje se deja de considerar y evidenciar, las situaciones de vulnerabilidad social de las regiones.
- ✓ Si no se tiene conciencia de la urgencia de visibilizar las condiciones de vulnerabilidad social, ya sea la pobreza, la desprotección, así como la necesidad de arraigo de las mujeres y hombres de las regiones, entre otros aspectos, se continuará abordando la salud sexual desde la epidemiología de la enfermedad, se limitará su control y disminución en las tasas de incidencia y mortalidad.
- ✓ Hay que resaltar que los indicadores más importantes de vulnerabilidad social que se encontraron dentro de la objetivización, son elementos que justifican la representación social del *vph* y están asociados a la pobreza, la migración y la prostitución de menores.
- ✓ Aspectos como la migración o la pobreza, entre otros, pueden no ser tomados en cuenta dentro del abordaje de promoción y prevención, por la fuerza que ejercen los estigmas dentro de la población.
- ✓ Los estigmas pueden ser elementos de protección o de riesgo para las poblaciones.
- ✓ El hecho de tomar en las ideas y creencias con respecto al género, así como los estigmas que surgen de estas ideas, permite abordar

directamente elementos que pueden estar obstruyendo un proceso de salud dentro de la comunidad.

- ✓ Contrario a lo que se habla, habría que evaluar el tipo de educación, que sobre el tema de salud sexual se está impartiendo, además de evaluar si esta formación educativa estaría colaborando o no en el aumento de prácticas de auto-cuidado en las mujeres.
- ✓ Los factores de género presentes en las prácticas sexuales visibilizadas en el discurso de los (as) entrevistados (as) se convierten en elementos que aumentan la vulnerabilidad social, tanto desde la identidad, como desde las relaciones y el contexto, sobre todo para las poblaciones de jóvenes.
- ✓ En las campañas de promoción y prevención, en el campo de la salud sexual, el énfasis debería de estar dirigido hacia una toma de conciencia de las actitudes con respecto a las prácticas sexuales (en hombres y mujeres); así como evaluar aquellos temores y estereotipos que pudieran tener tanto los (as) funcionarios (as) de salud, como las (os) usuarias (os) ante el *pap*.
- ✓ Los estigmas presentes en el discurso de los (as) entrevistados, es la objetivización de la RS y fueron para una región, elementos de protección, como sucedió en el cantón de Tarrazú, donde el *estigma de autogestión*, permitió prácticas de auto-cuidado y realización del *pap*

frecuentemente en la población femenina, no así en el cantón de Pococí, donde el estigma de naturalizar prácticas sexuales de riesgo, se convierte en el factor de vulnerabilidad aunado a una actitud de aceptar esa situación con poca o nada de iniciativa por buscar elementos que la estén justificando.

De los aspectos más relevantes que se observaron en las comunidades se destaca sobre todo, los procesos de pensamiento que se convierten en creencias, donde se destaca la forma en que se menciona a la mujer, con la frase: *“ellas son así”* (haciendo referencia a la promiscuidad de la región de Pococí, y colocando esta situación como primera causa ante las altas tasas de incidencia y mortalidad. Además, se juzga esta conducta de promiscuidad dada la presencia de “muchas” las uniones libres.

En el caso del cantón de Tarrazú, la frase de *“ellas se cuidan y obedecen”*, aludía a una actitud de auto-cuidado que existe en la mayoría de las mujeres de la región, dando como resultado, una baja tasa de incidencia y mortalidad. Esto hace concluir, que estos procesos inconscientes y colectivos, que se han llegado a “naturalizar”, han permitido la construcción de una actitud, que en el caso de Pococí se utiliza como justificante de la alta incidencia y mortalidad, pero en el caso de Tarrazú, es un factor de protección.

Dentro de los aspectos más relevantes encontrados en cada comunidad se destaca lo siguiente:

- ✓ El cantón de Pococí es un cantón con un alto grado de vulnerabilidad y riesgo, pues su condición política e histórica hace referencia a factores

importantes de inequidad, desigualdad social y política, incluso dentro de los mismos habitantes de la región.

- ✓ Culpar a la mujer de tener el *vph* desde frases como “*ellas los buscan, son un buen partido*” hace que no se visibilicen los factores de género presentes, los que, a su vez, evidencian la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres, instituyen el proceso de construcción de la identidad y vienen a dar sustento a prototipos en la población.
- ✓ Si se partiera del supuesto de que ante un alto índice de rezago existirán altas tasas de incidencia o mortalidad, entonces en grupos sociales con bajo rezago, habría baja incidencia y mortalidad, este dato solo está presente en algunos cantones lo que no permite establecer una constante con esta hipótesis.
- ✓ El factor de género presente en la forma en que se incorporan las prácticas sexuales en regiones como la del cantón de Pococí, es uno de los justificantes de las altas tasas de incidencia y mortalidad en esta región.
- ✓ El proceso de construcción de la identidad de las mujeres de cada cantón marca una diferencia tal, que esta construcción llega a proteger a unas y pone en riesgo a las otras.

Como aspectos finales, sin duda alguna se vuelve a evaluar el sistema de salud y la presencia de un sistema patriarcal que de manera consciente y/o inconsciente, omite o presenta las enfermedades con graves consecuencias para uno de los géneros, en el caso del vph, será la mujer quien sufra esta condición.

Se puede aportar lo siguiente:

- ✓ En la situación de salud de la mujer se expresan los déficits provenientes de una cultura médica patriarcal que visualiza a la mujer en su condición de reproductora generacional, por lo cual es atendida en su función primordial de madre.
- ✓ Esta teoría ayudó a evidenciar las actitudes de protección, identidad y rol que existía en la comunidad de Tarrazú, así como las actitudes, la identidad y rol que estaban haciendo invisibles condiciones de vulnerabilidad en el cantón de Pococí, y que podrían estar afectando directamente las altas tasas presentes en este cantón. Esta teoría permitió encontrar con mayor precisión cuáles prácticas deben de ser abordadas para mejorar las condiciones de salud de cada comunidad.
- ✓ En esta investigación el uso de la teoría de las Representaciones Sociales permitió conocer la diferencia en los elementos justificantes, el anclaje (sus prácticas), así como la objetivización (lo que validaba) en cada comunidad, la presencia de una misma enfermedad, cuyos efectos impactaban de manera diferente sobre las tasas de incidencia y mortalidad para cada cantón.

Desde esta perspectiva tendríamos lo siguiente:

- ✓ De acuerdo con todo lo expuesto en esta investigación, se hizo evidente durante todo el estudio realizado que lo más importante para el abordaje y los programas en salud sexual, es el tomar en cuenta los factores de género y los estigmas, como base esencial de un modelo que busca generar cambios de actitud y cambios en las prácticas de hombres y mujeres, con la consecuente mejoría en la salud sexual y reproductiva de nuestras comunidades.

- ✓ Hay que evitar el únicamente quedarse con el hacer visibles las situaciones de vulnerabilidad y no considerar que la vulnerabilidad también está presente en los pensamientos, ideas y creencias acerca de la enfermedad.

Recomendaciones y Limitaciones

Recomendaciones y Limitaciones

Recomendaciones Generales

Dentro de las recomendaciones generales con respecto a los programas nacionales en salud pública, pero sobre todo en salud sexual, vale la pena destacar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Es urgente la creación de un modelo de salud sexual integral, donde se consideren como elementos culturales fundamentales en su abordaje, los factores de género, los estigmas des-acreditables presentes en el discurso de la población y la vulnerabilidad desde la identidad, las relaciones y los contextos de cada comunidad.
- ✓ Este modelo de salud no debe estar únicamente basado en un enfoque biologista sino que debe incluir factores culturales; pero, sobre todo, evidenciar las prácticas sexuales de acuerdo con el género, como factores de vulnerabilidad para la salud de la población.
- ✓ Se debe realizar un trabajo general de sensibilización y formación, en el tema de la Afectividad y Sexualidad, para el personal de salud de cada región, destacando las condiciones de exclusión y vulnerabilidad que se dan en las regiones, para promover que estas condiciones se aborden y consideren dentro del plan de cobertura de las campañas de pap.
- ✓ Si se va a valorar la salud sexual, la sexualidad y las prácticas de la sexualidad, se debe, al menos, aprender a distinguir y desenredar algunos fenómenos

estrechamente relacionados: la socialización, la génesis y los aprendizajes de las conductas. Se debe tomar en cuenta la participación de los hombres y las mujeres, así como analizar sus prácticas y estigmas des-acreditables, asociados a la vivencia de la sexualidad, como una forma de buscar un abordaje que promueva el cambio de las conductas y los hábitos.

- ✓ Es importante destacar la urgencia de incluir al hombre como corresponsable en la promoción de la salud sexual y reproductiva. “No existe una supuesta diferencia biológica para determinar comportamientos sociales distintos, sino prescripciones culturales diferenciadas por sexo que instituyen prácticas desiguales.”(Flores, 2001, p.39)
- ✓ Para la implementación de los modelos de salud, se recomienda incluir aspectos que permitan hacer visibles las deficiencias económicas, políticas, culturales o sociales, pues es relativamente frecuente que estas estén ocultas por las ideas y significados que existen con respecto a las prácticas sexuales de acuerdo al género o estigmas que ha impuesto la historia de la región (entre otros). Esta visión se constituye en un elemento indispensable por considerar y evaluar en cada comunidad.
- ✓ Los elementos socio-históricos y culturales, que interfieren en las variaciones socioeconómicas, entre otros, permiten entender, en parte, las diferencias de impacto ante los desastres o la presencia de una enfermedad como el cáncer cérvico-uterino.

- ✓ Analizar las diferencias en los significados y las ideas que existen acerca de lo que produce una enfermedad, tanto en los hombres como en las mujeres, dado que estas actúan de manera desigual sobre los individuos y sobre las comunidades, generando situaciones que afectan la salud pública de la comunidad.
- ✓ Para poder entender la situación de vulnerabilidad en su totalidad, cada uno de estos niveles debe ser descrito tanto a nivel objetivo como subjetivamente. Las entrevistas deben conducirse hacia la investigación desde tres posiciones: la trayectoria social, las interacciones y el contexto social. Estas tres dimensiones se intersecan y podrían incrementar o no los grados de vulnerabilidad.
- ✓ Las nociones de riesgo, identidad y vulnerabilidad deben ser claramente abordadas y consideradas dentro del modelo de salud propuesto.
- ✓ La categoría de estigma es parte de la estructuración y abordaje en el modelo de salud sexual propuesto y debe de ser evaluada como un elemento que puede hacer invisibles situaciones de riesgo dentro de la comunidad.
- ✓ El estigma debe ser evaluado, cuidadosamente, desde los referentes que se establecen cuando se describe a la comunidad, así como en los discursos. Se debe buscar si existen o no fundamentos demográficos e históricos que estén favoreciendo la constitución de esos referentes de manera estigmatizada o no, como una señal de que la comunidad continúa viviéndolos.

- ✓ Analizar los estigmas permitirá analizar las justificaciones de ciertas prácticas sexuales que probablemente estén haciendo referencia a situaciones de género y de vulnerabilidad, pero por la posición de estigma no permiten visibilizar estos otros aspectos.
- ✓ Es conveniente el análisis de la RS sobre el vph y el papel del poder formal o el poder político.
- ✓ Si se va a abordar la salud reproductiva, se debe mencionar, paralelamente a la información de la tecnología anticonceptiva, la formación de actitudes hacia las prácticas sexuales de acuerdo con el género, así como los estigmas y factores culturales que están adscritos a la vivencia sexual-genital.
- ✓ Es necesario visualizar la sexualidad como parte del desarrollo humano, promocionar y establecer estilos de vida saludables en las personas, tanto hombres como mujeres, y evidenciar la participación de la cultura, el género y la vulnerabilidad como elementos que pueden afectarla.

A partir de estas recomendaciones se establece como una referencia importante la creación de un modelo de salud pública basado en los siguientes aspectos: factores de género, evaluar a profundidad las situaciones de vulnerabilidad de la comunidad, desde sus riesgos e identidad así como los prototipos e estigmas presentes que no permitan hacer visible esta vulnerabilidad.

En forma de esquema (ver modelo en anexo) se establece y destaca la importancia de la interdependencia de estos factores, lo que asegura su integralidad y eficacia, basados en los resultados obtenidos en esta investigación.

Limitaciones

Se debe seguir indagando, por medio de alguna encuesta con estudiantes de las regiones, con el objetivo de analizar los conceptos que sobre el tema existían en participantes que no estuvieran dentro del sistema de salud.

Al ser un abordaje multifactorial, se debieron de tomar decisiones, con respecto a cuáles factores se iban a considerar y cuáles no se podrían abordar en esta investigación, esto limitó las conclusiones, pero a su vez deja abiertos nuevos espacios de investigación en el campo de la salud pública.

El tiempo que se tuvo que invertir en la elaboración del informe final se constituyó en una gran limitación para la presentación de los resultados con respecto al tiempo en que fueron recopilados.

Al ser la primera investigación en representaciones sociales con el enfoque procesual, que se presentaba en la Universidad de Costa Rica, hizo que se necesitara más tiempo para ofrecer talleres de inducción y formación en el tema, método y enfoque de investigación tanto a los integrantes del equipo asesor como a estudiantes de posgrado de la Universidad.

Recomendaciones para la implementación de las políticas públicas y la investigación académica.

1. Se recomienda el uso del marco conceptual de las representaciones sociales, como un apoyo importante que permite investigar y en consecuencia, evidenciar con más claridad las prácticas y las justificaciones ante situaciones que generan riesgo en la población.

2. Es necesario en el establecimiento de las políticas públicas, considerar la situación de la migración, para lo que será necesario desarrollar una estrategia que permita distinguir y desarrollar procesos de gestión para generar información sobre este fenómeno. Estos datos serán un sustento básico en la evaluación en profundidad de elementos estigmatizados sobre los que se hacen referentes y diagnósticos.
3. El análisis científico de las migraciones internacionales y nacionales es una necesidad urgente para sustentar políticas y acciones que enfrenten las consecuencias del fenómeno en diferentes ámbitos: en las comunidades de origen, en las zonas y rutas de tránsito y en los lugares de destino.
4. Se debe considerar como prioritario, la formación en Salud Sexual para los funcionarios del sistema de salud del país, sobre todo una formación que tome en cuenta factores socio-históricos y culturales. Esto les permitiría desarrollar programas de intervención acordes con sus realidades.
5. El enfoque en las investigaciones académicas dirigidas a la población que usa la teoría y metodología que aportan las Representaciones Sociales, es un buen referente que permite evidenciar, con mayor precisión, la asociación que podrían tener las prácticas con algunas condiciones que pueden estar perjudicando la salud de las comunidades.
6. Conocer en profundidad los elementos socioculturales que justifican y que se asocian con las prácticas y actitudes hacia la salud pública, es esencial donde lo

que interesa es generar respuestas acertadas y descriptivas de la situación de salud pública específica de cada región.

7. En el terreno de la investigación en Costa Rica, y específicamente para el campo de las Representaciones Sociales, aún hay carencia de referencias con este enfoque, por lo que será necesario estimular la formación así como investigaciones con esta perspectiva, puesto que ofrece datos que bajo otras modalidades de investigación sería imposible de obtener.
8. Se debe profundizar aún mas, basados en el discurso que se recopile desde diferentes grupos (niños (as), hombres/mujeres, adolescentes) sobre el tema de la salud sexual, siempre con una perspectiva que busca llegar a la identidad cultural, los “habitus”. En donde el enfoque estaría dirigido hacia la determinación o explicación del carácter social, buscando dar explicación a las funciones socio-históricas.

Bibliografia

Bibliografía

1. Abric, J.C. (1976) *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thesis, University of Provence.
2. Abric, J.C. (1994). *Les représentations sociales: Aspect théorique*. In J. C. Abric (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaire de France.
3. _____ (2001) *Prácticas Sociales y Representaciones*. México. Filosofía y Cultura contemporánea.
4. Acuerdos de la XVIII RESSCAD. (2000). *Informe de seguimiento*. San José, Costa Rica. Elaborado con el reporte enviado por los países a la presidencia de la XVIII RESSCAD, 15 de agosto..
5. Agadjanian, Victor y Scott T. Yabiku. (2005). *Religious Affiliation, Religious Milieu, and Contraceptive Use in Nigeria*. Philadelphia. Paper presented to the March 31-April 2, Annual Meeting of the Population Association of America,
6. Albrecht, Gloria H. (2003) *Contraception and Abortion Within Protestant Christianity*. in Daniel McGuire (editor) *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions*. Oxford and New York. Oxford University Press,
7. Alpert, Rebecca T. (2002). *Guilty pleasures: When Sex is Good Because It's Bad* in Patricia Beattie Jung, Mary E. Hunt and Radhika Balakrishnan (editors) *Good Sex: Feminist Perspectives from World Religions*. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press.
8. Abric, J.C. (1976) *Jeux, conflits et représentations sociales*. Tesis de Doctorado d'Etat. Université de Provence
9. _____ (1987) *Cooperation, Competition et représentations sociales*. Cousset: Devalt.
10. Althusser, Louis, (1985) "Aparatos ideológicos del Estado", ediciones S XXI.
11. Amezcua M, Carricondo Guirao A. (2000) *Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud*. *Index Enferm* 28-9:26-34
12. Amorós, Celia, (2000) *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid, Cátedra.
13. APSAL-ISUC. (1984). *Aspectos Metodológicos de las Políticas de Desarrollo Social*. Santiago Estudios ILPES UNICEF sobre Políticas Sociales.
14. Arango, Luz, León, Magdalena, Viveros, Mara. (1995). *Género e Identidad, ensayos sobre lo femenino y lo masculino de Michael Kaufman*. Bogotá, Tercer Mundo.
15. Araya Umaña, Sandra. (2002) *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica. Cuaderno de Ciencias Sociales. FLACSO.
16. _____ (2005). *¿Cómo hacer un estado del arte?*. Costa Rica. Documento mimeografiado.. (dado por la autora).
17. Arias, R., González, M. C., et al.. (2000) *Prevención y detección del cáncer cérvico uterino y mamario en las mujeres que laboran en las fábricas en el Área Metropolitana en el período comprendido entre setiembre de 1999 y febrero del 2000*. Tesis (licenciatura en enfermería)--Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. San José, Costa Rica. Programa de Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología..

18. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM (2003). *Incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino en Latinoamérica*. México. Salud pública de México; 45, p. 306-314.
19. Aslan, Reza. (2005). *No God but God: The Origins, Evolution and Future of Islam*. New York. Random House.
20. Ayestarán, S. (ed) (1985) *Psicología y enfermedad mental: ideología y representación social de la enfermedad mental*. Bilbao: UPV.
21. Badiou, Alain (1999) *El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires: Manantial.
22. Baca Zinn, M., Thornton Dill, B. (1998) *Theorizing difference from multiracial feminism*. En: Balliet, B.J., McDaniel, P., eds. *Women, culture and society: A reader*. New York: Norton.
23. Banchs, M. A. (2000) *Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales*. En Papers on Social Representations. Textes sur les representations sociales. Volumen 9, pages 3.1-3.5. Peer Reviewed Online Journal. ISSN 1021-5573
24. Bardin L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
25. Barquero, J; Trejos, J. (2005) *Tipos de Hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica 1987-2000*. Costa Rica . Centro Centroamericano de Población CCP. En Población y Salud en Mesoamérica.
26. Barton AH, Lazarsfeld PF. (1961) *Some functions of Qualitative Análisis in Social Research*. En Lipset SM y Smelser NJ (eds). *Sociology: The Progress of a Decade*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall: p. 95-122.
27. Basson, Rosemary (2005). *Clinical aspects of female sexual dysfunction: an integrative approach*. Montreal, Canadá. University of British Columbia, Canadá. World Congress of Sexology,.
28. Becker H. (1989). *Tricks of the trade*. *Studies in Symbolic Interaction*. número 10: 481-490.
29. Benjamín, Jessica, (1997): *Sujetos Iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Buenos Aires, Paidós.
30. _____ (1996). *Los Lazos de Amor: Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Argentina. Paidós, Psicología Profunda.
31. Beral V. *Cancer of the cervix: a sexually transmitted infection? Lancet* (1974); 110:37-40.
32. Berrón, Linda, (1997): (compiladora) *Las mujeres y el poder*. San José, Editorial Mujeres.
33. Bosch, F.X. y Cuzick, J. et al. (2007) *Vacunas VPH y cribado en la prevención del cáncer de cuello uterino*. o-editores J. Cuzick ... [et al]. - [Ed. en español] Oxford, UK : Elsevier.
34. Bourdieu, Pierre. (2001) *El Campo Político*. Bolivia. Ediciones Plural.
35. _____ (1994). *Razones Prácticas*. España. Editorial Anagrama. Barcelona,
36. Brasil. Ministério da Saúde. (1986) *Controle do câncer cérvico-uterino e de mama* Brasília: Centro de Documentacao de Ministerio da Saude, Brasil.
37. Brinton LA, Hamman RF, Huggins GR. (1987) *Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer*. *J Nat'l Cancer Inst*; 79:23-30.
38. Brinton LA, Herrero R, Brenes MM, Montalbán P, de la Guardia ME, Ávila A, et al. (1991) *Considerations for conducting epidemiologic case-control studies of cancer in developing countries*. *Bull Pan Am Health Organ*; 25(1):1-15.

39. Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Herrero R, Gaitán E, García M, et al. (1989) *Parity as a risk factor for cervical cancer*. Am J Epidemiology; 130(3):486-496.
40. Bronfman, Mario; Leyva, René y Negroni Mirka. (2004) *Movilidad Poblacional y VIH/SIDA: Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
41. Burger, Peter and Luckman, Thomas (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City, NY: Doubleday.
42. Burin, Mabel y Dio Bleichmar, Emilce. (copiladoras), (1996): *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
43. Burín, Mabel e Irene Meler, (1998): *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
44. Buttler, Judith (2002) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós,
45. Caja Costarricense de Seguro Social / CCSS. (2001) *Informe Institucional sobre el Cáncer en Costa Rica* (No. 001-CCSS-DNC) San José, Costa Rica.
46. Campbell, C. (1995). *Male gender roles and sexuality: implications for women's AIDS risk and prevention*. Social Science and Medicine, 41:197-210.
47. Carovano, K.. (1995). *VIH/SIDA y los desafíos que enfrentan los hombres. Implicaciones para un cambio de conducta*. Desidamos, 3:17-20
48. Carricaburu D. y Pierret J. 1992. *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. París, CERMES-ANRS.
49. Castillo Espitia E. (2000) *La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos*. Investigación y Educación en Enfermería; XVIII (1): p. 27-35.
50. Castillo, M. (2001). *Tendencias y Determinantes Estructurales de la Migración Internacional en Centroamérica*. En *Población del Istmo 2000: Familia, migración, violencia y medio ambiente*. Rosero, Luis Editor. Costa Rica. CCP.
51. Castro R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
52. Cazés, Daniel. (2005) *La perspectiva de género: Una guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. Asesorado por Marcela Lagarde y Bernardo Lagarde. México: UNAM-CONAPO.
53. Charmaz C. (1997). *Good Days, Bad Days. The Self in Chronic Illness and Time*, New Brunswick, Rutgers University Press.
54. Charmaz C. (1999). *"Discoveries of Self in Illness"*, Charmaz K. y Paterniti D. (eds.), *Health, Illness, and Healing. Society, Social Context, and Self*, Los Angeles, Roxbury Publishing: 72-82.
55. Chaves, Laura; Solano, Iris; Escalante, Mercedes. (coautores) (1979). *Campaña de detección precoz del cáncer cérvico-uterino: Universidad de Costa Rica.*, San José, Costa Rica. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, I Año Diplomado Universidad de Costa Rica,
56. Cerda, H (2001). *La investigación Total*. (2ª Ed.) Bogotá: Editorial Trópicos.
57. Coffey, A. y P. Atkinson (1996). *Making Sense of Qualitative Data*. Complementary Research Strategies.
58. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1988). *Desarrollo y Transformación: Estrategias para Superar la Pobreza*. Santiago. Serie Estudios e Informes de la CEPAL No. 69.

59. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000) *La Brecha de la Equidad. Una Segunda Evaluación*. Síntesis. Santiago. CEPAL.
60. Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2002). *Índice de Marginación*. México. Publicación de Internet. (www.conapo.gob.mx)
61. Consejo Nacional de Rectores. Oficina de Planificación de la Educación Superior (Costa Rica) (Autor corporativo) (2002) *Memoria de la presentación del IX Informe del Estado de la Nación a la comunidad universitaria*. San José. Universidad de Costa Rica.
62. Colombia. Ministerio de Salud-Colombia (1999) *III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III, II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas-ENFREC II*. 1. ed. Colombia.
63. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2001) *Índice de Desarrollo Social*. San José. MIDEPLAN.
64. Costa Rica. Ministerio de Salud. (2003) *Política Nacional de Salud. 2002-2006*. República de Costa Rica.
65. Crossette, Barbara. (2005). *Reproductive Health and the Millenium Development Goals: The Missing Link" Studies in Family Planning*, Vol. 26,1:71-79.
66. Cubillo, R. (2002) *Las Representaciones del cuerpo femenino en Sofia de los presagios de Gioconda Belli*. San José. Revista Reflexiones 82 (2): 105-112. Universidad de Costa Rica.
67. Cuesta Benjumea C. (2001) *Contexto del embarazo en la adolescencia*. Rev ROL Enferm.; 24(9): p. 24-30.
68. De Barbieri, T. (1992). *Sobre la Categoría de Género: Una Introducción Teórico Metodológica*. En Fin de Siglo. Cambio Civilizatorio. Santiago de Chile. Ediciones de las Mujeres. N°17. Isis Internacional.
69. Denzin NK *The art and politics of interpretation*. En Denzin NK, Lincoln YS (ed). (1994) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; P. 500-14
70. Denzin N. y Lincoln Y. (1994). *Introduction: Entering the field of qualitative research*. Denzin N. y Lincoln Y. (editors), *Handbook of Qualitative Research*, California, Sage.
71. Dey I. (1993). *Qualitative data analysis*, Londres: Routledge.
72. Di Giacomo, (1987)
73. Díaz-Loving, R. (1999) *Una teoría bio-psico-social-cultural de la relación de pareja*. En Rolando Díaz-Loving (comp) *Antología psicosocial de la pareja*. Miguel Ángel Porrúa/ México. AMEPSO,
74. _____ et al (1999) *Género y pareja*. En Rolando Díaz-Loving (comp) *Antología psicosocial de la pareja*. Miguel Ángel Porrúa/ México. AMEPSO.
75. Dillner J. (1992) *Immunobiology of papillomavirus; prospects for vaccination*. *Cáncer J*; 5(4): 181-187.
76. Dillon M. (1997). *Convivir con virus*, Buenos Aires, Editorial La Página
77. Dixon-Mueller, R. (1993) *The Sexuality Connection in Reproductive Health*. *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 5, pp. 269-281.
78. Dombrowski, Daniel A. y Robert Deltete. (2000). *A Brief, Liberal, Catholic Defense of Abortion*. University of Illinois Press, Urbana and Chicago.
79. Durkeim, Emile, (1915). *The Elementary Forms of the Religious Life*. New York. The Free Press.

80. Duroussy M. (ed.) (1994). *Les personnes atteintes: des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris, ANRS.
81. Elú, M. ed. (1998) *Una exploración de los vínculos entre el Cáncer Cervical y la Sexualidad de las mujeres*. Libro. Salud Reproductiva en México. México. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México
82. Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch FX, Meijer CJLM, Walboomers JMM. (1994) *Human papillomavirus and invasive cervical cancer in Brazil*. Br J Cancer; 69:114–120.
83. Ekins R. (1998). *Male femaling: a grounded theory approach to cross-dressing and sex-changing*. Londres, Routledge.
84. Esteva, Claudio. (1978) *Cultura, Sociedad y personalidad*. Barcelona, España. Anthropos Editorial del Hombre.
85. European Consortium for Cervical Cancer Education. ECCCE (2004). Información publicada en Internet en la dirección: www.eccce.org
86. Everson G. y Weinberg H. (1999). *Living with Hepatitis C. A Survivor's Guide*, New York, Hatherleigh Press.
87. Farmer, P. (1997) *On suffering and structural violence: A view from below*. En: Klienman, A., Das, V., Lock, M., eds. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
88. Farr, Robert y Moscovici, Serge (1984). *Social Representations*. Paris, France. Editions de la Maison des Sciences de L'Homme.
89. Faundes, Anibal and Jose Barzelatto.(2004). *O Drama do Aborto: em Busca de um Consenso*. Brasil. Editora Comedi, Campinas.
90. Ferlay J, Bray P, Pizani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: *Incidencia, mortalidad y preponderancia del cáncer a nivel mundial*. IARC CancerBase No 5, Versión 2.0 IARCPress, Lyon, 2004. Disponible en <http://www.iarc.fr>,
91. Ferrechio, C. & González, C., 1994. *Perfil de Mortalidad y Epidemiológico de la Mujer*. Santiago: SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), Departamento de Planificación y Estudios, Documento 24
92. Flores Palacios, F. (1997). *Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental: Discusión en torno a la categoría de género*. Papers on Social Representations, 6, p. 95-108.
93. Flores, F. (2000) *Representación Social: Género y salud mental*. En: Callejas, N y Gómez-Peresmitré, g (comp). *Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México*. México. Biblioteca de Psicología.
94. Flores, F. (2001) *Psicología social y Género. El sexo como objeto de representación social*. México. McGraw-Hill Editores.
95. Flores, F.; Leyva, R. (2003) *Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México*. Cuernavaca. Salud pública Méx vol.45 suppl.5
96. Fonseca, M.E. (2003) *Con T.C.U.: procuran prevenir cáncer cérvico uterino*. San José, Costa Rica. Revista Crisol No. 10. Oficina de Divulgación de la UCR pp 24-25.
97. Foster, G. & Anderson, B., (1978). *Medical Anthropology*. New York: Alfred Knopf
98. Foucault, M. (1987) *El poder: cuatro conferencias*. México, UNAM Azcapotzalco, (Libros del laberinto 15).
99. Fox, Thomas C. (1995). *Sexuality and Catholicism*. New York. George Braziller,
100. Fromm, Erich (1941) (1949) *Miedo a la libertad*. México. Editorial Paidós.

101. Fromm, Erich (1946) *Anatomía de la destructividad humana*. México. Editores Siglo XXI
102. Fromm, Erich (1953) *Ética y psicoanálisis*. México. Fondo de Cultura Económica.
103. Fromm, Erich. (1992) *¿Ser o Tener?*. México. Fondo de Cultura Económica.
104. _____ (1956). *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*. México. Fondo de Cultura Económica.
105. Fromm, Erich (1956) *El arte de amar*. Barcelona. Paidós.
106. García-Ruiz, Jesús. (1992) *Historias de Nuestra Historia. La construcción social de las identificaciones en las sociedades mayas de Guatemala*. Guatemala. IRIPAZ Ediciones.
107. Gatens, Moira (2002) "El poder, los cuerpos y la diferencia". En: Barret y Phillips (comp.)
108. Germain, Adrienne and Dixon-Mueller, Ruth. (2005). *Reproductive Health and the MDGs: Is the Glass Half Full or Half Empty?* Studies in Family Planning. Vol.36,2:137-139.
109. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. (2002) *El Análisis de Texto asistido por Ordenador en la Investigación Cualitativa*. Index Enferm; p. 36-37: p 24-28.
110. Glaser B. y Strauss A. (1967). *The Discover of Grounded: strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
111. Glaser B. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, Sociology Press.
112. Glaser B. (2000). *The discovery of the grounded theory*, Mill Valley, Sociology Press.
113. Glaser B. (2002). *Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory*. International Journal of Qualitative Methods, 1 (2). Article 3. Disponible en <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>
114. Glaser, Barney y Strauss, Anselmo. (1999) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York. Aldine de Gruyter..
115. Glaser, K. (2001). *Las uniones consensuales en Costa Rica y sus implicaciones en las obligaciones familiares después de la ruptura. Análisis de grupos focales*. En Población del Istmo 2000: Familia, migración, violencia y medio ambiente. Rosero, L. Editor. Costa Rica. CCP.
116. Globocan (2000 -2002) Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / International Agency for Cancer Research, Lyon, France.
117. Gogna, M. et al (1998). Los retos de la salud reproductiva: Derechos Humanos y equidad social. Buenos Aires. Grupo Editorial Norma.
118. Goffman E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
119. Gochnauer AJH, Miller KM. *Interaccionismo simbólico*. En Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. (1989) Barcelona: ROL: p. 216-224.
120. Gómez, Omar (2003). *Salud Pública y Políticas Nacionales de Salud en Costa Rica*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
121. Gómez, M y Madrigal, J. *Migración Interna en Costa Rica en el período 1927-2000 en Costa Rica a la luz del censo del 2000*. Rosero, L. Editores. Costa Rica. CCP.

122. González, María Elena. (2002) *El índice de Rezago Social. Costa Rica a la luz del censo del 2000*. CCP. Ponencia. Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica. INEC.
123. González Martínez L. *La sistematización y el análisis de los datos cualitativos*. En: Mejía R, Sandoval SA (coords). (2002). *Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica*. Tlaquepaque: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; p. 155-173.
124. Grize, Jean-Blaise; Verges, Pierre; Silem, A. (1987), *Salaires face aux nouvelles technologies. Vers une approche sociologique des représentations sociales*. Francia: Centre National de la Recherche Scientifique.
125. Gudorf, Christine E. (2004). *World Religions on Women, Their Roles in the Family, Society, and Religion* in Stephen L. Isaacs and Daniel Gomez-Ibañez (editors) *Women and Religion in a Globalized World: A Conversation of Women's and Religious Leaders*, San Francisco. The Center for Health and Social Policy and the Peace Council.
126. Guimelli, C. ; Rouquette, M.L. (1992). *Analyse structurale des représentations sociales*. *Bulletin de Psychologie*. 405 (XLV), 196-202.
127. Gupta, G. & Weiss, E. (1993). *Women and AIDS: Developing a New Health Strategy*. New York: ICRW Policy Series
128. Gutiérrez Corrales, Carlos Manuel. (1986) *Diagnóstico citológico de las parasitosis e infecciones del tracto genital femenino en material de rutina de la campana de detección oportuno de cáncer cérvico uterino en la delegación Puebla-Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Tesis (médico, cirujano y partero)-- México. Universidad Autónoma de Puebla. Escuela de Medicina.
129. Hartigan, P., Price, J., Tolhurst, R. (2002) *Communicable diseases: Outstanding commitments to gender and poverty*. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
130. Hartigan et al (2002) *Communicable diseases: Outstanding commitments to gender and poverty*. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
131. Hartsock, Nancy. (1985) *Money, Sex and Power*. Boston. Northeastern University Press.
132. ----- (1992) *Foucault sobre el poder: ¿Una teoría para mujeres?*; En Nicholson, Linda. *Feminismo y Postmodernismo*. Argentina. Feminaria Editora.
133. Hammersley M, Atkinson P. (1994) *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
134. Héritier, Françoise (1996). *Masculin/Femenin. Là pensée de la différence*. París. Odile Jacob.
135. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, de Britton RC, et al. (1990) *Sexual behaviour, venereal diseases, hygiene practices, and invasive cervical cancer in a high-risk population*. *Cancer*; 65:380-386.
136. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, de Britton RC, et al. (1990) *Risk factors for invasive carcinoma of the uterine cervix in Latin America*. *Bull Pan Am Health Organ*; 24(3):263-283.
137. Herrero, R., Castle, P., Schiffman, M., Bratti, M., Hildesheim, A., Morales, J., Alfaro, M., Sherman, M., Wacholder, S., Chen, S. Rodríguez, A., Burk, R.

- (2005) *Epidemiologic Profile of Type-specific Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia in Guanacaste, Costa Rica*.
138. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman ME, Hutchinson M, Morales J, Balmaceda I, Greenberg MD, Alfaro M, Burk RD, Wacholder S, Plummer M, Schiffman M. *Estudio poblacional de infecciones ocasionadas por el virus de papiloma humano y neoplasia cervical en el área rural de Costa Rica*. J Nat'l Cancer Inst 2000; 92: 464-474.
 139. Herzlich, C. (1969) *Santé et maladié. Analyse d'une représentation socialé*. Ed- de l' Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
 140. Hewstone, M. (1985) *On common sense on social representation*. A replay to Potter and Litton. Bristh Journal of Social Psychology, 24 , p. 95-97.
 141. Huberman AM, Miles MB. *Métodos para el manejo y el análisis de datos*. En Denman CA, Haro JA (comp.). (2000) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; p. 253-300.
 142. Hurst, Jane. (1989). *Abortion and Catholic Thought* [article adapted from Hurst's *The History of Abortion in the Catholic Church: the Untold Story*] Conscience. Winter 1994/95:36-39.
 143. Ibañez, T. (1994). *Psicología Social Construccinista*. México. Universidad de Guadalajara.
 144. Ibañez, T (1998) *Psicología Social*. España. Editorial McGraw Hill.
 145. Ilkaracan, Pinar. (2002). *Islam and Women's Sexuality: A Research Report from Turkey*. In Patricia Beattie Jung, Mary E. Hunt and Radhika Balakrishnan (editors) *Good Sex: Feminist Perspectives from World*
 146. Índice de Desarrollo Social (1999). *Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica*. Costa Rica. (MIDEPLAN)Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES)
 147. Informe *Estado de la Nación-Costa Rica* (2002). Información obtenida por medio de la dirección: www.estadonacion.or.cr/Info2004. Ver también: González, María Elena. *Evaluación del Índice de Rezago Social*. Ponencia.
 148. International Agency for Research on Cancer (IARC). (1995) *Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: human papillomavirus*. Lyon, France: IARC; (IARC scientific publications, Vol. 64).
 149. Iñiguez, Lupiciano y Muñóz, Juan (UAB) (2004) *Análisis Cualitativo de textos: Curso avanzado teórico-práctico: Introducción a la Grounded Theory*. Santiago, Chile. Información obtenida en la dirección: http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ancuali_mat.htm rescatado en julio 2007.
 150. Jantzen, Grace M. (2002). *Good Sex: Beyond Private Pleasure*. In Patricia Beattie Jung, Mary E. Hunt and Radhika Balakrishnan (editors) *Good Sex: Feminist Perspectives from World Religions*. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press.
 151. Jodelet, Denise (1989). *Représentations sociales: undomaine en expansion*. En: Jodetet, et al. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
 152. Kabeer, N. (1994) *Reversed realities: Gender hierarchies in development thought*. New Delhi: Kali forWomen; London: Verso.
 153. Kaës, R. (1976): *El aparato psíquico grupal*, Paidós. Buenos Aires en Quiroga, S. (2001) *Adolescencia: ¿Crecimiento o autodestrucción?* JVE Ediciones. Buenos Aires.

154. Kano Florián ME. (1999) *El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad*. Invest Educ Enferm; XVII (1): p. 35-47.
155. Kornblit A. et al. (1997). *Y el sida está entre nosotros*, Buenos Aires, Corregidor.
156. Krug G.J. (1995). Hepatitis C. *Discursive Domains and Epistemic Chasis*. Journal of Contemporary Ethnography, Vol.24 (3):299-323.
157. Krüger Kjaer S, van der Brule AJC, Bock JE, Poll PA, Engholm G, Sherman ME, et al. (1996) *Human papillomavirus—the most significant risk determinant of cervical intraepithelial neoplasia*. Int J Cancer; 65(5):601–606.
158. La Madrid, 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.
159. Laan, Ellen. (2005) *Women's sexual problems: disease or circumstance?* University of Amsterdam, Netherlands. Montreal, Canada. World Congress of Sexology.
160. Laclau, E. (1992) *Política e ideología en la teoría marxista*. México: Siglo XXI.
161. ----- (2000). "Posición del sujeto y antagonismo". en B. Arditti (comp.), *Identidad y Política*, Caracas: Nueva Sociedad.
162. ----- (2000) "Sujeto de la política. Política del sujeto", En E. Laclau, *Emancipación y diferencia*, Buenos Aires: Nueva Visión.
163. Lamas, M., 1986. *La antropología feminista y la categoría 'género'*. México. Revista Nueva Antropología, 8:173-198.
164. Lamadrid, S. (1998) *Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico-uterino*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):33-40
165. Lara Flores N, Taméz González S, Eibenschutz Hartman C, Morales Estrella SL. (2000). *Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos*. En: Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara; p. 97-122.
166. Laurindo da Silva L. (1999). *Vivre avec le sida en phase avancée. Une étude de sociologie de la maladie*. París, L'Harmattan.
167. León y Viveros (copiladores) (1995). *Género e Identidad. Ensayo sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá, Colombia. Editores Tercer mundo.
168. Leyva, R, et al. (2005). *Respuesta Social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA*. INSP: México.
169. Lillie-Blanton, M., LaVeist, T. (1996) *Race/ethnicity, the social environment and health*. Social Science and Medicine 43(1):83–91.
170. Lipiansky, E.M.(1979) *L' ame Francaise: Ou, Le National-Liberalisme : Analyse D'une Representation Sociale*. Francia. Anthropos
171. López-Aranguren E. *El análisis de contenido tradicional*. En García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. (2001) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (3ª ed). Madrid: Alianza.
172. Lowy D, Schiller J. *Prophylactic human papillomavirus vaccines*. J Clin Invest 2006; 116:1167-73.
173. Luque Vadillo E, Barroso Ortín R, López Viñals M, Alapont M, Alconchel S, Torres Jansa M, Díaz Cocera M. (2001) *Diálisis peritoneal, la realidad subjetiva de convivir con una enfermedad crónica*. Enferm Nefrológica.; 13: p. 12-17.

174. McQuillan, Kevin. (2004). *When does Religion Influence Fertility?* Population and Development Review. Vol 30, 1:25-56.
175. Maguire, Daniel C. (2003). *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions*. Oxford University Press, New York.
176. Manderson, Lenore (2005). *Cultural and Societal Contextual Aspects*. University of Melbourne, Australia. Montreal, Canada. World Congress of Sexology.
177. Mantle, N., Powell, S. (2000) *Implementación de una consulta para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en el cantón de Siquirres*. Práctica dirigida (licenciatura en enfermería con énfasis en salud de la mujer y perinatología)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
178. Mercado Martínez FJ. (2000) *El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud*. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. México: Universidad de Guadalajara; p. 47-72.
179. Mercado Martínez, FJ; Torres López TM (compiladores) (2000). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, Método y Práctica*. México. Universidad de Guadalajara.
180. Mercado Martínez FJ. (1996) *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara;
181. Meza, Leticia, Jiménez, Maritza. (1990) *Evaluación de la calidad de la atención y el impacto del Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino y de Mama, Centro de Salud de Cartago*. Práctica dirigida (licenciatura en enfermería con énfasis en salud de la mujer y perinatología)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
182. Migram et Jodelet, D. (1976) *Psychological maps of Paris*. In A. Proshansky, W. H. Ittelson et L. G. Rivlin (Dirs), *Environmental Psychology. People and their physical settings*. New-York, Holt Rinehart & Winston.
183. Miller, L and M. Gur. (2002). *Religiousness and Sexual Responsibility in Adolescent Girls*. Journal of Adolescent Health, 20Vol. 31,5:401-406. Hill, Zelee E., Cleland, John and Mohammed M. Ali. 2004. "Religious Affiliation and Extramarital Sex Among Men in Brazil" International Family Planning Perspectives, Vol. 30, 1:20-26.
184. Minayo C. (1995) *El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
185. Molano M, Posso H, Weiderpass E, van den Brule AJ, Ronderos M, Franceschi S, Meijer CJ, Arslan A, Munoz N. *Preponderancias y factores determinantes en la infección por VPH en mujeres con citología normal*. Br J Cancer 2002; 87: 324-333.
186. Monge, M., Rivera, D. (1998). *Implementación de una consulta de detección temprana de cáncer cérvico-uterino y de mama para el personal del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes*. Práctica dirigida (licenciatura de salud de la mujer y perinatología)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
187. Montecino, S. (1991) *Madres y Huachos. Alegorías del Mestizaje Chileno*. Santiago: Editorial Cuarto Propio-CEDEM.
188. Moore, H. (1991) *Antropología y feminismo*. Madrid. Cátedra:13-57

189. Mora, J; Flores, F; de Alba, M et al (oct-2003) *ALCESTE*. México. En Revista de Salud Mental, Vol. 26, No 5.
190. Morales, J.F.; Kloya, M (1998). *Psicología Social*. España. Editorial McGraw Hill.
191. Morales, Roberto (2004). *Adenocarcinoma de endocervix incidencia, manejo y pronóstico, una revisión de diez años*. Tesis (maestría en ginecología oncológica)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Servicio de Ginecología. Unidad de Ginecología Oncológica.
192. _____ (2000) *Recurrencia post-quirúrgica del carcinoma de cérvix uterino confirmación y resultados de la radioterapia*. Tesis (Posgrado especialidad en gineco-obstetricia). San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado.
193. Moscovici, Serge (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul. p. 76
194. Moscovici, Lage, e y Naffrech Oux, M (1969) "Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task". *Sociometry*, 32.
195. _____ (1976) *Psychologie of Social Representation*. Cahiers Vilfredo Pareto, 14, 409-416
196. Moscovici, S. and Hewstone, M. (1983). *Social representations and social explanations: from the 'naïve' to the 'amateur' scientist*. In M. Hewstone (ed.), *Attribution Theory: Social and Functional Extensions*. Oxford: Blackwell.
197. _____ (1986) *Psicología Social*. Editorial Paidós.
198. Mucchielli A. (2001). *Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid: Síntesis.
199. Muñoz N, Bosch FX, de San José S, Tafur L, Izarzugaza I, Gili M, et al. (1992) *The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case control study in Colombia and Spain*. *Int J Cancer*; 52:743-749.
200. Murillo, M. (2007). *¿Cómo enseñar sexualidad?* México. Editorial Pax-México.
201. Natera G, Mora J. *La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones*. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). (2000) *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (México); p. 73-95.
202. Nelson C., Reichler P. y Grossberg L. (1992). *Cultural studies*. En: Grossberg L., Nelson C. y Treichler P. (eds.) *Cultural studies*. Nueva York, Routledge
203. OMS/OPS/WAS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de consulta convocada por Organización Panamericana de la salud (OPS). Antigua, Guatemala. Organización Mundial de la salud con la Asociación Mundial de Sexología (WAS).
204. OMS. (2007). *Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano: orientaciones normativas y programáticas para los países*. Ginebra, Suiza.
205. Östlin, P. (2002) *Examining work and its effects on health*. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.

206. Otero, I; Vega, M.E. (1996) *Condiciones de eficiencia de la Consulta de Patología Cervico-uterino de la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia, Turrialba, 1994, y su relación con la incidencia del cáncer cervical*. Tesis (Licenciatura en salud de la mujer y perinatología)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
207. OXFAM. (1997) (20 de agosto del 2008) http://www.oxfam.org.uk/education/gc/what_and_why/what/
208. Paiva, V., (1993). *Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers*. Reproductive Health Matters, 2:98-109.
209. Parkin DM, Muir CS, Whelam SL, Gao Y-T, Ferlay J, Powell J, eds (1992). *Cancer incidence in five continents*. Volume VI. Lyon, France: IARC; (IARC scientific publication 120).
210. Pateman, Carole. (1995) *El Contrato Sexual*. México: Anthropos.
211. Pecheny M. (2000). *La experiencia del tiempo en pacientes crónicos: el caso de las personas viviendo con hepatitis C y VIH*. Universidad de Buenos Aires. Proyecto UBACYT SO49,
212. Pecheny M. y Manzelli H. (2001). *Vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C: un estudio exploratorio en adultos heterosexuales de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario sobre Salud y Población. 8 al 10 de agosto.
- * 213. Peña Zepeda, Jorge y González Omar. (2001) *La representación social. Teoría, método y técnica*. En Tarrés, Ma. Luisa. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la Investigación Social. México. FLACSO. ECM.
214. Pfaus, James G. (2005) *Mechanisms of Sexual Motivation and desire: Insights from the female Rat*. Center for Studies in Behavioral Neurobiology, Canada. Montreal, Canada. World Congress of Sexology.
215. Piaget, J. (1976). *El lenguaje y el pensamiento del niño*. (4ta. ed.). Buenos Aires: Edit. Guadalupe
216. Piedra, L.; Montero, D. (2003). *Representaciones de la sexualidad en adultos mayores varones: Una aproximación desde la hermenéutica profunda*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología.
217. Pierret J. (1992). *Coping with Aids in Everyday Life*. En: Pollak M., Paicheler G. y Pierret J., *AIDS: A Problem for Sociological Research*, Londres, SAGE: 66-84.
218. Pierret J. (1998). *Vivre longtemps avec le VIH: Récits sur la longue durée de vie et reconstruction du temps*. París, CERMES.
219. Pisani P, Parkin DM, Muñoz N, Ferlay J. *Cancer and infection: estimates of the attributable fraction for 1990*. Cancer Epidemiology Biomarkers Prev [en prensa].
220. PNUD. *Informes sobre el Desarrollo Humano, 1990 - 2002*. Costa Rica. Informe del Estado de la Nación.
221. Política Nacional de Salud 2002-2006. Ministerio de Salud. Costa Rica.
222. Pollak M. 1988. *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. París, Métailié.
223. Powers, Daniel A. y Ellison, Christopher G.. (2005). *Conservative Protestantism and Church Attendance Effects on Teen Pregnancy and*

- Pregnancy Outcomes*. Paper presented to the March 31-April 2, Philadelphia. Annual Meeting of the Population Association of America,
224. Quesada, M. (1992) *Incidencia del cáncer cérvico uterino en Costa Rica de 1977 a 1990 posterior a la reorganización de la información del Registro Nacional de Tumores de Costa Rica*. Practica dirigida (especialista en salud pública)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Posgrado Especialidad en Salud.
225. Ranciére, J. (1996) *El Desacuerdo, Política y Filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
226. Rathgeber, E. M., Vlassoff, C. (1993) *Gender and tropical diseases: A new research focus*. *Social Science and Medicine* 37(4):513-520.
227. Reeves WC, Brinton LA, García M, Brenes MM, Herrero R, Gaitán E, et al. (1989) *Human papillomavirus (HPV) infection and cervical cancer in Latin America*. *N Eng J Med*; 320: 1347-1441.
228. Religions. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London. Imam, Ayesha M. (2002). *The Muslim Religious Right ('Fundamentalists') and Sexuality*. In Patricia Beattie Jung, Mary E. Hunt and Radhika Balakrishnan (editors) *Good Sex: Feminist Perspectives from World Religions*. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers. University Press.
229. Reynolds D. (2004) *Cervical cancer in Hispanic/Latino women*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 8(2): 146-150.
230. 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.
231. RFSU, Asociación Sueca para la Educación Sexual. (2005). *Abriendo Espacios: Guía Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Estocolmo, Suecia. Artes Gráficas Panorama, México y RFSU,
232. Ries LAG, Miller BA, Hankey BF, (1973-1991). (1994) eds. *SEER Cancer Statistics Review*: Bethesda, MD: National Cancer Institute; (NIH Pub. 94-2789).
233. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, et al. (2006) Eds. *SEER Cancer Statistics Review. 1975-2003*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
234. Rodó, A. & Saball, P. (1987). *El cuerpo ausente*. *Proposiciones*. 13: 109-164
235. Ross, Marie Paul (1998) *Modelo Global de intervención en sexología clínica*. Universidad de Quebec, Canadá. Costa Rica. Manual de Capacitación CONFECOR.
236. Sai Fred and Janet Nassim. (1989). *The need for a reproductive health approach*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Suppl.3: 103-113.
237. Salas y Campos. (2004) *Explotación sexual comercial y masculinidad*. Costa Rica. WEM e IPEC.
238. Sandhya Jain, (2003). *The Rightt Family Planning, Contraception and Abortion: The Hindu View*. In Daniel McGuire (editor) *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions*. Oxford and New York. Oxford University Press,.
239. Sánchez-Alemán MA, Uribe-Salas F, Conde-González CJ. (2002). *La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios*. *México. Instituto de Salud Pública de México*; 44: 442-447.

240. Santamaría, Carolina. (marzo, 2003) *Evaluación de alarmas por cáncer utilizando análisis espacial: Una aplicación para Costa Rica*. San José, Costa Rica. En Revista Costarricense de Salud (ACOSAP) Año 13. No.21.
241. Sims, J., Butter, M. (2002) *Health and environment: Moving beyond conventional paradigms*. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
242. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, et al. (1993) *Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia*. J Nat'l Cancer Inst; 85:958-964.
243. Schumann, HansWolfgang. (1973). *Buddhism: An Outline of its teachings and Schools*. Ill and London. Quest Books, Wheaton,
244. Sen, Gita; Asha, George; Pirooska, Ostlin. (2002) *Engendering/International/Health: The challenge of equity*. Organización Panamericana de la Salud ISBN 92 75 32294 5.
245. Sen, Gita; Asha, George; Pirooska, Ostlin. (2005) *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la salud. ISBN 92 75 32294 5.
246. Selltiz, Claire; Wrightsman, Lawrence y Cook, Stuart. (1980) *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales*. Novena Edición. España. Ediciones Rialp. S.A.
247. Shaikh, Sa'Diyya.(2003). *Family Planning, Contraception and Abortion is Islam*. In Daniel McGuire (editor) *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions*. Oxford and New York. Oxford University Press.
248. Shtarksahall, Ronny (2005). *Developing Culturally Appropriate Interventions to Sexual Health Issues in Low budget Countries: A Rapid Response Methodology (RRM)* The Hebrew University of Jerusalem, Israel. Canada. Montreal. World Congress of Sexology.
249. Sinding, Steven.(2005) *Keeping Sexual and Reproductive Health at the Forefront of Global Efforts to Reduce Poverty*. Studies in Family Planning. Vol.36,2:141-143.
250. Skegg, D.; Corwin, P.; Paul, C. & Doll, R. (1982). *Importance of the male factor in cancer of the cervix*. Lancet, 2:581-583.
251. Siles González J, Garcia Hernández E, Cinabal de Juan L, Galao Malo R. (1999) *Fenomenología y enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica biomédica*. Enfermería Clínica; 9(1): p. 13-20.
252. Silverman, David. (1993) *Interpreting Qualitative Data*. USA. Sage Publications.
253. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de Costa Rica. Costa Rica. Vol. 3 No 1 del 29 de diciembre del 2002 al 4 enero del 2003
254. Stephen Isaacs, L. and Gómez-Ibañez.Daniel (2004). *Women and Religion in a Globalized World: A Conversation of Women's and Religious Leaders*. San Francisco. The Center for Health and Social Policy and the Peace Council,.
255. Strauss A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*, New York, Cambridge University Press.
256. Strauss A. et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life*, St Louis y Toronto, the C.V.Mosby Company.
257. Strauss A. y Corbin J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Londres, Sage.

258. Strauss A. y Corbin J. (1998). *Grounded theory methodology: an overview*. En: Denzin N. y Lincoln Y. (eds.) *Strategies of qualitative inquiry*. Thousands Oaks, Sage: 158-183.
259. Strauss, Anselmo y Corbin, Juliet. (1998) *Basic of Qualitative Research*. USA. Sage Publications.
260. Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. (1996) *Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis*. *Sociology of Health and Illness* 18(5):653-674.
261. Sucitto Bhikkhu. (1995). *The Dawn of the Dhamma: Illuminations from the Buddha's First Discourse*. Bangkok, Thailand. Buddhadhamma Foundation.
262. Suwanbubha, Parichart. (2003). *The Right to Family Planning, Contraception, and Abortion in Thai Buddhism*. In Daniel McGuire (editor) *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions*. Oxford and New York. Oxford University Press.
263. Taube, Karl. 2004. "Aztec Religion: Creation, Sacrifice, Renewal" *The Aztec Empire*. Guggenheim Museum, 2004. 168-177.
264. Taylor SJ, Bogdan R. (1990) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
265. Tesch R. (1991) *Software for qualitative researchers: análisis needs and program capabilities*. En Fielding NG, Lee RM (eds). *Using computers in qualitative search*. London: Sage; p. 16-37.
266. Tesch R. (1990) *Qualitative research: análisis types and software tools*. New York: The Falmer Press.
267. Timothy Raddcliffe, (2004) *Ensayo sobre Afectividad y Eucaristía*. Costa Rica. Documento de apoyo, mimeografiado. Capacitación Colegio Los Ángeles.
268. Tulia Uribe J, Jaramillo Vélez DE. (2000) *Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta*. *Index Enferm*; Año IX (30): p. 12-16.
269. United Nations (1995). *Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September*. New York. ST/ESA/SER.A/149.
270. Valdés, T. (1988). *Venid, Benditas de mi Padre*. Santiago:FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
271. Valenzuela, J.M. (coord) (2000) *Decadencia y auge de las identidades*. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdez Editores.
272. Valenzuela, M.; Miranda, A. (2001) *¿Por que NO me hago el papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago Chile*. Chile. En *Revista Chilena de Salud Pública*. Artículos Originales. Vol. 5 (2-3): p. 75-80.
273. Valles MS. (1997) *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
274. Van Dijk TA. *El estudio del discurso*. En Van Dijk TA (comp.). (2001) *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa; p.21-65.
275. Varaldo C. 2000. *Convivendo com a hepatite C*. Rio de Janeiro, Edición del autor.
276. Villa L L, Ault K A, Giuliano A R, Costa R L, Petta C A, Andrade R P, et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine* 2006; 24: 5571-83

277. Vidal Pollarolo, Paulina. (2002) *La identidad estigmatizada*. Polis. Santiago de Chile. Revista de la Universidad Bolivariana. Año/vol 1, número 003.
278. Villafuerte, A. (1996). *Factores que influyen en la cobertura de la consulta de detección de cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 50 años en el cantón de Santa Cruz, Región Chorotega*. Tesis (licenciatura en enfermería con énfasis en salud de la mujer y perinatología)-- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.
279. WAS. (World Association Sexology) (2004). Corona, Esther. *Conferencia Magistral de cierre por parte de la Secretaría de la WAS para el Congreso Nacional de Sexualidad Humana y Calidad de vida en Costa Rica*. Costa Rica. Memorias del Congreso Nacional de Sexualidad en Costa Rica.
280. Weller, S.; Gogna, M; et al (2007) *Atención de la salud reproductiva en personas que viven con VIH/sida : un diagnóstico de la respuesta del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires*. Centro de Estudios de Población. en Aportes a la Investigación Social en Salud Sexual y reproductiva. Buenos Aires. p. 287-309
281. World Health Organization. (1994). *Reproductive Health Activities in WHO.HRP/PCC(7)/1994/6a*.
282. Zizek, Slavoj, (2000) "*Más allá del análisis del discurso*" en B. Arditti (comp.), *Identidad y Política*, Caracas: Nueva Sociedad.
283. Zizek, Slavoj (2001) *El espinoso sujeto*. Buenos Aires: Paidós.

Anexos

1. Guía de Entrevista
2. Consentimiento Informado
3. Modelo de Salud Pública
4. Construcción de los Índices para el Estado de la Nación – 2000
5. Ruta Metodológica: Atlas ti (descripción y operacionalización de categorías); claves para análisis Atlas ti y Alceste; Rapport del análisis por medio de Alceste.

Guía de entrevistas
“Representación Social del virus del papiloma humano y su incidencia sobre la salud sexual y reproductiva. Costa Rica

Entrevista a expertos:

Objetivos:

1. Investigar y determinar los conceptos socioculturales que existen en:
 - a. Las políticas de abordaje en la **salud físico-medica** por parte de la CCSS respecto del cáncer del cuello del útero en mujeres; sus alcances y limitaciones en la vida de estas mujeres y sus familias.
 - b. Las políticas de abordaje en la **salud social y mental** por parte de la CCSS respecto del cáncer del cuello del útero en mujeres; sus alcances y limitaciones en la vida de estas mujeres y sus familias.
 - c. Las políticas de abordaje en la **salud familiar** por parte de la CCSS respecto del cáncer del cuello del útero en mujeres; sus alcances y limitaciones en la vida de estas mujeres y sus familias.
 - d. Las políticas de abordaje en la **salud sexual y reproductiva** por parte de la CCSS respecto del cáncer del cuello del útero en mujeres; sus alcances y limitaciones en la vida de estas mujeres.

Esquema de trabajo de abordaje en la entrevista semi-estructurada y entrevista a profundidad.

1. Investigar por medio de entrevista semi-estructurada al o la directora del Centro de Salud del Cantón (Clínica de la CCSS) así como a dos funcionarios o visitantes sociales del cantón, preferiblemente un hombre y una mujer. Se entrevistará acerca de los conceptos que tienen de los siguientes aspectos:
 - Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad a nivel físico y médico
 - Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito social y mental.
 - Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito familiar.
 - Claridad de conceptos, tratamientos y manejo de su enfermedad en el ámbito de su vida sexual.
 - Concepto de Sexualidad

- Concepto de salud sexual versus sexualidad
- Concepto relaciones interpersonales versus sexualidad
- Concepto de género versus sexualidad
- Concepto de poder versus sexualidad
- Concepto de placer versus sexualidad
- Concepto de hombre y mujer versus estereotipos y vida sexual de cada uno (a).
- Conocimiento de los factores de género inherentes a la salud sexual y reproductiva de los géneros.
- Conocimiento de los derechos sexuales.

Consentimiento Informado

Doy mi consentimiento para participar en el estudio que trata sobre:

“Representación Social del virus del papiloma humano y su incidencia sobre la salud sexual y reproductiva. Costa Rica”

Realizado por la doctorante Margarita Murillo Gamboa, estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura, quien opta por el grado de Doctora, en la Universidad de Costa Rica.

Conozco que esta investigación se está realizando en varios cantones del país y tiene como Objetivos Generales:

1. Analizar los Factores Socioculturales y las Representaciones Sociales de la Salud Sexual y Reproductiva en la población femenina y masculina de la región de Guanacaste.
2. Generar propuestas de diagnóstico e intervención para la promoción de la salud sexual y reproductiva de la región.

Por lo que este consentimiento implica mi autorización y participación para responder a una entrevista semi-estructurada o una entrevista en profundidad, si así yo lo deseo sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

Esta entrevista puede tener una duración aproximada de dos horas y puede que se me solicite aclarar alguna otra información, para lo cual estaré anuente si así se me solicitara. Las personas que están autorizadas para aplicar la entrevista son:

MSc. Margarita Murillo Gamboa. Teléfono: 88148574 y 22627871

De acuerdo con lo anterior, acepto participar bajo las siguientes condiciones:

1. La información brindada será manejada de manera confidencial. Mi nombre no aparecerá en ningún documento y si en algún momento es necesario citar algo concerniente a mi persona será con un seudónimo y podrá ser divulgado sólo bajo estas condiciones.
2. Mi participación en este estudio no implica ningún riesgo para mi salud.
3. Si en algún momento tengo duda con respecto del estudio, y podré hacer todas las preguntas necesarias. Además, de ser necesario, contaré con la posibilidad de recibir apoyo psicológico profesional durante la aplicación de la misma.

4. La investigadora no revelará a ningún familiar o amigo la información que obtenga.
5. La investigadora no deberá retribuirme económicamente a cambio de mi participación en la investigación, ni brindarme una devolución individual de los resultados.
6. Mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria y podré retirarme si así lo decidiera, sin ningún perjuicio para mí.
7. Cuando firme este consentimiento se me entregará una copia del mismo. En caso de tener algún impedimento para firmar, puedo marcar con una equis y la investigadora anotará mi nombre al lado.
8. Para cualquier información puedo llamar a los teléfonos: 22627872 (oficina y fax) 88148572 celular con Margarita Murillo.

Nombre del o la participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre de la entrevistadora: _____

Firma: _____

Modelo de Salud Pública

MODELO DE SALUD PÚBLICA QUE CONSIDERA PRÁCTICAS DE ACUERDO CON EL GÉNERO-FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LAS COMUNIDADES Y ESTIGMAS QUE ESTÉN PRESENTES Y QUE HAGAN INVISIBLES SITUACIONES DE VULNERABILIDAD. SON INTERDEPENDIENTES Y NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA SALUD DE LAS COMUNIDADES.

Construcción de los Índices para el Estado de la Nación – 2000

VARIABLES SOCIALES QUE MIDEN EL DESARROLLO DEL PAÍS.

En la selección de los índices fue determinante que estos mostraran información en el nivel del cantón, dado que el interés era poder observar y analizar estadísticamente a todos los cantones del país. Para otros índices no se encontró información en detalle por cantón.

Índice de rezago social. (Informe del Estado de la Nación- 2000)

Por lo que respecta al **índice de rezago social**, este fue realizado a partir de los datos del censo del 2000 y lo hizo el *Estado de la Nación*, buscan determinar la posición relativa de cada cantón y distrito del país en el año con respecto de su desarrollo social, a partir del Índice del Rezago Social.

Este índice se construyó con el propósito de identificar las áreas geográficas más deprimidas, rezagadas o marginadas socialmente, de allí que las variables utilizadas están definidas en términos de “carencias”. Esto implica que un alto valor indica prioridad en la atención hacia el desarrollo de este cantón y, con ello, orientar políticas y programas dirigidos a disminuir las brechas y promover el desarrollo social.

En el caso de Costa Rica, los indicadores han mostrado la presencia de desigualdades sociales y económicas entre áreas geográficas, con un claro beneficio de los cantones y distritos ubicados en la región central del país, en detrimento de zonas alejadas, distritos fronterizos y los litorales.

La metodología utilizada contempla tres ámbitos o dimensiones:

a. Educación: Se parte de que un mayor nivel de educación capacita a los individuos para una participación plena y un mejor desempeño en la sociedad, en diversas áreas, y produce, consecuentemente, un desarrollo social; asimismo, se refleja el grado de acceso que ha tenido el individuo, durante su vida escolar (7 a los 25 años) al sistema educativo.

Los indicadores para esta dimensión fueron:

- f. **el analfabetismo:** expresado como el porcentaje de población de 10 años o más que no sabe leer ni escribir.
- g. **La imposibilidad de acceder a la educación secundaria:** expresado como el porcentaje de población de 12 años o más con primaria o menos, es decir, que sólo completó la primaria, cursó algún año de este nivel o no tiene ningún grado de escolaridad.

b. Vivienda: Los factores que se consideraron para aproximar esta dimensión son:

- 4. **Porcentaje de viviendas en mal estado y regular estado:** esto de acuerdo con los censos. Una vivienda en buen estado es aquella en la que los materiales de al menos dos de sus componentes – piso, paredes, techo – no presentan fisuras o deterioro, de lo contrario se considera que la vivienda no es adecuada. Por lo tanto, el indicador de rezago para este aspecto se define como el porcentaje de viviendas en mal o regular estado.

5. **Porcentaje de viviendas sin electricidad:** disponer de electricidad es un aspecto básico para la satisfacción de necesidades, principalmente en nuestro país, donde la electricidad es la principal fuente de energía utilizada para cocinar. No disponer de ella excluye a la población del acceso a medios modernos de comunicación y al disfrute de bienes culturales.
6. **Porcentaje de viviendas sin agua intradomiciliaria:** la falta de agua entubada dentro de la vivienda es un factor que afecta la salud de sus residentes, por los riesgos de contaminación que implica su almacenamiento y acarreo, además del trabajo que implica para la familia abastecerse del líquido vital. Se considera que la vivienda no tiene agua intradomiciliaria si no dispone de tubería dentro de la vivienda y si no dispone de cañería sólo para esta vivienda.

c. **Salud:** La salud es uno de los factores más determinantes del bienestar y una mejor calidad de vida. Se sabe que este es uno de los aspectos más difíciles de aproximar con la información disponible en un censo; sin embargo se consideraron los siguientes aspectos:

- **Porcentaje de población asegurada.**
- **El acceso a atención médica,** considerado como el tiempo promedio de traslado del segmento censal a la clínica o centro de salud más cercano.
- **Porcentaje de niños de primer grado con una relación talla-edad inferior a la normativa.**

Como método de exploración se utilizó el análisis de factores con el método de extracción por componentes principales, el cual agrupó las ocho variables en un solo componente que explica el 60% de la variancia acumulada. A nivel cantonal, el análisis de factores identifica también un solo componente o factor.

Es importante destacar que, en este análisis, se detalla la observación de que las variables talla-edad y porcentaje de población no asegurada habían perdido importancia en la explicación de las diferencias por área geográfica, pero en la elaboración de este índice se pudo observar que se seguían discriminando y correlacionando significativamente con las otras variables consideradas y con el índice final.

También se observó cómo la baja densidad de asocia con el grado de rezago social. La residencia en localidades pequeñas, dispersas y en situación de aislamiento, no sólo hace difícil aprovechar la economía de escala de los servicios básicos, de la infraestructura y el equipamiento, sino que, por razones de costo-beneficio, ha determinado que las acciones de la política social se concentren en la atención de quienes viven en las grandes aglomeraciones urbanas. (CONAPO, 2002:12) Esta fue una situación observada en México, de manera concordante con Costa Rica.

En Costa Rica, Puntarenas, Limón y Guanacaste son, en ese orden las provincias que proporcionalmente poseen más distritos en situación de rezago social, mientras que Heredia y San José presentan la situación más favorable.

Índice de Desarrollo Humano

El informe detalla que el país logró aumentar su promedio global en el índice al pasar de 0.832 en 2003 a 0.834 en 2004, lo que mantiene al país en el tercer lugar de Latinoamérica, superado únicamente por Argentina y Chile.

Noruega, Suecia y Australia encabezan la lista de países con mayor desarrollo humano a nivel mundial, mientras que en América Latina los países con mayor desarrollo humano son Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguay, Cuba y México respectivamente.

Mejora del índice

En el año 2004, además de las revisiones anuales a los datos del Producto Interno Bruto per cápita, se mejoraron los cálculos para las estimaciones de las tasas de alfabetización y tasas brutas de matrícula combinadas, para los países en estudio.

El proceso de reformulación de los componentes del IDH modificó, en algunos casos notoriamente, el cálculo del Índice para los países y ocasionó cambios en la lista ordinal. Aún así, cuando la metodología actual es utilizada para calcular de nuevo el IDH de todos los países para el año 2003, Costa Rica asciende del puesto 47 en 2003 al lugar 45 en 2004.

Dada la disponibilidad de cifras y la realización del proceso para elaborar el informe, se utilizan cifras del año trasanterior para el cálculo del IDH del presente año. Así, los valores de todos estos indicadores utilizados para calcular el IDH de 2004, corresponden a datos del 2002.

De este modo, a pesar de la aparente caída en la tabla de los países, el Informe del año 2004 detecta —tanto en términos absolutos como relativos— una leve mejoría en los niveles de desarrollo humano de Costa Rica respecto de los estimados el año anterior.

El detalle para Costa Rica

En el caso de Costa Rica se dio un crecimiento absoluto en el IDH, que pasó de 0.832 en 2003 a 0.834 en 2004 (según la metodología actual). Aún más, si se utiliza la metodología actual para volver a calcular el IDH del año 2003, el salto es ligeramente mayor: de 0.830 en 2003 a 0.834 en 2004.

Este cambio positivo en el IDH refleja pequeños aumentos en la expectativa de vida (de 77.9 en el Informe de 2003 a 78.0 años en el Informe de 2004) y las tasas brutas de matrícula combinada (de 67% en el Informe 2003 a 69% en el Informe 2004).

La tasa de alfabetización permaneció sin cambios (95.8% en ambos años). También, los datos comparables utilizados por el Banco Mundial indican un leve movimiento descendente en el PIB per cápita de US\$8,890 para el Informe 2003 a US\$8,840 para el Informe 2004.

El resultado de la ponderación de las variables mencionadas da como resultado un aumento en el IDH entre 2003 y 2004.

IDH del 2004

País	Lugar en la lista en 2004	Lugar en la lista en 2003	IDH		Esperanza de vida al nacer (años)		Tasas de alfabetización (%)		Tasas brutas combinadas de matrícula en educación primaria, secundaria y terciaria (%)		PIB per capita (US\$ ajustado por poder adquisitivo)		Tendencia IDH		
			2003 / 2004		2003 / 2004		2003 / 2004		2003 / 2004		2003 / 2004		1975	1990	2002
			Cifras 2001	Cifras 2002	Cifras 2001	Cifras 2002	Cifras 2001	Cifras 2002	Cifras 2000/01	Cifras 2001/02	Cifras 2001	Cifras 2002			
Argentina	34	34	0.849	0.853	73.9	74.1	96.9	97.0	89	94	11,32	10,88	0.784	0.810	0.853
Chile	43	43	0.831	0.839	75.8	76.0	95.9	95.7	76	79	9,19	9,82	0.703	0.784	0.839
C.R.	45	42	0.832	0.834	77.9	78.0	95.7	95.8	66	69	9,46	8,84	0.745	0.791	0.834
Uruguay	46	40	0.834	0.833	75.0	75.2	97.6	97.7	84	85	8,4	7,83	0.759	0.803	0.833

Fuente: PNUD, 2004

El Índice de desarrollo humano muestra las siguientes variables:

Matriz resumen de los índices de desarrollo humano

Matriz resumen de los índices de desarrollo humano		
Indicador	Objetivo	VARIABLES
Índice de Desarrollo Humano (IDH) 162 países	Índice sintético que mide los adelantos medios de un país en desarrollo humano	Esperanza de vida al nacer. Tasa de alfabetización de adultos y tasa combinada de matriculación en tres niveles. PIB per cápita PPA en US\$.

Fuente: PNUD, 2001

**EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)
EN EL LARGO PLAZO ^{a/}**

Período: 1960, 1970, 1980 y 1992-1998

ÍNDICE DESARROLLO HUMANO	1960	1970	1980	1992	1993	1994	1995	1995	1997	1998^{b/}
COSTA RICA	0,55	0,647	0,746	0,883	0,884	0,889	0,889	0,801	0,797	0,82
Todos los países en desarrollo	0,26	0,347	0,428	0,57	0,563	0,576	0,586	0,637	0,642	0,654
Países menos adelantados	0,161	0,205	0,245	0,337	0,331	0,336	0,344	0,43	0,435	0,445
Países industrializados	0,798	0,859	0,889	0,916	0,909	0,911	0,911	0,919	0,893	0,932 ^{c/}
Todo el mundo	0,392	0,459	0,518	0,759	0,746	0,764	0,772	0,706	0,712	0,722

^{a/} El dato corresponde al Informe sobre el Desarrollo Humano del 2002.

^{b/} El PNUD realizó ajustes metodológicos en el cálculo del IDH, por lo tanto a partir de esas fechas los datos no son comparables con los de años anteriores.

^{c/} El dato corresponde a los países de la OCDE de ingreso alto.

Fuente: PNUD. Informes sobre el Desarrollo Humano, 1995-2002

**PERFIL CONTEMPORÁNEO
DEL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) ^{1/}**

Período: 1990-2002

INDICADOR	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
Puesto según IDH	22	26	30	28	40	42	42	39
Países clasificados	77	86	90	130	160	160	173	173
Puesto según PIB per-cápita	n.d.	n.d.	n.d.	54	67	67	76	75
Puesto a nivel de América Latina	4	4	4	2	3	3	3	4
Puesto de Costa Rica a nivel de países en desarrollo	5	7	7	3	10	11	9	8
INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999a/	2000	2001	2002a/
IDH COSTA RICA	0,88	0,88	0,89	0,89	0,8	0,8	0,82	0,82
Puesto según IDH	28	31	33	34	45	48	41	43
Países clasificados	174	174	175	163	174	174	162	173
Puesto según PIB per-cápita	60	54	60	62	63	66	47	57
Puesto a nivel de América Latina	1	4	5	5	7	8	5	6
Puesto de Costa Rica a nivel de países en desarrollo	5	7	9	9	30	30	11	12

^{1/} Los años corresponden a la fecha de aparición de los Informes sobre desarrollo humano. El cálculo del IDH tiene un rezago de tres años respecto a la fecha de publicación de esos Informes.

a/ El PNUD realizó ajustes metodológicos en el cálculo del IDH, por lo tanto a partir de esas fechas los datos no son comparables con los de años anteriores.

Fuente: PNUD Informes sobre el Desarrollo Humano, 1990 - 2002.

Los porcentajes del IDH, con los cuales se realizó el cálculo para el coeficiente de regresión, fueron suministrados por el Observatorio del Desarrollo Humano, entidad adscrita a la Universidad de Costa Rica, estos datos fueron elaborados por esta institución y estuvieron basados en los datos del IDH antes mencionado, estos fueron suministrados a la investigadora en diciembre de 2005.

Índice de Desarrollo Social

Estos tres patrimonios, para efectos operativos de este índice de desarrollo social, orientaron la identificación de los indicadores del índice sintético que permite definir las prioridades de acción estatal a nivel geográfico.

Se elaboraron inicialmente en la conformación de indicadores para la dimensión educativa-cultural un total de veintitrés indicadores, para la dimensión demográfica-sanitaria un total de seis indicadores y para la dimensión económica un total de cinco indicadores.

Como resultado de la recolección de los datos y del análisis sobre la validez de los indicadores se redujo la lista a siete indicadores, para conformar, de esta manera, el Índice del Desarrollo Social.

**Indicadores seleccionados para la construcción del IDS-1999
y período de referencia de los datos**

	Indicadores	Período
E1 INFRA	Infraestructura escolar	1998
E2 PROG	Acceso a programas educativos	1998
S1 MRTINF	Mortalidad infantil	1995-1997
S2 MRTNIN	Relación mortalidad menos 5 años con mortalidad general	1995-1997
S3 TALLA	Retardo en talla de niños de primer grado de escuela	1997
01 ELECT	Consumo promedio de electricidad residencial	1998
02 MADSOL	Nacimientos de niños de madres solas	1997

Fuente: MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo. 2001: 8

Los indicadores están adscritos al menos a tres ejes, educación, salud y uso de recursos. Aspectos todos esenciales, desde la perspectiva de desarrollo, donde se parte de que a mayor educación, salud y uso de recursos, menores índices de incidencia y mortalidad. No obstante, el coeficiente de regresión establece una determinación baja (0,3218) para la relación índice de desarrollo social versus incidencia por cáncer cérvico-uterino.

RUTA METODOLÓGICA

Representación social del virus del papiloma y su efecto sobre la salud sexual y reproductiva		
atlas ti - descripción de códigos		
código	descripción	operacionalización
Datos demográficos	<p>Descripción de detalles de formación académica y experiencia profesional del o la entrevistada (o).</p> <p>Datos de la comunidad, cantidad de habitantes, detalles de inserción laboral, descripción de las actividades económicas de la zona. Situación sociopolítica de la comunidad a nivel de descripción de algunos hechos históricos de impacto en la salud pública o salud sexual.</p>	<p>Se aplica a aquellos datos de nombre, edad, años de experiencia académica o laboral. Descripción que mencione el número de habitantes. Descripción de labores económicas en la zona. Tal como descripción de labores, como trabajo en las bananeras, trabajo de campo.</p>
Vph	<p>Todos aquellos datos que mencionen específicamente al virus del papiloma humano. Modos de transmisión. Datos porcentuales del virus en la comunidad.</p>	<p>Descripción específica de las características médicas o biológicas de la enfermedad. Datos de porcentaje de incidencia, mortalidad.</p>
Diagnóstico	<p>Datos que mencionen la forma positiva o negativa, en que realizan el diagnóstico, cuántos pap. Campañas para el pap.</p>	<p>Información positiva y negativa acerca de cómo realizan el diagnóstico, se puede hacer referencia a las campañas de promoción del pap pero que estén asociadas al impacto sobre el diagnóstico.</p>
Manejo de la información	<p>Cómo transmiten la información, tanto los aspectos positivos como los negativos (aciertos y desaciertos) cuando un pap sale alterado. Detalles del manejo de los datos de la enfermedad a nivel de los directores, de los atop, de los usuarios. Procedimientos médicos e institucionales.</p>	<p>Datos que mencionen tanto aspectos positivos como negativos de la forma en cómo se canaliza la información cuando un pap sale alterado. Descripción de la forma en que se transmite los resultados del pap a la usuaria. Descripción del procedimiento médico con la paciente, e institucional cuando un pap sale alterado. Tanto descripción de aspectos positivos como negativos acerca del manejo de la información por el personal de salud.</p>

<p>Prevención</p>	<p>Toda la información positiva y negativa donde se menciona las campañas, y se describe la labor de la clínica, los atap en las comunidades en lo que se refiere a la promoción de la salud sexual.</p>	<p>Todos los datos que hagan referencia acerca del compromiso de gestión exigido a las regiones, clínicas, atap en cuanto al vph y cáncer cérvico-uterino. Tanto los datos positivos como negativos en los aspectos de prevención logrados o no. Se pueden destacar algunos aspectos de la cultura que ayuden o no con la prevención de la enfermedad.</p>
<p>Salud sexual</p>	<p>El trabajo amoroso, la seducción constante, la compañía, la honestidad y la confianza son ingredientes esenciales para que la actividad sexual sea enriquecedora y aporte a la salud integral de los seres humanos. Toda la información alrededor de lo que debe ser una buena o mala salud sexual. Por salud sexual se entiende el desarrollo adecuado de la vivencia, desarrollo, promoción y responsabilidad en el desempeño de las relaciones coitales. Aspectos de promoción, conductas de prevención, y vivencias donde no se exponga la salud del individuo o de otros individuos. Aspectos culturales, demográficos, de género, vulnerabilidad u otros que afecten o impacten de manera negativa o positiva la salud sexual.</p>	<p>Todos la información que haga referencia a la salud sexual, entendida esta bajo aquellas referencias sobre el bienestar sexual que manifiestan en la comunidad, ver aspectos de género, cultura, relaciones de pareja, vulnerabilidad, poder, manejo de la promoción de la salud pública, que impacten de manera positiva o negativa sobre la salud sexual.</p>

Salud pública	<p>Es un estado de bienestar integral en la comunidad. En esta categoría se buscan las referencias a los niveles de incidencia de enfermedades tales como dengue, vph, sida/VIH, y los controles establecidos para su abordaje.</p> <p>Considera aspectos de riesgo que afecten directamente la salud pública tal como prácticas culturales, de género, vulnerabilidad, poder, omisión de abordaje ante situaciones socioculturales de riesgo.</p>	<p>Se deben considerar aspectos que promuevan o no el bienestar de la comunidad.</p> <p>Se debe de tomar aspectos culturales de género, poder, relaciones de pareja, cultura y vulnerabilidad que estén afectando la salud pública de manera positiva o negativa</p>
Cultura	<p>Todos aquellos datos que mencionen específicamente que están directamente relacionados con el tipo de comportamiento, costumbres, creencias, valores, mitos, específicos asociados al diario vivir de la región pero con relación a la enfermedad en estudio (vph)</p>	<p>Se deben considerar los datos donde se describan aspectos que hagan referencia a conductas, relaciones de pareja, creencias, desarrollo de hábitos que directamente estén afectando de manera positiva o negativa a la enfermedad en estudio.(vph)</p>
Género	<p>Conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados a las personas de acuerdo a su sexo Femenino/Masculino</p> <p>Se moldean a través de la historia</p> <p>Producen diferencias que se pueden cambiar.</p> <p>Los roles cambian con el tiempo y entre culturas</p>	<p>Todos aquellos datos que hagan referencia a estos atributos sociales, jurídicos, culturales, económicos, que se "naturalizan" y que son producto del género, pero que ciertamente se destacan en el diario vivir de la comunidad.</p>

Vulnerabilidad	<p>Observar la trayectoria social, las interacciones y el contexto social, donde se estructuran las relaciones interpersonales y la forma de construir la identidad.</p> <p>Se debe observar con cuidado la trayectoria y la historia de la comunidad, en aspectos tales como la prostitución, el manejo e interpretación del abuso sexual, en las zonas en estudio, dado que se podría "naturalizar" conductas de prostitución en menores, como parte de la "cultura" cuando también es el resultado una trayectoria de vida, donde se encuentran algunos elementos que se intersecan, tal como la pobreza, altas tasas de migración, el analfabetismo, entre otros, lo que hace que las mujeres de esa comunidad, "opten" o sean forzadas a implementar o a considerar como naturales, conductas sexuales de riesgo, a edades tempranas y con un gran efecto sobre su salud sexual y la salud pública de la comunidad.</p>	<p>Todas aquellas referencias a conductas donde se logra evidenciar la "naturalización" de factores adscritos a la violencia, el abuso, la prostitución o conductas que pongan en riesgo la salud sexual o pública de la comunidad.</p>
Relaciones de pareja	<p>La presencia de relaciones socio afectivas entre un hombre y una mujer (heterosexual) o un hombre y un hombre (homosexual) o una mujer y una mujer (lésbica), donde se establezca un vínculo afectivo y un interés común que se puede denominar noviazgo, matrimonio unión libre, convivio, pero muestran un compromiso una corresponsabilidad en la relación de ambos</p>	<p>Toda descripción que haga referencia a las uniones descritas, donde exista un vínculo afectivo y un compromiso y que estén en relación de manera positiva o negativa con la transmisión o la incidencia del vph.</p>
Poder	<p>Visibilizar al cuerpo como un terreno donde socialmente se ha ejercido el poder, pero sobre partiendo de la primicia de que somos seres afectivos y que afectivos implica relacionarnos desde nuestros cuerpos (Thimothy 2002)</p> <p>Al presentar el cuerpo la manifestación de sus deseos por medio de las emociones y la afectividad, quizás hace que estos cuerpos y personas "cedan" o califiquen de naturales la opresión y las presiones sociales de dominación.</p> <p>Observar la forma en que los cuerpos de las mujeres, particularmente, se</p>	<p>Destacar aquellos comentarios o descripciones donde se haga referencia al uso y abuso del cuerpo femenino como parte natural del proceso de encuentro y formación de las relaciones de pareja o desarrollo personal</p> <p>Así como destacar la posición del hombre de manera positiva (saludable para sí y para ella) o negativa (genera una situación donde se expone a la mujer a un riesgo para su salud sexual y la salud pública de la comunidad) respecto al cuerpo femenino.</p>

	<p>consideran como algo de la esfera privada, o posesiones, todo establecido como la mayor de las naturalidades. se centrara en las relaciones heterosexuales y en las mujeres en cuento seres sexuados encarnados. A partir de esta posición sociopolítica, los hombres afirman su derecho al acceso sexual de los cuerpos de las mujeres aunado a esto se reclama también el derecho de mandarlas en todo los aspectos, no solo sus cuerpos, sino sus mentes, sus deseos, sus sueños.</p>	<p>Observar si se da esta forma de determinar las relaciones entre los hombres y las mujeres. Buscar representaciones, relaciones o percepciones donde se perpetúa el poder sobre el cuerpo femenino como algo lícito y derecho natural de la representación y afirmación de la heterosexualidad.</p>
Sexualidad	<p>La sexualidad de las personas no es una categoría abstracta y ahistórica. La sexualidad no es un fenómeno primordialmente natural, sino un producto de fuerzas históricas y sociales. Por construcción social de la sexualidad se entiende: "las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos." (Cartledge y Ryan, citados por Weeks. 1998:20)</p>	<p>Se destacan las opiniones que establecen los entrevistados cuando se les pregunta por su concepto de sexualidad.</p>
Placer	<p>3. El Placer podría observarse como un espacio de equilibrio y de salud en el cuerpo, algo necesario para el desarrollo integral humano. Un placer ligado a la sensualidad, al encuentro consigo mismo como paso prioritario antes del encuentro con el otro. Un placer creador que busca empoderarse por medio de su presencia libre en la persona y, en la construcción de la relación con el otro. La relación del otro no es esperando que llene el espacio de placer personal, el placer inicia en la persona y puede que decida compartirlo con el otro o puede que no.</p>	<p>Destacar aspectos donde se haga referencia al placer como un espacio de equilibrio y de salud del cuerpo. Se pueden destacar las opiniones que se utilizan para describir al placer aunque no concuerde con lo establecido. Se debe destacar la forma en que se afecta el placer de manera positiva o negativa ante la presencia del vph y el cáncer cérvicouterino.</p>

<p>Derechos sexuales</p>	<p>Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios;</p> <p>(b) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;</p> <p>(c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.</p>	<p>Destacar las opiniones que emiten los y las entrevistados ante el cuestionamiento acerca de la definición de derechos sexuales.</p>
---------------------------------	---	--

Claves para análisis ALCESTE

DIRECTORES	ATAP	USUARIOS
<p>Cariari 1 Guápiles 2 Tarrazú 3 Tarrazú-enfermera 4</p>	<p>Cariari 5-2 Cariari 6-2 Guápiles 7-1 Guápiles 8-1 Guápiles 9-2</p> <p>Tarrazú 10-1 Tarrazú 11-1</p>	<p>cariari 12-2 cariari 13-1 cariari 14 -2 guápiles 15-2 guápiles 16 -2 guápiles 17-2</p> <p>tarrazú 18-2 tarrazú 19-2 tarrazú 20-2 tarrazú 21-1</p>

Claves para análisis ATLAS TI

DIRECTORES	ATAP	USUARIOS
DPOC-guap 1-2	ATAP-POC-car 1-2	USUA-POC-car 1-2
DPOC-caria 2-1	ATAP-POC-car 2-2	USUA-POC-car 2-1
DTARRA-3-1	ATAP-POC-guap 3-1	USUA-POC-car 3 -2
DTARRA-4-2	ATAP-POC-guap 4-1	USUA-POC-guap 4-2
	ATAP-POC-guap 5-2	USUA-POC-guap 5 -2
	ATAP-TARR-6-1	USUA-POC-guap 6-2
	ATAP-TARR-7-1	
		USUA-TARR- 7-2
		USUA-TARR- 8-2
		USUA-TARR- 9-2

Rapport del ALCESTE 4,5 en ambos cantones

ANÁLISIS DE DATOS DE LOS (AS) FUNCIONARIOS (AS) Y USUARIOS (AS), DEL cantón de Pococí:

Con el fin de asegurar la confiabilidad de la clasificación del discurso, el programa utilizado, ALCESTE, realiza una doble clasificación jerárquica descendiente con unidades de contexto de tamaños distintos, en esta caso de 24 para la primera clase, 26 para la cuarta clase, 17 para la tercera clase, 52 para la segunda clase y 4 para la quinta clase.

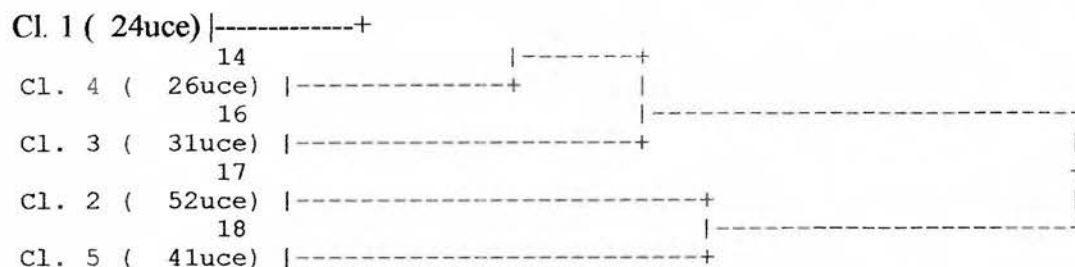
La clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable. El programa arroja una clasificación jerárquica descendiente de cinco clases, la cual reagrupa al 47.93%, que aunque puede parecer bajo, la información que arroja ha sido de gran valor de interpretación y análisis.

Se realizó, como un primer paso, la muestra del dendograma de la clasificación jerárquica descendiente con la lista de palabras más significativas de cada clase. Luego se realizó detalladamente un análisis descriptivo que permitió la codificación abierta de estos datos, para luego establecer el núcleo figurativo a partir del análisis relacional. Se instituyó una codificación axial y selectiva de los datos.

Dentro de los resultados obtenidos con el programa de análisis Alceste (Rainicr. 1998), encontramos cinco clases de palabras, que podríamos en primera instancia categorizar de la siguiente manera:

Clasificación descendente Hiérarchique.

Dendrograma de clases estables (à partir de B3_rcdh1) :



En este dendrograma se puede observar como la clase 1 y 4 se relacionan y a la vez está en relación con la clase 3, asimismo las clase 2 y 5 guardan una relación y estos a su vez están en relación con el grupo de 1,4 y 3.

Para cada clase se establece una categoría que podría ser definida de la siguiente manera, de acuerdo al vocabulario específico en cada clase.

Clase 1: Cuya categoría sería: Defensa de los procesos de salud. Caracterizada por las siguientes palabras.

Vocabulario específico de la clase 1:

siento(9), partir.(7), anda(4), ejemplo(6) menos(5), por(13), sea(10), interesante+(4), nacional+(2), promocion+(4), yo(12), buen+(2), mmm(2), precisamente(2), programa+(2), tiempo(2), lo(12), politica+(1), exist+er(2), direccion(2), hecho(2), institucion+(2), tal+(3), claro(2), hace+(5), limon+(1), mas(5), paitre.(1), prim+er(1), abierta(1), aca(1), ambos(1), campana+(1), cosa+(2), cuatro(1), cuenta(1), deberia(1), derecho+(1), desde(1), esa+(3), est+(6), gran(1), han(2), llama(1), llegue+(1), medio+(1), mucho+(2), paciente+(1), poquito(1), realmente(1), samuels(1), sexualidad(1), tanto+(1), tienen(1), tratar(1);

Ya en esta primera categoría se resalta la percepción afectiva de la enfermedad, implica una “afectación” directa sobre su representación, tenemos en un 51.82% de los datos la palabra siento, que luego puede conformar más hacia una actitud de justificación y defensa.

Clase 4: Enfermedad arraigada en las prácticas sexuales y culturales. Caracterizada por las siguientes palabras.

Vocabulario específico de la clase 4:

sexual+(10), vid+er(6), cultur<(5), digamos(8), muy(13), relacion+(5), norma+l(3), aqui(7), companero+(2), hijo+(4), inicio(3), normalmente(4), pero+(13), promiscuidad(3), supone(2), transmision(2), region+(4), ante+(3), asi(3), donde(5), gente(4), pareja+(3), usted(5), las+(11), cancer+(2), numero+(1), import+ant(1), caso+(1), como(12), conciencia(1), conoce+(2), darle+(1), empezar+(2), formar(2), fuer+(2), hay+(9), informacion(2), joven+(2), mucha+(2), nivel(3), obviamente(1), poca+(2), poco(3), quiera(1), quieren(1), realidad(2), sabe+(4), temprano+(2), ve(2), edad+(2), enfermedad+(3), mujer+(4), da(3), socia+l(2), ahorita(1), creo(2), debe(1), deci+(1), estado(1), esto+(2), familia+(1), nuestra+(1), padre+(2), poder(1), puedo(1), qued+(1), siempre(1), sino(1), sociedad(1), tipo+(1), trat+(1), tuvo(1), verdad(2);

En esta categoría, evidentemente hay mucha presencia de una descripción de la enfermedad hacia y desde la vida, la cultura, la que se ve como “normalmente”, se muestra una clara presencia de “justificación” de una conducta que está asociada a la enfermedad, pero vista como parte de la cultura, naturalizado y normalizada como parte del estilo de vida de la región. Viene a reforzar y a complementarse con la categoría 2, donde se

mira a la enfermedad como causada por las prácticas sexuales culturales, diferente a esta dónde si se lograr manifestar de manera profunda el arraigo de la enfermedad en las prácticas sexuales y culturales.

Es interesante rescatar la presencia de creer que si se está casado ya no existe o disminuye la presencia de la promiscuidad. es una muestra de los valores y creencias del entrevistado. Además de justificar, que dentro de “esas prácticas culturales” de tener varias parejas, es lo que aumenta la promiscuidad.

Clase 3: Defensa de los servicios de salud. Caracterizada por las siguientes palabras.

Vocabulario específico de la clase 3 :

guapiles(7), salud+(9), form+er(3), area+(7), director+(4), habia(5), hospital(6), medico+(5), pasa(3), servicio+(4), genera+l(2), cariari(4), ginecologo+(2), soy(2), canton+(1), displasia(1), ministerio(2), momento(2), solo(2), virus(1), ahora(4), cuando(4), ese(2), grado(2), pocos+(2), atencion(1), cambio(1), despues(2), embargo(1), idea(1), llega(1), llegan(1), ser(1), somos(1), tambien(3), tratamiento+(1), valor+(1);

Esta categoría viene a fortalecer la categoría 1, donde se destaca la necesidad de resaltar los servicios y el papel “responsable y abnegado” del sector salud en la enfermedad. Se debe observar la mayor presencia de la palabra salud y Guápiles.

Clase 2: Enfermedad causada por prácticas culturales-sexuales a nivel individual. Caracterizada por las siguientes palabras.

Vocabulario específico de la clase 2:

los(25), ano+(16), adolesc+ent(8), grupo+(6), mayor+(8), mismo+(8), planificacion(5), uno+(9), consult+er(8) alcanzar(3), cada(4), charla+(3), chiquilla+(4), compromiso(3), damos(3), dar(4), era(4), hacemos(5), llegar+(3), menor+(4), nino+(3), no(28), nosotros(9), papanicolau+(8), porque(21), señor+(7), todo+(11), pu+er(4), adulto+(5), día+(5), dije+(4), eso+(12), gusta(4), manera+(5), ya(10), sobre+(3), alto(2), dos(5), examen+(2), cit+er(2), tard+er(2), explica<(2), alli(3), cantidad+(4), cobertura(2), colega+(2), difícil+(2), el(26), embarazada+(4), cran(3), estamos(2), estan(5), generalmente(4), hacia(2), mama+(2), meses(2), nada(3), otro+(5), una+(19), vamos(3), viera(2), ebais(6), gestion<(1), captar(1), chiquillos(1), cicrta+(2), decirlo(1), del(7), dicen(2), entonces(14), estaba(1), estoy(1), exactamente(2), explico(1), fue(2), hemos(1), luja+(1), hipertenso+(1), hombre+(2), igual+(1), ir(4), llev+(1), mañana(1), medida+(1), metodo+(2), misma+(1);

En esta categoría se resalta y justifica, muy diluidamente la enfermedad hacia y por responsabilidad individual, vale aclarar que esta clase es la que mayor porcentaje presenta lo que la convierte en una clase que se consideró importante de analizar en detalle.

Se puede apreciar la naturalización de conductas de riesgo, donde participan, tanto las mujeres jóvenes como sus padres, en la aceptación de conductas que las exponen en su salud sexual. Para lo cual no es claro que tengan conciencia de esta situación. No solo los y las usuarios (as), sino también el personal de salud al expresar cierta justificación y responsabilizando de manera particular, acerca de el aumento en la incidencia como resultado de estas prácticas sexuales tan arraigadas en el modo de comportarse de la población.

Clase 5: Enfermedad de ellas. Caracterizada por las siguientes palabras

Vocabulario específico de la clase 5:

enferm+er(8), par+er(16), algo(5), cualquier(5), ellas(6), pued+(4), aller.(6), con+(11), dice+(4), fecha+(3), vez(4), compro(2), dan(2), otra+(5), situacion+(3), problem<(6), ahi(7), digo(4), toda+(5), veces(4), mire+(2), ver+(5), querer.(2), actividad+(2), alterado+(1), aparte(1), aunque(2), doctor+(4), hacen(3), luego(1), lugar+(1), ningun+(2), obstetra+(1), prevencion(1), privada(1), quien+(2), recibe(1), tengo(1), toma(1), trabajo+(2), vaya(3), violencia(2), al(7), algun+(3), bueno(5), clinica+(2), colegio+(1), cuanto+(1), ellos(3), escuela+(1), hablar(2), llegando(1), mejor(2), saben(1), seria(2), sin(2), tener(1), tenga(1), tiene+(5);

En esta categoría se da más una descripción de la enfermedad donde se mencionan las palabras, ellas, problemas, todas, tienen. Además, se puede observar como esta clase se asocia a la clase 1 y la clase 3, donde el enfoque está dirigido a justificar y a resaltar la presencia adecuada del servicio de salud a favor de la eliminación de la enfermedad.

Por otro lado, las categorías 2 y 4, evidencia una clara descripción de la enfermedad asociada a la "cultura" de la región, ese "estilo de vida" tan "normalizado" en ellos. Se naturalizan prácticas sexuales de riesgo y que en realidad, resaltan más elementos de vulnerabilidad social (riesgo social), pobreza, situaciones de género con algunos elementos de dominación, pero que no son considerados dentro del discurso de análisis de los entrevistados como factores de riesgo que deban de ser abordados de otra manera.

Es importante destacar que a pesar de mencionar situaciones de vulnerabilidad y riesgo, se destaca más la labor de dificultad de ellos como médicos o centro de salud, para brindar el servicio y no como una situación que debería de ser cuidadosamente analizada para poder abordar integralmente el virus del VPH.

Pareciera que los elementos de las categorías 1 y 3 junto con los de la categoría 5 son los que definen la centralidad de la representación social de la enfermedad en el grupo de directores de salud (médico y médica) de la región con mayor incidencia y mortalidad.

Una centralidad caracterizada por la enfermedad vista de manera individual y como el resultado de las circunstancias culturales, enfermedad que forma parte del "modus vivendus" de la región. El núcleo figurativo de la representación social de esta enfermedad está determinado por las condiciones de vida que existen. No logran visualizar ni la vulnerabilidad social de riesgo social, abuso, ni los elementos de género implícitos en estas prácticas que denominan como justificadoras de la enfermedad.

Precisamente en las categorías 2 y 4, donde se estructuran claramente los elementos periféricos, que vienen a defender ese núcleo que insiste en mirar la enfermedad como resultado de las circunstancias. Estas categorías las vemos en conjunto la cuatro con las categorías 1 y 3, y por otro lado la categoría 5 que también conforma el núcleo está sostenida por elementos que aporta la categoría 2.

En este grupo el nivel de información de la enfermedad no considera la situación social ni cultural de la región. Su información se limita a la descripción epidemiológica del virus. Es un virus de transmisión sexual, a partir de esto, el análisis de las prácticas está asociado a elementos periféricos que vienen a justificar la presencia de este virus resultado de la cultura. Se evidencian los mitos de que "por tener esas prácticas culturales, tan normalizadas" es que sucede eso. Se sigue estableciendo que el virus está ahí como una responsabilidad individual.

Precisamente esta representación social de mirar al vph dentro de lo "normal" esta justificada desde la actitud de la cultura donde no se llega a tomar conciencia de los elementos de vulnerabilidad social, en la que están las mujeres de la zona.

Se mira el fenómeno del VPH y su contexto de aparición como parte de las prácticas sexuales tan "naturalizadas" y arraigadas en la cultura.

La información que manejan, así como sus actitudes están determinadas mutuamente y justificadas para darle coherencia y fortaleza a una RS donde la enfermedad es producto de la cultura.

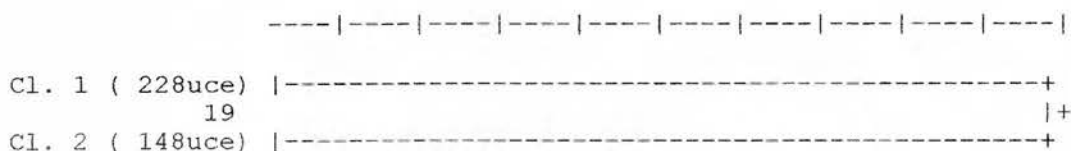
Mencionan que éstas podrían disminuir si usaran el condón, tuvieran una pareja, no tuvieran ese "estilo de vida". Parecieran concluir que dada esta "circunstancia cultural" que está tan "arraigada", ésta tiene como principal "consecuencia" los altos índices de incidencia y mortalidad.

No obstante, apenas mencionan la situación de la realidad migratoria y laboral que vive la zona, pero no la asocian ni como consecuencia ni como contexto de vulnerabilidad social, no logran determinar ni considerar que esta situación contextual esté directamente asociada a la enfermedad y que debería de ser abordada adecuadamente.

RS de los Atapa's

Para las entrevistas con Atapa's, se realizaron un total de siete entrevistas a profundidad, ambas con un 88,26% de las unidades de texto elementales, la clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable. El programa arrojó una clasificación jerárquica descendiente de dos clases, la cual reagrupa en la clase 1 a 228 palabras y en la clase 2 de 148 palabras.

Dendograma de clases estables (à partir de B3_rcdh1) :



Vocabulario específico de la clase 1:

hombre+(30), tene+(21), mas(41), habl+(10), mujer+(24), pareja+(18), porque(51), pued+(23), relacion+(18), sexualidad(15), sexual+(21), verdad(23), asi(14), cosa+(19), deci+(13), ello+(17), enfermedad+(9), familia+(8), otra+(9), tanto(8), tengo(12), pu+er(11), concepto+(6), cual+(6), ejemplo(10), infeccion+(7), mucho+(13), persona+(24), poco+(7), pueden(6), tenido(7), tipo+(10), tuvo(6), esa+(19), esposo(9), estaba(5), padre+(5), salud+(5), ser(11), sobre+(4), aller.(28), palabr+er(4), partir.(8), plac+er(6), qucir.(4), con+(41), adquiri+(3), buen+(7), campo(3), cancer_de_cuello_de(4), como(47), condon+(4), debe+(4), decirlo(2), derecho+(4), diferente+(7), eso+(32), haber(5), hijo+(7), igual(4), machista(2), mayoria(4), meses(4), mmm(10), momento(6), parece+(4), por(48), practicamente(4), reaccion(4), seria(3), solamente(6), tenemos(6), tenga(5), tengan(4), tienen(19), transmit+(2), virus(4), yo(45);

Donde la clase 1 está caracterizada con la categorización de: **Prácticas sexuales y culturales que afectan la alta incidencia por VPH**

Vocabulario específico de la clase 2:

ano+(24), ebai+(18), est+(41), papanicolau+(24), senor+(22), ahora(7), dice+(16), doctor+(7), donde(10), gente+(11) hacc+(24), haga(8), vamos(7), sale+(5), cas+er(11), fich+er(5), ahí(15), algo(9), caso+(14), cuanto+(8), dia+(5), hasta(6), hay+(30), llega+(12), mayor+(7), poblacion(6), referencia+(6), siempre(9), veces(12), par+er(24), dar+(7), dependiendo(4), el(61), esto+(4), generalmente(6), hecho+(8), menos(9), nosotros(10), sabe+(9), tecnica(4), tiene+(21), import+ant(3), bueno(13), dicen(5), haciendo(6), ir(5), mismo+(6) salio(3), ver+(8), cit+er(5), aprovecha+(2), despues(4), hablarle+(4), llegan(5), llegar(6), manera(4), otro+(4), paciente+(5), pap(4), pas+(4), preguntar(4), tal(7), trata(4), vez(9), papa+(5), dos(5), examen+(3), cal+er(3), form+er(3), al(18), bastante(2), cariari(2), chiquita+(3), companero+(2), cuando(11), darle+(3), desde(4), displasia(3), educacion(8), encuentra(3), estamos(3), estoy(2), exactamente(6), guapiies(3), hacerse(3);

Donde la clase 2 está caracterizada por la categoría de: **Aspectos de promoción y abordaje**

Es un cantón donde se justifica el VPH dada las condiciones culturales, evidenciando la ignorancia o falta de compromiso y claridad con la circunstancia migratoria y de vulnerabilidad que viven.

No se aborda desde las condiciones socio-culturales sino que se justifican los altos niveles de incidencia y su dificultad para poder abordar la enfermedad. Para la presentación final de resultados se fusionan los datos, dada la similitud del peso de las palabras en los discursos.

Rapport de las entrevistas realizadas

En esta sección únicamente se presentaran los resultados de dos funcionarios de salud, dada la densidad y longitud de los mismos. Estos datos se ponen como referencia del proceso de análisis realizado con el programa ALCESTE, 4.5

Funcionarios de salud-Pococí

 * Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse :Dr.pl ; Date : 27/ 3/**; Heure : 14:05:38

C:\Archivos de programa\Alceste\Margarita\&&_0\
 Dr.Alvaro.txt

```

ET 1 1 1 1
A 1 1 1
B 1 1 1
C 1 1 1
D 1 1 1 0 0
A1 1 0 0
A2 3 0
A3 1 1 0
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0
B2 2 2 0 0 0 0 0 0
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0
C1 0 121
C2 0 2
C3 0 0 1 1 1 2
D1 0 2 2
D2 0
D3 5 a 2
D4 1 -2 1
D5 0 0
  
```

 A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
 N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 2

 A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes : 1859
 Nombre d'occurrences : 10238
 Fréquence moyenne par forme : 6

Nombre de hapax : 1053
 Fréquence maximum d'une forme : 549

56.64% des formes de fréq. < 1 recouvrent 10.29% des occur. ;
 83.54% des formes de fréq. < 4 recouvrent 23.04% des occur. ;
 91.55% des formes de fréq. < 8 recouvrent 31.77% des occur. ;
 95.48% des formes de fréq. < 16 recouvrent 40.06% des occur. ;
 97.96% des formes de fréq. < 39 recouvrent 50.27% des occur. ;
 98.87% des formes de fréq. < 85 recouvrent 60.45% des occur. ;
 99.41% des formes de fréq. < 119 recouvrent 70.35% des occur. ;
 99.73% des formes de fréq. < 248 recouvrent 82.25% des occur. ;
 99.89% des formes de fréq. < 311 recouvrent 90.32% des occur. ;
 100.00% des formes de fréq. < 549 recouvrent 100.00% des occur. ;

 A3 : Liste des clés et valeurs d'analyse (ALC_CLE) :

A 1 Adjectifs et adverbes
 B 1 Adverbes en "ment"
 C 1 Couleurs
 D 1 Mois/jour
 E 1 Epoques/ Mesures
 F 1 Famille
 G 1 Lieux, pays
 I 2 Interjections
 J 2 Nombres
 K 0 Nombres en chiffre
 M 2 Mots en majuscules
 N 1 Noms
 U 1 Mots non trouvés dans DICIN (si existe)
 V 1 Verbes
 W 2 Prénoms
 X 2 Formes non reconnues et fréquentes
 Y 1 Formes reconnues mais non codées
 0 2 Mots outils non classés
 1 2 Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)
 2 2 Marqueurs d'une modalisation (mots outils)
 3 2 Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)
 4 2 Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)
 5 2 Marqueurs d'une intensité (mots outils)
 6 2 Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)
 7 2 Marqueurs de la personne (mots outils)
 8 2 Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)
 9 2 Auxiliaires être et avoir (mots outils)
 1 Formes non reconnues

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 1556
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 46
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 8
 Nombre d'occurrences retenues : 9173
 Moyenne par mot : 4.674157

Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 5309 soit
 70.900110%
 Nombre d'occurrences supplémentaires : 2179
 Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 1685

 B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
 B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
 B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
 B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 26
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
 Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 340
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 28
 Nombre total de mots : 368
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 8
 Nombre de lignes de B1_DICB : 376

Nombre d'occurrences analysées : 5309

Nombre d'u.c.i. : 2
 Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 14.625340
 Nombre d'u.c.e. : 363
 Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 363
 100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
 Nombre de couples : 6202

 B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte : 13
 Nombre d'unités de contexte : 248

 B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte : 15
 Nombre d'unités de contexte : 229

 B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
 0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre

```

Nombre d'items analysables      :      235
Nombre d'unités de contexte     :      248
Nombre de "1"                   :     4322

```

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

```

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
  0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables      :      235
Nombre d'unités de contexte     :      229
Nombre de "1"                   :     4277

```

Cl: intersection des classes

```

Nom du dossier traité           C:\Archivos de
programa\Alceste\Margarita\&&_
0\
Suffixe de l'analyse            :121
Date de l'analyse :27/ 3/**
Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

```

Nombre minimum d'uce par classe : 19

DONN.1 Nombre de mots par uc : 13
Nombre d'uc : 248

DONN.2 Nombre de mots par uc : 15
Nombre d'uc : 229

174 u.c.e classées sur 363 soit 47.93 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 235

Tableau croisant les deux partitions :

```

RCDH1 *   RCDH2
classe *   1   2   3   4   5
poids *   26  66  33  29  81
1  28 *   24   0   1   1   2
2  83 *   0  52   0   2  29
3  41 *   1   0  31   0   9
4  28 *   1   0   1  26   0
5  55 *   0  14   0   0  41

```

Tableau des chi2 (signés) :

```

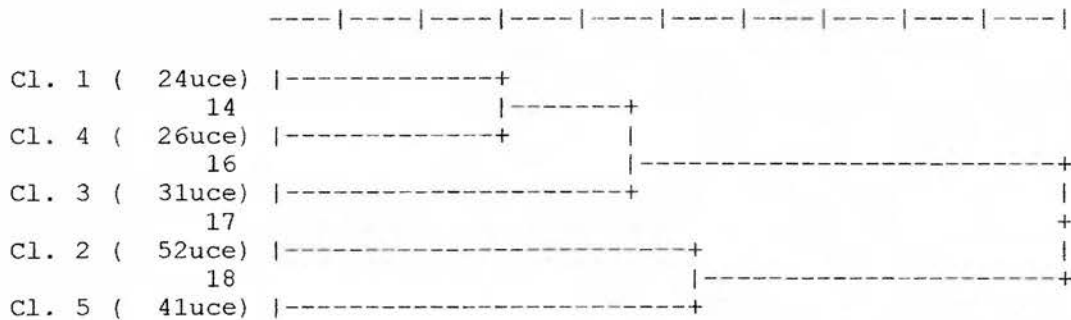
RCDH1 *   RCDH2

```

classe *		1	2	3	4	5
poids *		26	66	33	29	81
1	28 *	180	-12	-2	-2	-10
2	83 *	-15	75	-20	-11	0
3	41 *	-3	-19	155	-6	-3
4	28 *	-1	-12	-2	190	-16
5	55 *	-8	0	-11	-10	51

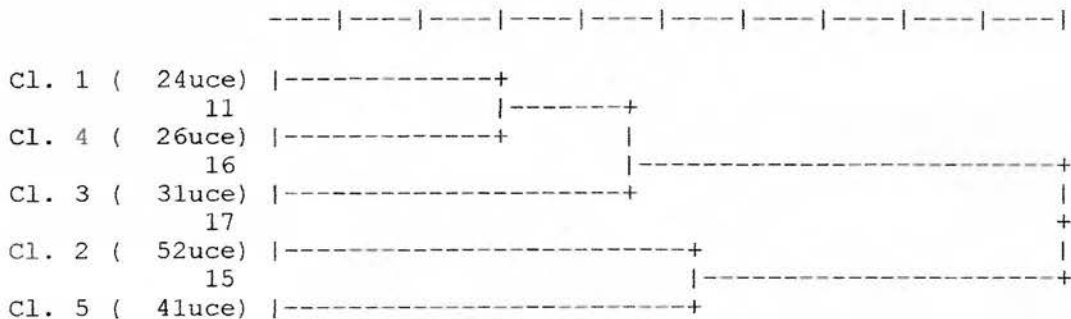
Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :



Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :

-----
C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot	:	2.00
Nombre de mots (formes réduites)	:	368
Nombre de mots analysés	:	340
Nombre de mots "hors-corpus"	:	8
Nombre de classes	:	5

174 u.c.e. classées soit 47.933880%

Nombre de "1" analysés : 2131
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 687

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 24. u.c.e. 307. "1" analysés ; 101. "1" suppl..
 2eme classe : 52. u.c.e. 759. "1" analysés ; 211. "1" suppl..
 3eme classe : 31. u.c.e. 262. "1" analysés ; 85. "1" suppl..
 4eme classe : 26. u.c.e. 353. "1" analysés ; 120. "1" suppl..
 5eme classe : 41. u.c.e. 450. "1" analysés ; 170. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 24. soit : 13.79 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 408. soit : 14.48 %
 Nombre de mots analysés par uce : 12.79

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
21	2.	4.	50.00	4.51	V exist+er
25	7.	9.	77.78	32.68	V partir.
53	4.	4.	100.00	25.59	anda
59	2.	5.	40.00	2.97	asi
63	2.	3.	66.67	7.18	buen+
76	2.	5.	40.00	2.97	claro
81	10.	45.	22.22	3.63	como
114	2.	4.	50.00	4.51	direccion
119	4.	12.	33.33	4.14	donde
122	6.	9.	66.67	22.31	ejemplo
165	2.	5.	40.00	2.97	hacen
166	5.	19.	26.32	2.81	hace+
171	2.	4.	50.00	4.51	hecho
182	2.	4.	50.00	4.51	institucion+
183	4.	5.	80.00	18.98	interesante+
194	12.	52.	23.08	5.38	lo
207	5.	6.	83.33	25.27	menos
213	2.	3.	66.67	7.18	mmm
237	2.	5.	40.00	2.97	pareja+
252	13.	29.	44.83	28.19	por
255	2.	3.	66.67	7.18	precisamente
260	2.	3.	66.67	7.18	programa+
262	4.	5.	80.00	18.98	promocion+
279	10.	20.	50.00	24.91	sea
288	9.	10.	90.00	51.82	siento
297	3.	8.	37.50	3.96	tal+
307	2.	3.	66.67	7.18	tiempo
340	12.	32.	37.50	18.53	yo
342 *	13.	34.	38.24	21.23 *	o
345 *	2.	4.	50.00	4.51 *	0 mal
351 *	2.	4.	50.00	4.51 *	5 bien
360 *	15.	65.	23.08	7.52 *	8 en
365 *	3.	10.	30.00	2.34 *	I ha
370 *	21.	78.	26.92	20.50 *	*edad_51

371 * 21. 78. 26.92 20.50 * *poblacion_1
 373 * 21. 78. 26.92 20.50 * *sexo_1
 375 * 21. 78. 26.92 20.50 * *Entrevista_1

Nombre de mots sélectionnés : 37

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 52. soit : 29.89 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 970. soit : 34.42 %
 Nombre de mots analysés par uce : 14.60

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
3	3.	4.	75.00	3.98	A sobre+
8	5.	8.	62.50	4.26	N dos
19	8.	12.	66.67	8.32	V consult+er
28	4.	5.	80.00	6.17	V put+er
32	8.	8.	100.00	19.67	Y adolesc+ent
42	5.	7.	71.43	6.01	adulto+
47	3.	3.	100.00	7.16	alcanzar
50	3.	4.	75.00	3.98	alli
54	16.	22.	72.73	22.06	ano+
64	4.	4.	100.00	9.61	cada
67	4.	6.	66.67	4.01	cantidad+
71	3.	3.	100.00	7.16	charla+
72	4.	4.	100.00	9.61	chiquilla+
84	3.	3.	100.00	7.16	compromiso
95	3.	3.	100.00	7.16	damos
97	4.	4.	100.00	9.61	dar
107	5.	7.	71.43	6.01	dia+
113	4.	5.	80.00	6.17	dije+
120	6.	11.	54.55	3.41	ebais
123	26.	66.	39.39	4.59	el
126	4.	6.	66.67	4.01	embarazada+
130	14.	34.	41.18	2.57	entonces
131	4.	4.	100.00	9.61	era
132	3.	4.	75.00	3.98	eran
136	12.	24.	50.00	5.38	eso+
140	5.	8.	62.50	4.26	estan
153	4.	6.	66.67	4.01	generalmente
158	6.	6.	100.00	14.58	grupo+
160	4.	5.	80.00	6.17	gusta
164	5.	6.	83.33	8.47	hacemos
170	14.	31.	45.16	4.20	hay+
191	3.	3.	100.00	7.16	llegar+
195	25.	34.	73.53	38.41	los
200	5.	7.	71.43	6.01	manera+
201	8.	10.	80.00	12.72	mayor+
206	4.	4.	100.00	9.61	menor+
212	8.	9.	88.89	15.77	mismo+
221	3.	4.	75.00	3.98	nada
223	3.	3.	100.00	7.16	nino+
225	28.	65.	43.08	8.62	no
227	9.	14.	64.29	8.60	nosotros
232	5.	8.	62.50	4.26	otro+

235	8.	12.	66.67	8.32	papanicolau+
244	5.	5.	100.00	12.08	planificacion
253	21.	44.	47.73	8.95	porque
280	7.	9.	77.78	10.39	senor+
312	11.	20.	55.00	6.80	todo+
321	19.	46.	41.30	3.89	una+
323	9.	10.	90.00	18.30	uno+
328	3.	4.	75.00	3.98	vamos
339	10.	18.	55.56	6.31	ya
341 *	29.	75.	38.67	4.85 *	a
343 *	29.	71.	40.85	6.88 *	y
348 *	5.	7.	71.43	6.01 *	0 van
359 *	8.	16.	50.00	3.40 *	7 son
369 *	46.	96.	47.92	33.23 *	*edad_43
372 *	46.	96.	47.92	33.23 *	*población_1
374 *	46.	96.	47.92	33.23 *	*sexo_2
376 *	46.	96.	47.92	33.23 *	*Entrevista_2

Nombre de mots sélectionnés : 59

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 31. soit : 17.82 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 347. soit : 12.31 %
 Nombre de mots analysés par uce : 8.45

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
15	4.	8.	50.00	5.93	N region+
22	3.	3.	100.00	14.08	V form+er
44	4.	10.	40.00	3.57	ahora
58	7.	10.	70.00	19.73	are=+
69	4.	7.	57.14	7.70	cariari
90	4.	11.	36.36	2.76	cuando
114	2.	4.	50.00	2.90	direccion
115	4.	4.	100.00	18.89	director+
135	2.	4.	50.00	2.90	ese
156	2.	4.	50.00	2.90	grado
159	7.	9.	77.78	23.31	guapiles
161	5.	8.	62.50	11.43	habia
177	6.	8.	75.00	18.73	hospital
202	5.	7.	71.43	14.32	medico+
210	2.	3.	66.67	4.98	ministerio
214	2.	3.	66.67	4.98	momento
238	3.	3.	100.00	14.08	pasa
248	2.	4.	50.00	2.90	pocos+
277	9.	14.	64.29	22.45	salud+
283	4.	4.	100.00	18.89	servicio+
293	2.	3.	66.67	4.98	solo
298	3.	8.	37.50	2.22	tambien
346 *	2.	4.	50.00	2.90 *	0 mi
364 *	3.	8.	37.50	2.22 *	I eh
367 *	3.	7.	42.86	3.12 *	M Y
370 *	18.	78.	23.08	2.67 *	*edad_51
371 *	18.	78.	23.08	2.67 *	*poblacion_1
373 *	18.	78.	23.08	2.67 *	*sexo_1

375 * 18. 78. 23.08 2.67 * *Entrevista_1

Nombre de mots sélectionnés : 29

 Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 26. soit : 14.94 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 473. soit : 16.78 %
 Nombre de mots analysés par uce : 13.58

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	11.	40.	27.50	6.44	A las+
2	3.	3.	100.00	17.38	A norma+l
4	2.	5.	40.00	2.54	A socia+l
6	2.	3.	66.67	6.43	N cancer+
15	4.	8.	50.00	8.11	N region+
31	6.	6.	100.00	35.37	V vid+er
34	5.	6.	83.33	22.87	Y cultur<
55	3.	5.	60.00	8.22	ante+
57	7.	16.	43.75	11.50	aqui
59	3.	5.	60.00	8.22	asi
81	12.	45.	26.67	6.56	como
86	2.	3.	66.67	6.43	conocet+
94	3.	8.	37.50	3.36	da
111	8.	14.	57.14	21.33	digamos
119	5.	12.	41.67	7.24	donde
121	2.	4.	50.00	3.96	edad+
128	2.	3.	66.67	6.43	empezar+
129	3.	7.	42.86	4.47	enfermedad+
150	2.	3.	66.67	6.43	formar
152	2.	3.	66.67	6.43	fuert+
154	4.	8.	50.00	8.11	gente
170	9.	31.	29.03	5.89	hay+
174	4.	5.	80.00	17.14	hijo+
180	2.	3.	66.67	6.43	informacion
181	3.	3.	100.00	17.38	inicio
185	2.	3.	66.67	6.43	jovent+
216	2.	3.	66.67	6.43	mucha+
218	4.	11.	36.36	4.24	mujer+
219	13.	30.	43.33	22.99	muy
224	3.	6.	50.00	6.01	nivel
226	4.	5.	80.00	17.14	normalmente
234	2.	5.	40.00	2.54	padre+
237	3.	5.	60.00	8.22	pareja+
240	13.	40.	32.50	12.60	pero+
246	2.	3.	66.67	6.43	poca+
247	3.	6.	50.00	6.01	poco
261	3.	3.	100.00	17.38	promiscuidad
270	2.	3.	66.67	6.43	realidad
273	5.	5.	100.00	29.30	relacion+
276	4.	10.	40.00	5.24	sabe+
285	10.	12.	83.33	47.43	sexual+
301	2.	3.	66.67	6.43	temprano+
325	5.	11.	45.45	8.60	usted
331	2.	3.	66.67	6.43	ve

333	2.	5.	40.00	2.54	verdad
349 *	4.	10.	40.00	5.24 *	1 savoir.
358 *	16.	66.	24.24	7.24 *	7 se
361 *	24.	127.	18.90	5.79 *	8 qu+
364 *	3.	8.	37.50	3.36 *	I eh
365 *	4.	10.	40.00	5.24 *	I ha
370 *	20.	78.	25.64	12.73 *	*edad_51
371 *	20.	78.	25.64	12.73 *	*poblacion_1
373 *	20.	78.	25.64	12.73 *	*sexo_1
375 *	20.	78.	25.64	12.73 *	*Entrevista_1

Nombre de mots sélectionnés : 54

 Classe n° 5 => Contexte E

Nombre d'u.c.e. : 41. soit : 23.56 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 620. soit : 22.00 %
 Nombre de mots analysés par uce : 10.98

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
13	2.	3.	66.67	3.15	N mire+
16	5.	11.	45.45	3.12	N ver+
17	6.	9.	66.67	9.79	V aller.
20	8.	9.	88.89	22.49	V enferm+er
26	16.	35.	45.71	11.94	V par+er
29	2.	3.	66.67	3.15	V querir.
33	11.	23.	47.83	8.66	Y con+
38	6.	13.	46.15	3.98	Y problem<
41	2.	3.	66.67	3.15	actividad+
43	7.	15.	46.67	4.86	ahi
48	5.	6.	83.33	12.33	algo
49	3.	6.	50.00	2.41	algun+
61	2.	3.	66.67	3.15	aunque
62	5.	12.	41.67	2.35	bueno
89	5.	5.	100.00	18.70	cualquier
109	4.	5.	80.00	9.10	dice+
112	4.	7.	57.14	4.57	digo
118	4.	8.	50.00	3.25	doctor+
124	6.	7.	85.71	15.64	ellas
149	3.	3.	100.00	9.90	fecha+
165	3.	5.	60.00	3.79	hacen
222	2.	3.	66.67	3.15	ningun+
231	5.	9.	55.56	5.39	otra+
265	4.	4.	100.00	13.28	pued+
267	2.	3.	66.67	3.15	quient+
291	3.	4.	75.00	6.01	situacion+
311	5.	10.	50.00	4.12	toda+
315	2.	3.	66.67	3.15	trabajo+
325	5.	11.	45.45	3.12	usted
330	3.	5.	60.00	3.79	vaya
332	4.	7.	57.14	4.57	veces
334	4.	5.	80.00	9.10	vez
336	2.	3.	66.67	3.15	violencia
354 *	17.	47.	36.17	5.68 *	6 si
355 *	7.	17.	41.18	3.25 *	7 me

363 *	2.	3.	66.67	3.15 *	I ah
369 *	28.	96.	29.17	3.73 *	*edad_43
372 *	28.	96.	29.17	3.73 *	*población_1
374 *	28.	96.	29.17	3.73 *	*sexo_2
376 *	28.	96.	29.17	3.73 *	*Entrevista_2

Nombre de mots sélectionnés : 40
 Nombre de mots marqués : 351 sur 368 soit 95.38%

Liste des valeurs de clé :

0 si chi2 < 2.71
 1 si chi2 < 3.84
 2 si chi2 < 5.02
 3 si chi2 < 6.63
 4 si chi2 < 10.80
 5 si chi2 < 20.00
 6 si chi2 < 30.00
 7 si chi2 < 40.00
 8 si chi2 < 50.00

Tableau croisant classes et clés :

* Classes *		1	2	3	4	5
Clés	* Poids *	106	236	97	146	197
A *	52 *	6	16	4	16	10
I *	21 *	4	1	4	8	4
M *	8 *	0	2	3	1	2
N *	65 *	7	23	12	12	11
V *	104 *	15	32	12	12	33
W *	10 *	1	3	1	1	4
Y *	54 *	3	20	5	9	17
0 *	22 *	3	8	3	3	5
1 *	10 *	1	2	1	4	2
2 *	4 *	1	2	1	0	0
5 *	6 *	2	0	0	1	3
6 *	48 *	4	11	6	10	17
7 *	108 *	12	37	8	19	32
8 *	192 *	34	54	27	36	41
9 *	78 *	13	25	10	14	16

Tableau des chi2 (signés) :

* Classes *	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---

Clés	* Poids	*	106	236	97	146	197
A *	52 *		0	0	-1	5	-1
I *	21 *		0	-6	0	5	0
M *	8 *		-1	0	4	0	0
N *	65 *		0	0	2	0	-2
V *	104 *		0	0	0	-4	2
W *	10 *		0	0	0	0	1
Y *	54 *		-3	1	0	0	1
0 *	22 *		0	0	0	0	0
1 *	10 *		0	0	0	3	0
2 *	4 *		0	0	0	0	-1
5 *	6 *		2	-2	0	0	1
6 *	48 *		-1	-1	0	0	2
7 *	108 *		0	0	-2	0	1
8 *	192 *		3	0	0	0	-1
9 *	78 *		0	0	0	0	-1

Chi2 du tableau : 63.442710

Nombre de "1" distribués : 782 soit 28 %

 C2: Reclassement des uce et uci

Type de reclassement choisi pour les uce :
 Classement d'origine

Tableaux des clés (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrées : 363
 Nombre d'uce classées : 174 soit : 47.93%

Nombre d'uci enregistrées : 2
 Nombre d'uci classées : 2 soit :100.00%

 C3: A.F.C. du tableau C2_DICB.121

A.F.C. de C:\Archivos de programa\Alceste\Margarita\&&_0\C2_DICB.121

Effectif minimum d'un mot : 8
 Nombre d'uce minimum par classe : 10
 Nombre de lignes analysées : 164
 Nombre total de lignes : 194
 Nombre de colonnes analysées : 5

* Num.* Valeur Propre * Pourcentage * Cumul *

```
*****
* 1 *      .27709490 *    31.01454 * 31.015 *
* 2 *      .23153750 *    25.91541 * 56.930 *
* 3 *      .19922290 *    22.29852 * 79.228 *
* 4 *      .18558030 *    20.77154 * 100.000 *
*****
```

Seuls les mots à valeur de clé ≥ 0 sont représentés

```
Nombre total de mots retenus :      194
Nombre de mots pleins retenus :     164
Nombre total de points      :      199
```

Représentation séparée car plus de 60 points

Projection des colonnes et mots "*" sur le plan 1 2 (corrélations)

```
Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.2771 ( 31.01 % de l'inertie)
Axe vertical   : 2e facteur : V.P. =.2315 ( 25.92 % de l'inertie)
```

```

+-----|-----|-----|-----+-----|-----|-----|---
--+
17 |                                     |          #03
|
16 |                                     |
|
15 |                                     |
|
14 |                                     |
|
13 |                                     |
|
12 |                                     |
|
11 |                                     |
|
10 |                                     |
|
9  |                                     |
|
8  |                                     |
|
7  |                                     |
|
6  |                                     |
|
5  |                                     |
|
4  |                                     |          #05
*sexo_1
3  |                                     |
*Entrevista_1*edad_51
2  |                                     |          #01
*poblacion_1
1  |                                     |
|
0  +-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+---
--+
```

```

1 | | | | |
| | | | |
2 | *sexo_2 | | | |
| | | | |
3 | *Entrevista_2*edad_43 | | | |
| | | | |
4 | *población_1 | | | |
| | | | |
5 | | | | |
| | | | |
6 | | | | |
| | | | |
7 | | | | |
| | | | |
8 | | | | |
| | | | |
9 | #02 | | | |
| | | | |
10 | | | | | #04
| | | | |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
--+
```

Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

Projection des mots analyses sur le plan 1 2 (corrélations)

Axe horizontal : le facteur : V.P. =.2771 (31.01 % de l'inertie)

Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2315 (25.92 % de l'inertie)

```

+-----|-----|-----|-----+-----|-----|-----|----
--+
19 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
18 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
17 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
16 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
15 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
14 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
13 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
12 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
11 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
10 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 9 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 8 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 7 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 6 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 5 | entonces          |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 4 |          |      |      |      |      |      |      |
poco |          |      |      |      |      |      |      |
 3 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 2 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 1 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 0 | +-ebaisotra+----.veces--vayadije+---cosa+----.dice+interesante+--
informacion
 1 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
como
 2 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
donde
 3 |          |      |      |      |      |      |      |
   |          |      |      |      |      |      |      |
 4 |          |      |      |      |      |      |      |
creoverdadperot

```

5	están	porque	cantidad+		tipo+.	usted	.
digamos							
6	varón+	exactamente	generalmente		debe	gente	
7	vamos	manera+	sobre+		esa+		así
8	señor+	dar	año+	día+	uno+	menor+	nada+
aquí							pareja+mucha+
9	mismo+	no	los	adolescent		enfermedad+ve	norma+l
10		cada	grupo+	era		promiscuidad	
.vid+er							
11						relación+mujer+	
sexual+							
12					mas	cultur<	
hijo+edad+							
13			hacemos		deci+		
14		ir	mayor+	embarazada+		siempre	las+
15			otro+				
16						ahorita	muy
17						da	
18			eso+				
19					hay+		
20					esto+		
+	-----		-----		-----		-----

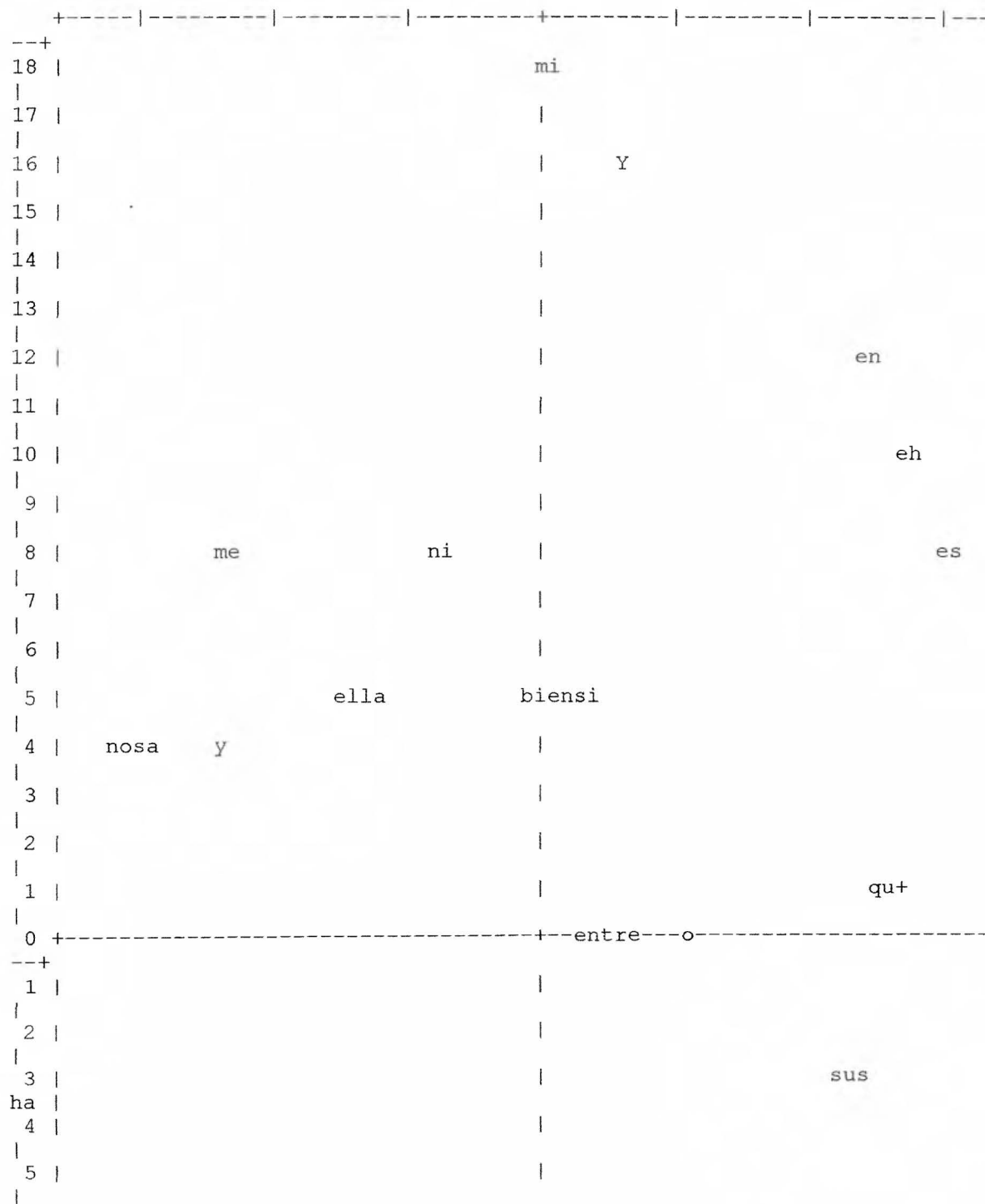
Nombre de points recouverts 10 dont 4 superposés

x	y	nom
-24	-9	alto
-24	-9	explica<
-24	-9	dificil+
-24	-9	mama+
-20	0	algun+
9	0	ejemplo
-21	-2	consult+er
16	-5	institucion+
29	-5	normalmente
28	-10	nivel

Projection des mots de type "r" sur le plan 1 2 (corrélations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.2771 (31.01 % de l'inertie)

Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2315 (25.92 % de l'inertie)



```

6 | |
| |
7 | van |
savoir. |
8 | |
| |
9 | | se
| |
10 | |
| |
11 | son |
| |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
--+
```

Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

D1: Sélection de quelques mots par classe

Valeur de clé minimum pour la sélection : 0

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :

siento(9), partir.(7), anda(4), ejemplo(6), menos(5), por(13), sea(10), interesante+(4), nacional+(2), promocion+(4), yo(12), buen+(2), mmm(2), precisamente(2), programa+(2), tiempo(2), lo(12), politica+(1), exist+er(2), direccion(2), hecho(2), institucion+(2), tal+(3), claro(2), hace+(5), limon+(1), mas(5), paitre.(1), prim+er(1), abierta(1), aca(1), ambos(1), campana+(1), cosa+(2), cuatro(1), cuenta(1), deberia(1), derecho+(1), desde(1), esa+(3), est+(6), gran(1), han(2), llama(1), llegue+(1), medio+(1), mucho+(2), paciente+(1), poquito(1), realmente(1), samuels(1), sexualidad(1), tanto+(1), tienen(1), tratar(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :

los(25), ano+(16), adolesc+ent(8), grupo+(6), mayor+(8), mismo+(8), planificacion(5), uno+(9), consult+er(8), alcanzar(3), cada(4), charla+(3), chiquilla+(4), compromiso(3), damos(3), dar(4), era(4), hacemos(5), llegar+(3), menor+(4), nino+(3), no(28), nosotros(9), papanicolau+(8), porque(21), senor+(7), todo+(11), pu+er(4), adulto+(5), dia+(5), dije+(4), eso+(12), gusta(4), manera+(5), ya(10), sobre+(3), alto(2), dos(5), examen+(2), cit+er(2), tard+er(2), explica<(2), alli(3), cantidad+(4), cobertura(2), colega+(2), dificil+(2), el(26), embarazada+(4), eran(3), estamos(2), estan(5), generalmente(4), hacia(2), mama+(2), meses(2), nada(3), otro+(5), una+(19), vamos(3), viera(2), ebais(6), gestion<(1), captar(1), chiquillos(1), cierta+(2), decirlo(1), del(7), dicen(2), entonces(14), estaba(1), estoy(1), exactamente(2), explico(1), fue(2), hemos(1), hija+(1), hipertenso+(1), hombre+(2), igual+(1), ir(4), llev+(1), manana(1), medida+(1), metodo+(2), misma+(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 3 :

guapiles(7), salud+(7), form+er(3), area+(7), director+(4), habia(5), hospital(6), medico+(5), pasa(3), servicio+(4), genera+1(2), cariari(4), ginecologo+(2), soy(2), canton+(1), displasia(1), ministerio(2),

momento(2), solo(2), virus(1), **ahora(4)**, cuando(4), ese(2), grado(2), pocos+(2), atencion(1), cambio(1), despues(2), embargo(1), idea(1), llega(1), llegan(1), ser(1), somos(1), tambien(3), tratamiento+(1), valor+(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 4 :

sexual+(10), vid+er(6), cultur<(5), digamos(8), muy(13), relacion+(5), norma+1(3), aqui(7), companero+(2), hijo+(4), inicio(3), normalmente(4), pero+(13), promiscuidad(3), supone(2), transmision(2), region+(4), ante+(3), asi(3), donde(5), gente(4), pareja+(3), usted(5), las+(11), cancer+(2), numero+(1), import+ant(1), caso+(1), como(12), conciencia(1), conoce+(2), darle+(1), empezar+(2), formar(2), fuer+(2), hay+(9), informacion(2), joven+(2), mucha+(2), nivel(3), obviamente(1), poca+(2), poco(3), quiera(1), quieren(1), realidad(2), sabe+(4), temprano+(2), ve(2), edad+(2), enfermedad+(3), mujer+(4), da(3), socia+1(2), ahorita(1), creo(2), debe(1), deci+(1), estado(1), esto+(2), familia+(1), nuestra+(1), padre+(2), poder(1), puedo(1), qued+(1), siempre(1), sino(1), sociedad(1), tipo+(1), trat+(1), tuvo(1), verdad(2);

Vocabulaire spécifique de la classe 5 :

enferm+er(8), par+er(16), algo(5), cualquier(5), ellas(6), pued+(4), aller.(6), con+(11), dice+(4), fecha+(3), vez(4), compro(2), dan(2), otra+(5), situacion+(3), **problem<(6)**, **ahi(7)**, **digo(4)**, **toda+(5)**, **veces(4)**, mire+(2), ver+(5), querer.(2), actividad+(2), alterado+(1), aparte(1), aunque(2), **doctor+(4)**, hacen(3), luego(1), lugar+(1), ningun+(2), obstetra+(1), prevencion(1), privada(1), quien+(2), recibe(1), tengo(1), toma(1), trabajo+(2), vaya(3), **violencia(2)**, al(7), algun+(3), bueno(5), clinica+(2), colegio+(1), cuanto+(1), **ellos(3)**, escuela+(1), hablar(2), llegando(1), mejor(2), saben(1), seria(2), sin(2), tener(1), tenga(1), **tiene+(5)**;

Mots outils spécifiques de la classe 1 :

mal(2), sus(1), bien(2), **en(15)**, **o(13)**;

Mots outils spécifiques de la classe 2 :

entre(2), **van(5)**, ni(2), mes(1), **nos(4)**, **son(8)**, A(1), **a(29)**, **y(29)**;

Mots outils spécifiques de la classe 3 :

mi(2), Y(3);

Mots outils spécifiques de la classe 4 :

savoir.(4), tres(1), en-general(1), **se(16)**, **qu+(24)**, **es(14)**, eh(3), ha(4);

Mots outils spécifiques de la classe 5 :

si(17), me(7), ah(2), **ella(4)**;

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :

*edad_51(21), *poblacion_1(21), *sexo_1(21), *Entrevista_1(21);

Mots étoilés spécifiques de la classe 2 :

*edad_43(46), *población_1(46), *sexo_2(46), *Entrevista_2(46);

 D1: Sélection des mots et des uce par classe

D1 : Distribution des formes d'origine par racine

 Formes associées au contexte A

A9 siento : siento(11);
 A7 partir. : parte(10);
 A6 anda : anda(4);
 A6 ejemplo : ejemplo(6);
 A6 menos : menos(5);
 A6 por : por(15);
 A6 sea : sea(12);
 A5 interesante+ : interesante(4);
 A5 nacional+ : nacional(1), nacionales(1);
 A5 promocion+ : promocion(2), promocional(2);
 A5 yo : yo(15);
 A4 buen+ : buen(1), buena(1);
 A4 mmm : mmm(2);
 A4 precisamente : precisamente(2);
 A4 programa+ : programa(2);
 A4 tiempo : tiempo(2);
 A3 lo : lo(14);
 A3 politica+ : politicas(1);
 A2 exist+er : existe(2);
 A2 direccion : direccion(2);
 A2 hecho : hecho(2);
 A2 institucion+ : institucion(2);
 A2 tal+ : tal(2), tales(1);

 Formes associées au contexte B

B7 los : los(37);
 B6 ano+ : ano(7), anos(10);
 B5 adolesc+ent : adolescente(6), adolescentes(8);
 B5 grupo+ : grupo(4), grupos(6);
 B5 mayor+ : mayor(2), mayores(7);
 B5 mismo+ : mismo(7), mismos(1);
 B5 planificacion : planificacion(5);
 B5 uno+ : uno(8), unos(1);
 B4 consult+er : consulta(8);
 B4 alcanzar : alcanzar(4);
 B4 cada : cada(5);
 B4 charla+ : charla(3);
 B4 chiquilla+ : chiquillas(4);
 B4 compromiso : compromiso(3);
 B4 damos : damos(5);

B4 dar : dar(4);
 B4 era : era(5);
 B4 hacemos : hacemos(5);
 B4 llegar+ : llegar(3);
 B4 menor+ : menores(4);
 B4 nino+ : nino(2), ninos(2);
 B4 no : no(45);
 B4 nosotros : nosotros(9);
 B4 papanicolau+ : papanicolau(8);
 B4 porque : porque(22);
 B4 senor+ : senora(4), senoras(5), senores(1);
 B4 todo+ : todo(4), todos(8);
 B3 pu+er : pues(4);
 B3 adulto+ : adulto(3), adultos(2);
 B3 dia+ : dia(2), dias(3);
 B3 dije+ : dije(2), dijeron(3);
 B3 eso+ : eso(11), esos(1);
 B3 gusta : gusta(4);
 B3 manera+ : manera(5);
 B3 ya : ya(12);
 B2 sobre+ : sobre(3);
 B2 alto : alto(2);
 B2 dos : dos(7);
 B2 examen+ : examen(2);
 B2 cit+er : cita(1), citas(1);
 B2 tard+er : tarde(2);
 B2 explica< : explicado(1), explicar(1), explicarle(1);
 B2 alli : alli(3);
 B2 cantidad+ : cantidad(6);
 B2 cobertura : cobertura(2);
 B2 colega+ : colega(2), colegas(1);
 B2 dificil+ : dificil(1), dificiles(1);
 B2 el : el(39);
 B2 embarazada+ : embarazada(4), embarazadas(1);
 B2 eran : eran(3);
 B2 estamos : estamos(3);
 B2 estan : estan(5);
 B2 generalmente : generalmente(4);
 B2 hacia : hacia(2);
 B2 mama+ : mama(2);
 B2 meses : meses(2);
 B2 nada : nada(3);
 B2 otro+ : otro(6);
 B2 una+ : una(25), unas(1);
 B2 vamos : vamos(3);
 B2 viera : viera(2);

 Formes associées au contexte C

C6 guapiles : guapiles(9);
 C6 salud+ : salud(17);
 C5 form+er : forma(2), formas(1);
 C5 area+ : area(10), areas(4);
 C5 director+ : director(3), directora(1), directores(1);
 C5 habia : habia(5);

C5 hospital : hospital(7);
 C5 medico+ : medico(5);
 C5 pasa : pasa(3);
 C5 servicio+ : servicio(3), servicios(1);
 C4 genera+l : general(2);
 C4 cariari : cariari(5);
 C4 ginecologo+ : ginecologo(2), ginecologos(1);
 C4 soy : soy(2);
 C2 canton+ : canton(2);
 C2 displasia : displasia(1);
 C2 ministerio : ministerio(2);
 C2 momento : momento(2);
 C2 solo : solo(2);
 C2 virus : virus(2);

 Formes associées au contexte D

D8 sexual+ : sexual(8), sexuales(3);
 D7 vid+er : vida(6);
 D6 cultur< : cultura(2), cultural(4), culturalmente(1);
 D6 digamos : digamos(9);
 D6 muy : muy(19);
 D6 relacion+ : relacion(1), relaciones(4);
 D5 norma+l : normal(3);
 D5 aqui : aqui(8);
 D5 companero+ : companeros(2);
 D5 hijo+ : hijo(1), hijos(3);
 D5 inicio : inicio(3);
 D5 normalmente : normalmente(4);
 D5 pero+ : pero(13);
 D5 promiscuidad : promiscuidad(4);
 D5 supone : supone(3);
 D5 transmision : transmision(2);
 D4 region+ : region(4);
 D4 ante+ : ante(1), antes(3);
 D4 asi : asi(4);
 D4 donde : donde(5);
 D4 gente : gente(6);
 D4 pareja+ : parejas(5);
 D4 usted : usted(6);
 D3 las+ : las(14);
 D3 cancer+ : cancer(2);
 D3 numero+ : numero(2);
 D3 import+ant : importante(2);
 D3 caso+ : casos(1);
 D3 como : como(14);
 D3 conciencia : conciencia(1);
 D3 conoce+ : conoce(2), conocer(1);
 D3 darle+ : darle(1);
 D3 empezar+ : empezar(1), empezaron(1);
 D3 formar : formar(2);
 D3 fuer+ : fuera(2);
 D3 hay+ : hay(12);
 D3 informacion : informacion(2);
 D3 joven+ : jovenes(2);

D3 mucha+ : mucha(2);
 D3 nivel : nivel(3);
 D3 obviamente : obviamente(1);
 D3 poca+ : poca(1), pocas(2);
 D3 poco : poco(4);
 D3 quiera : quiera(1);
 D3 quieren : quieren(2);
 D3 realidad : realidad(2);
 D3 sabe+ : sabe(3), saber(1);
 D3 temprano+ : temprano(1), tempranos(1);
 D3 ve : ve(2);
 D2 edad+ : edad(1), edades(2);
 D2 enfermedad+ : enfermedad(4), enfermedades(1);
 D2 mujer+ : mujer(3), mujeres(3);

 Formes associées au contexte E

E6 enferm+er : enfermera(7), enfermeras(5);
 E5 par+er : para(21);
 E5 algo : algo(5);
 E5 cualquier : cualquier(6);
 E5 ellas : ellas(6);
 E5 pued+ : puede(4);
 E4 aller. : va(5), vas(1);
 E4 cont+ : con(15);
 E4 dice+ : dice(5);
 E4 fecha+ : fecha(2), fechas(1);
 E4 vez : vez(5);
 E3 compro : compro(2);
 E3 dan : dan(2);
 E3 otra+ : otra(4), otras(2);
 E3 situacion+ : situacion(2), situaciones(1);
 E2 problem< : problema(4), problemas(1), problematica(1);
 E2 ahi : ahi(7);
 E2 digo : digo(4);
 E2 toda+ : toda(1), todas(4);

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

76 28 basicamente, #lo que se #hace es deteccion, es #tratar de preveni, o #sea, #lo que es la #promocion #yo #siento que es la muy debil, verdad?

96 27 #interesante, pero #por #lo #menos la en la incidencia en la calidad se ha producido significativamente #hace que se #yo, unos 4 anos teniamos aproximadamente como 1200 o 1500 nacimientos #por ano, el ano pasado tuvimos como 1050 nacimientos, o #sea,

41 24 #anda, #esta bien tapada #por #lo #menos, o #sea, en guapiles es #abierta, aqui es #interesante porque la prostitucion #abierta es minima es, o #sea, no #existe\$

119 22 y #yo #siento que #esa #parte se desconocer, logicamente eso de se #hace enfasis, #por #lo #menos en el ideal en que manejen una unica pareja, en el ideal de que, o #sea, usted le da a conocer eso como recomendacion.

78 21 la #parte #promocional es la que #yo #siento que se falla, o #sea, no #existe en los #medios o el #tiempo para hacerlo, nosotros si consideramos, bueno,

11 18 la #institucion, #yo #siento que, asi como hay, #por #ejemplo te informan todo #lo que hay sobre el dengue\$

118 18 #esta #parte #promocional #anda muy mal, #precisamente, o #sea, la gente #yo #siento que es #parte de donde la gente #deberia llevarle ese mensaje, o #sea, mantengase, #claro, para que las parejas, las personas sepan si #lo hacen o no, pero con conocimiento,

201 14 #lo que se #llama la #direccion de compras donde #yo como area de salud me comprometo o como representante del area de salud me comprometo a ver determinado porcentaje de #pacientes en determinado #programa, #por #ejemplo,

100 13 #mmm, creo que ha mejorado #mucho, o #sea, #yo #siento que aqui, en #ambos en el control prenatal y posnatal eh y como las #politicas es que mujer que #llegue a la edad hay que ir tomando, entonces ahi es donde ha facilitado la captacion de #hecho #por #ejemplo,

50 10 O #sea, #yo diria que no es. ni #tanto como #tal #yo #siento que es #por disminuir con características #nacionales, pero donde #yo #siento que no es como #mas manifiesto #aca que en otros lados,

139 10 la doctora #samuels es muy #buena, excelente, es #mas ella gano un premio #nacional #hace #cuatro anos una #cosa asi #por el conocimiento y un #programa que monto, ademas seria #interesante, bueno #lo monto solamente aqui en pocos\$

143 10 #mmm, #realmente, eso es una #parte que #esta debil, o #sea, la digamos los #derechos de la mujer como #tal, como #parte de genero en su #derecho a la #sexualidad es poco, #yo #yo #siento que es un tema poco explotado\$

75 9 anos\$ probablemente, #por ahi #anda la #cosa, #por #ejemplo ha habido esfuerzos\$

146 8 #claro, #claro\$

149 7 pero parece un #buen campo para entrarle, #por #ejemplo, un estudio de estos de investigacion si aparece como una #gran debilidad probablemente del nivel que se presente en la #institucion podria servir

como una alarma para que las autoridades que manejan #direccion incluyan un apartado ahí para que/

147 6 si, #precisamente, #mas o #menos la #campana\$

148 6 #esa #parte es evidente, digamos todos los esfuerzos que se #han #hecho y sabemos que, o #sea\$

83 5 #esa #parte desgraciadamente #esa #parte #anda mal, la #promocion de la salud a nivel de todo el #pais #siento que no #esta bien, localmente #siento que #esta muy debil\$

110 5 entonces el #tiempo #cuenta #desde el momento en que llego aqui, entonces a caritari se #lo enviamos ojala salgan el mismo dia o al dia siguiente y entonces todos #tienen sus motos, es #interesante, digamos #por #lo #menos,

Clé sélectionnée : B

219 28 #no me acuerdo que #dias #eran, deciamos #los miercoles en la #tarde #vamos a atender a #adolescente, #entonces #ya nos #dijeron que #era #papanicolau y #planificacion a #adolescentes\$

246 22 #no #todo un #dia #porque #no van a #llegar #todos #los #senores, #entonces lo que #hacemos es, como #dicen #sobre vender #el suelo, le #damos mas #citas, #ya se imaginan que va a ver y #generalmente o la #manana o la #tarde, en #uno o en #otro lado, y #alli van\$

209 21 #generalmente #uno pacta de esa #manera #porque hay #dos #grupos que son #los #dificiles. son la #chiquillas y #los #adultos #mayores, por #eso en 35 llevo al #grupo las #menores y #el #otro para abarca #el #otro #grupo\$

350 19 #porque como muchos van a #dar #una plata, #pues #todos nos llevamos la plata y a la hora, #no imprime #uno en #otro color, #porque #eso es lo que #hacemos #nosotros, #no gastamos tinta de color,

222 13 #porque son, en cosas que #no se cumplen, #el #nino, #el programa #del #nino #lleva #menores de un #ano, de 1 a 6, #eso es muy #dificil y #generalmente #una #consulta entregarle a #adolescentes como viene aqui, que #el #adolescente llegue con la #mama o con un #adulto.

259 12 esta #consulta que #nosotros manejamos, #una #cantidad #unas 40 o 35 usuarios se atienden 2 veces al mes, #cada 15 #dias, ellas se atienden, #examen de sangre si corresponde que #eso es #cada 2 #meses\$

351 12 lo que haciamos #era imprimamos en #el #mismo negro con #una hojita de color, #entonces #eso le #hacia mas a #los #adolescentes que les #damos #el lapicito, #entonces que les #damos?

332 9 ahora si que di #una #charla y ella #ya despues intento #explicarle a #los #ninos y decia #mama que le #explico, #porque #todos lo #vamos a escuchar mas bonito, por que le habian #explicado diferente, #pues #ya nos sentimos y #tenia #una atlas,

198 8 por #eso es que prefiero mandar #una enfermera y #no suspender la #consulta, #porque dano #no le va a causar, #no hay ningun procedimiento investible y un #papanicolau #no es #nada de #otro mundo, #no es un proceso invasor,

225 8 #no, #nosotros lo que #hacemos es atencion #del #adolescente a #los de sexto grado que son #los de 12 #anos, pero a #esos con fines de #cobertura pero esa #consulta integral deberia de ser estructurada de otra #manera que permita hay varias que #estan #embarazadas y le #dicen a #uno que #no\$

226 8 #exactamente, #entonces esto es #una situacion que de alguna #manera. #nosotros lo que #hacemos es formar #grupos de #adolescentes, #estamos tratando, pero #el #mismo #personal #no le #gusta formar #grupos de #adolescentes, por #el #riesgo, tu tienes #adultos #mayores de 60 #anos, pero #grupo de #adolescentes #no, son muy problematicos,

262 8 #no. #no, #no, #no, #no en #los #ebais, es que #los #ebais #estan alrededor #del hospital, ahi en #uno de #los #ebais que es #el mas #alto\$

179 7 hace que en las #senoras se vayan manejando rasgos culturales en generar temor, por #decirlo de alguna #manera, en generar verguena #porque hay #senoras que #no pueden olvidar #el aspecto machista #sobre #todo #los #mayores que #no les #gusta que su esposa vaya,

205 7 #no #pues #ya me di cuanta que me equivoque, es muy #alto\$

334 6 como que en la escuela #publica tienes #mayor libertad para #explicar y #porque son #personas #del #mismo recurso, #damos #charla #generalmente las #damos con estudiantes que #ya estuvieron en #el ultimo #ano,

184 5 #entonces lo que #hacemos es intercambio, #ya #los #muchachos un #dia de estos #ya van a #los #colegas y ellos intercambian, #vamos a #ir hoy al #ebais de la union la compania tiene que #dar #dos cajas para que la #senora tenga,

185 5 #porque a la #senora le da verguena que #todos #los #dias esten en #una epoca de #consulta y descomponerlo a ver despues de realizarle #el #papanicolau hay, yo creo que me capto la idea aunque se lo #dije muy volao\$

212 5 #eso aumenta al #adolescente o a determinados #grupos a #llegar, la #adolescente #embarazada, la #adolescente que quiere #metodos de #planificacion, yo #los recibo #no muy frecuentemente, pero me llama directamente, para pedir que las cambie de #ebais\$

261 5 #cada #ano y #los viernes se le hace un #examen de sangre y #el viernes se le da #el resultado, si necesita tratamiento se le hace\$

Clé sélectionnée : C

128 50 ahi hay #ginecologo, lo que #pasa es que #ahora el #hospital de #guapiles, #cuando ellos reciben y un #medico, #ginecologo la #valora, entonces ahi segun la norma si es una #displasia severa un cancer de inmediato, o sea,

156 43 el #area de #salud de #guapiles para la parte de pococi son dos #directores de #area, entonces de #pocosi tiene dos #areas de #salud: el #area de #salud #guapiles y el #area de #salud de #cariari, en lo que es #cariari, el #area de #salud es de el doctor duran, alvaro duran como #director #medico\$

169 43 Y a pesar de eso, creo que #soy de las mas jovenes de la region y antes #habia estado en la direccion de la clinica #cariari y hice mi #servicio de #salud en el #ministerio de #salud y #tambien me toco porque el #director en #ese #momento tuvo un problema de #salud y/

166 36 si yo #soy #medico #general de base\$

127 34 la refiere, normalmente #cuando se refiere con caracter urgente al #hospital de #guapiles, #ahora\$

158 26 antes de 1997 no #habia entrado en vigencia la reforma del sector #salud, no habian ebais, entonces trabajabamos mediante la consulta externa en el #hospital de #guapiles, pero #ahora el #hospital de #guapiles,

159 26 a-partir-de #ese #momento se hace en la delegacion la consulta externa, que posteriormente #pasa a #ser el #area de #salud, poco a poco se fue organizando y dando #tambien los recursos financieros,

32 25 dr. mm y #solo #habia sido #director no, dos anos en la zona como #medico #general y yo vine a hacer mi #servicio social y #despues por la cercania y nexos ya sabe\$

132 22 en las #areas de #salud practicamente no tenemos #ginecologos, lo que tenemos es la opcion a enviar al #hospital eh digamos lo que reciben\$

157 22 desde el noventa y siete, o sea, desde que empezo a funcionar el #area de #salud de #guapiles\$

34 21 el ultimo es maestria en #servicios de #salud\$

36 21 el #grado de #medico cirujano\$

24 16 O sea, tratamos de correlacionarnos, pero #somos #areas de #salud independientes, pero pertenecen a #canton #pocosi, pertenecemos a #canton #pocosi, sin #embargo nosotros llevamos nuestra propia informacion y el #area de #salud de #guapiles genera su propia informacion y eh esa informacion la canalizamos a la direccion regional que es la que hace el conglomerado, pero realmente\$

165 15 porque #cuando yo entre #solo #habia una computadora y no sabia ni como encenderla\$

33 11 si, en el #hospital de #guapiles y #despues directamente aca\$

160 8 infraestructura para estructurar lo que es el #area de #salud porque generalmente las #areas de #salud que nacen de un #hospital de diferente tienen mucho problema de infraestructura,

170 8 entonces a-partir-de ahi empece a funcionar como #directora del #ministerio\$

263 6 es que de todas #formas el problema ahi es controlar la cantidad que #llega porque nos #llegan de todas, de la region atlantica, esta es la unica #area que tiene este #servicio\$

38 4 pues, basicamente que es una enfermedad viral, es una enfermedad eh bastante contagiosa, que el #grado de contagio como pais es elevado, eh de que el hombre es portador y la mujer es donde se manifiesta el #virus como enfermedad y que la #forma de #atencion indudablemente es a traves del papanicolau en la mujer que como #virus como tal no existe un #tratamiento viralmente curativo,

Clé sélectionnée : D

99 46 #normalmente no, #antes no encuentras, son #pocas #las #parejas que #usted #las #ve #como preocupadas con #conciencia, que #digamos lo que #quieren es convivir, #pero no #quieren #hijos son #muy #pocas\$

10 34 se #supone que #hay mayor #relacion entre #las #parejas que llevan una #vida #sexual #como #decir promiscua, #pero eso, en #realidad es #muy #poco lo que, lo que, la #informacion que se tiene que #saber y mas la que se maneja a #nivel de la institucion.

51 29 #digamos el #inicio de #las #relaciones #sexuales tempranas se #da #aqui en muchisimos #casos con el consentimiento de los #padres, porque esa es la rutina, ellos #empezaron #muy #jovenes su #vida #sexual activa es #normal que la muchacha se junte tempranito\$

47 27 es un. #aqui se ha dado la #promiscuidad en #edades #muy #tempranos, #mucha cantidad de #mujeres embarazadas #jovenes, por lo cual te #puedo asegurar que si es elevada la incidencia en que inician #las #relaciones #sexuales\$

173 24 Y es #muy #importante este #conocer, lo que #usted menciona, los lideres comunales, los actores #sociales e ir posesionandose #poco a #poco, si #fuera un pueblito pequeno, #usted #conoce #pero #aqui eso es #muy amplio y #hay #mucha #gente #muy #importante,

9 23 es #muy #poco, o sea, es realmente #muy #poca la #informacion realmente que en-general, porque ha sido, se ha visto simplemente #como la causa de, #pero no, en #realidad, no #digamos la capacidad de contagio, #digamos en #las #relaciones,

86 19 #pero #culturalmente la #mujer #sabe que ella #debe #empezar #antes porque su amante #inicio #antes, #aqui es #cultural tambien, no hacerlo esta mal, la #mujer #aqui tambien la #mujer que no inicia su #vida #sexual tempranamente, tal vez es extrana,

42 18 no, no, o sea, se #supone que #hay un bar, en #donde se #supone que se #da un grado de prostitucion, #pero no se le #conoce #como un prostibulo\$

40 17 #pero se desarrolla mas en #donde existe #promiscuidad y que la #enfermedad esta #muy relacionada al #cancer y que #obviamente ahora que #usted menciona eso de #enfermedades de #transmision\$

60 17 conducta #cultural #sexual #normal, y ahora yo siento que #esto en la #region se #da, porque, #digamos, la #gente es #muy parecida, porque la #gente de #aqui es #muy parecida a la de guapiles a la de.

254 17 #inicio de #relaciones #sexuales, #numero de #hijos, #numero de #companeros, metodo de planificar, principalmente\$

62 16 #hay #gente que se #queda en la #region, porque #hay #gente que si #sabe el oficio de banano #como es la fuente principal de empleo, #normalmente lo que buscan es mayor estabilidad posible, #pero #donde #hay ricas palmeras,

150 16 se empiece a #darle enfasis #digamos a #estos aspectos #como el dengue #verdad\$ #pero le digo no importaria que la #vida #sexual activa se inicie #muy #temprano,

87 15 #ante la generalidad, #normalmente la #gente que tiende hacer sus estudios ya #ve que tiene una #vida #fuera similar lo que una espera en una #sociedad #como la #nuestra, #digamos del pais, #pero la #sociedad digamoslo #asi #cultural, maneja ese #tipo de\$

43 13 la #promiscuidad, la #promiscuidad ahi si es evidente eh #digamos #hay una caracteristica #muy particular, yo #creo que es de toda la #region atlantica, #pero es #muy manifiesta #aqui, es de.

44 13 es un problema #cultural en #donde #las #parejas conviven, bueno #hay convivencia en #las #parejas, #hay #muy pocos matrimonios y entonces eso genera que #las #parejas se disuelvan y se vuelven a #formar,

52 12 porque se juntan exacto, #normalmente no es, la #vida #sexual activa se inicia #como parejas y a #edades #muy tempranas, esa es la #cultura, la #cultura es que la madre #tuvo su primer #hijo a la #edad de 14 o 15 anos y entonces es #normal, por ejemplo,

8 9 dentro #creo que si #hay un gran avance y por otro lado tampoco #digamos #asi, la #enfermedad no se ha visto #asi #como #enfermedad de #transmision #sexual #como #usted lo dice, #sino #como la causa del #cancer simplemente #verdad\$

45 9 se disuelven y se vuelven a #formar y despues es #muy frecuente que #las #mujeres hayan tenido tres o cuatro #companeros y entonces #asi la #familia de #hijos de dos o tres o cuatro #padres, eh eso es un caos #social, #pero es #muy especifico de aca,

Clé sélectionnée : E

237 25 claro, que si #vas a salir #con la esposa o #cualquier cosa de estas, o a #veces, una #vez estuve en una #situacion medio incomoda, porque personalmente me llamaron #mire que yo necesito saber, que yo quiero preguntarle #algo,

155 21 entonces habria que #ver que usted lo haria hoy. ah #bueno, entonces #seria ponerse de acuerdo #con la #enfermera jefe #para #ver que #fecha ella se #puede\$

230 20 porque el es cortante #bueno esta bien le #digo #al #doctor, o la #enfermera debe estar #con nosotros #para #ver si, si no hay un adulto #ellos #con la #enfermera en #aparte si no hay #otra manera, #para evitar ciertas #situaciones,

114 18 la #fecha en que el ebais lo #recibe firma de #quien esta recibiendo en el ebais y #luego de #ahi se le indica #al atap que #vaya a localizar la paciente esta\$

194 17 entonces siempre hay #problemas si es #enfermera son poquitas las que preguntan es una #doctora o es una #enfermera. #ellas no van a discriminar y no sienten desconfianza #para una o #otra, de #todas maneras las #enfermeras son muy diestras tambien\$

152 15 perfecto, #para #ver que impacto se esta teniendo de las acciones que se #hacen en promocion y #prevencion\$

199 14 entonces no hay #ningun #problema y una #enfermera graduada son las que nos ayudan supervisadas previamente #para que realicen bien la atencion, entonces #con #ellas se han hecho\$

186 12 exactamente y #mire #ahi #algo mas\$

187 12 Y sabes #aunque sea varon, #aunque se mande, porque muchas #veces se #tiene el inconveniente, porque muchas #veces no #tengo una #clinica #para que #vaya a hacerse el papanicolau, #algunas que #otras se quitan, pero no #todas.

109 11 ya cuando llegan las citologias inmediatamente les llega a la jefe de enfermeria y entonces #ellas etiquetan #todas #con las #fechas que les estan #llegando y entonces las que estan #alterados de una #vez inmediatamente se pasan a cariar,

352 11 van a ir a la empresa #privada #para solicitar el apoyo, pero #ahi #va la empresa #privada, #tiene sus limitantes tambien porque que le #digo, #para una que se lo #quiere dejar, en total #tiene que justificar, #para la venta y tambien #al tiempo,

123 9 no tenemos #enfermeras #obstetras, tenemos #enfermeras graduadas que a #veces aprovechamos que #algun dianos #hacen #alguna campanita, pero en realidad, casi #todas nos han llegado como un convenio que llevamos aqui,

276 9 #para que en #cualquier #otra consulta, ella #tenga #otra alternativa #mejor\$

339 9 ah si, primero hicimos capacitacion #para los funcionarios pero lo que nosotros principalmente queremos es que se oriente a #trabajo social, entonces #ellas se sienten #con derecho de #ver sexualidad y despues de eso ya se le #dan los talleres,

82 8 si exacto se localiza ambos y sabe que #tiene tratamientos #para ambos y usted sabe que #con un tratamiento corta el vinculo, el #problema es que #ahi #al no haber tratamiento especifico a la que #puede tratar es a la senora, prácticamente no,

231 8 todos trabajan #enfermeras y si no la puerta abierta y le dicen #bueno y le #dice si usted #quiere que yo la atienda dejemos la puerta abierta #aunque de todos modos si es la garganta la que le duele yo #con mucho gusto la atiendo pero regrese #con un adulto,

238 8 entonces me #dice #con #quien hablo y yo ya me identifico, #con la #doctora y me #dice entonces usted me #va a decir la verdad, pero #con #quien hablo, es una esposa, yo necesito que me diga donde esta mi esposo y entonces me ha tocado\$

64 7 en #cualquier otro lado deben buscar #trabajo\$ ya sabe que en #cualquier otro lado #puede encontrar #trabajo\$

189 6 entonces porque es el medico que me #va a #ver durante tres o cuatro #veces #al ano, porque puedo salir a la pulperia y me #puede #ver\$

 D2: Calcul des "segments répétés"

Seuls les 20 SR les plus fréquents sont retenus ici :

2 32 o sea
 2 21 qu+ se
 2 18 por ejemplo
 2 18 lo qu+
 2 13 area+ salud+
 2 12 es muy
 2 11 qu+ no
 2 11 se hace+
 2 11 y entonces
 2 10 es qu+
 2 10 si no
 2 10 y el
 2 10 hay+ qu+
 2 10 par+er qu+
 2 9 en el
 2 9 pero+ no
 2 9 aller. a
 2 8 es el
 2 8 qu+ el
 2 8 se ha

 D2: Calcul des "segments répétés" par classe

*** classe n° 1 (20 SR maximum) ***

2 1 11 o sea
 2 1 5 por ejemplo
 3 1 4 por lo menos
 2 1 4 esa+ partir.
 2 1 3 qu+ se
 4 1 3 yo siento qu+ es
 2 1 3 como tal+
 2 1 3 area+ salud+
 2 1 2 es qu+
 2 1 2 es interesante+
 2 1 2 en el
 3 1 2 yo siento qu+
 2 1 2 no exist+er
 2 1 2 como una+
 4 1 1 es qu+ en las+
 6 1 1 es qu+ yo siento qu+ se
 3 1 1 es qu+ no
 2 1 1 es muy
 2 1 1 es el
 2 1 1 es mas

*** classe n° 2 (20 SR maximum) ***

2 2 4 qu+ no
 2 2 4 y el
 2 2 3 qu+ es
 2 2 3 se hace+
 2 2 3 se da
 2 2 3 van a
 2 2 3 a los
 2 2 3 vamos a
 2 2 3 todo+ los
 2 2 3 no me
 2 2 3 no hay+
 2 2 3 el mismo+
 2 2 2 es muy
 2 2 2 qu+ ya
 3 2 2 qu+ eso+ es
 2 2 2 qu+ el
 2 2 2 en qu+
 2 2 2 y a
 2 2 2 y entonces
 2 2 2 o sea

*** classe n° 3 (20 SR maximum) ***

2 3 4 lo qu+
 3 3 4 el area+ salud+
 2 3 4 area+ salud+
 2 3 2 es qu+
 4 3 2 en el hospital guapiles
 2 3 2 y tambien
 4 3 2 y el area+ salud+
 2 3 2 y despues
 2 3 2 o sea
 2 3 2 entonces ahi
 3 3 2 el hospital guapiles
 3 3 1 es una+ enfermedad+
 2 3 1 es el
 3 3 1 es donde se
 5 3 1 qu+ es qu+ hace+ el
 4 3 1 qu+ es una+ enfermedad+
 3 3 1 qu+ es el
 5 3 1 qu+ a el area+ salud+
 2 3 1 qu+ a
 2 3 1 qu+ tiene+

*** classe n° 4 (20 SR maximum) ***

2 4 6 es muy
 2 4 5 vid+er sexual+
 2 4 4 qu+ se
 2 4 3 se ha
 2 4 3 relacion+ sexual+
 2 4 3 lo qu+
 2 4 3 las+ pareja+
 2 4 2 es norma+l
 2 4 2 qu+ usted
 2 4 2 qu+ hay+

2 4 2 en donde
4 4 2 se y se a
2 4 2 se da
2 4 2 y qu+
2 4 2 y entonces
2 4 2 o sea
2 4 2 a nivel
2 4 2 porque hay+
3 4 2 pero+ es muy
2 4 2 pero+ no

*** classe n° 5 (20 SR maximum) ***

2 5 5 y me
2 5 4 qu+ yo
2 5 3 y entonces
2 5 3 una+ vez
2 5 3 par+er ver+
2 5 3 aller. a
2 5 2 es una+
2 5 2 qu+ se
2 5 2 qu+ me
2 5 2 se y
3 5 2 si no hay+
2 5 2 si no
2 5 2 van a
2 5 2 y es
2 5 2 a las+
2 5 2 tiene+ qu+
2 5 2 tal+ vez
2 5 2 otro+ lado+
3 5 2 lo qu+ es
2 5 2 ir a

B3 dia+	-----+-----+-----+-----+
B4 senor+	-----+-----+-----+-----+
B2 dos	-----+-----+-----+-----+
B2 otro+	-----+-----+-----+-----+
B5 uno+	-----+-----+-----+-----+
B4 hacemos	-----+-----+-----+-----+
B4 no	-----+-----+-----+-----+
B2 una+	-----+-----+-----+-----+
B4 porque	-----+-----+-----+-----+
B4 todo+	-----+-----+-----+-----+
B7 los	-----+-----+-----+-----+
B3 ya	-----+-----+-----+-----+

C.A.H. du contexte lexical C

Fréquence minimum d'un mot	:	5
Nombre de mots sélectionnés	:	6
Valeur de clé minimum après calcul	:	2

Nombre d'uce analysées	:	31
Seuil du chi2 pour les uce	:	0
Nombre de mots retenus	:	6
Poids total du tableau	:	39

C6 guapiles	-----+-----+-----+-----+
C5 hospital	-----+-----+-----+-----+
C5 habia	-----+-----+-----+-----+
C5 medico+	-----+-----+-----+-----+
C6 salud+	-----+-----+-----+-----+
C5 area+	-----+-----+-----+-----+

D2: Calcul des "segments répétés" par classe

*** classe n° 1 (20 SR maximum) ***

2 1 11 o sea
 2 1 5 por ejemplo
 3 1 4 por lo menos
 2 1 4 esa+ partir.
 2 1 3 qu+ se
 4 1 3 yo siento qu+ es
 2 1 3 como tal+
 2 1 3 area+ salud+
 2 1 2 es qu+
 2 1 2 es interesante+
 2 1 2 en el
 3 1 2 yo siento qu+
 2 1 2 no exist+er

2 1 2 como una+
 4 1 1 es qu+ en las+
 6 1 1 es qu+ yo siento qu+ se
 3 1 1 es qu+ no
 2 1 1 es muy
 2 1 1 es el
 2 1 1 es mas

*** classe n° 2 (20 SR maximum) ***

2 2 4 qu+ no
 2 2 4 y el
 2 2 3 qu+ es
 2 2 3 se hace+
 2 2 3 se da
 2 2 3 van a
 2 2 3 a los
 2 2 3 vamos a
 2 2 3 todo+ los
 2 2 3 no me
 2 2 3 no hay+
 2 2 3 el mismo+
 2 2 2 es muy
 2 2 2 qu+ ya
 3 2 2 qu+ eso+ es
 2 2 2 qu+ el
 2 2 2 en qu+
 2 2 2 y a
 2 2 2 y entonces
 2 2 2 o sea

*** classe n° 3 (20 SR maximum) ***

2 3 4 lo qu+
 3 3 4 el area+ salud+
 2 3 4 area+ salud+
 2 3 2 es qu+
 4 3 2 en el hospital guapiles
 2 3 2 y tambien
 4 3 2 y el area+ salud+
 2 3 2 y despues
 2 3 2 o sea
 2 3 2 entonces ahi
 3 3 2 el hospital guapiles
 3 3 1 es una+ enfermedad+
 2 3 1 es el
 3 3 1 es donde se
 5 3 1 qu+ es qu+ hace+ el
 4 3 1 qu+ es una+ enfermedad+
 3 3 1 qu+ es el
 5 3 1 qu+ a el area+ salud+
 2 3 1 qu+ a
 2 3 1 qu+ tienet

*** classe n° 4 (20 SR maximum) ***

2 4 6 es muy

2 4 5 vid+er sexual+
 2 4 4 qu+ se
 2 4 3 se ha
 2 4 3 relacion+ sexual+
 2 4 3 lo qu+
 2 4 3 las+ pareja+
 2 4 2 es norma+l
 2 4 2 qu+ usted
 2 4 2 qu+ hay+
 2 4 2 en donde
 4 4 2 se y se a
 2 4 2 se da
 2 4 2 y qu+
 2 4 2 y entonces
 2 4 2 o sea
 2 4 2 a nivel
 2 4 2 porque hay+
 3 4 2 pero+ es muy
 2 4 2 pero+ no

*** classe n° 5 (20 SR maximum) ***

2 5 5 y me
 2 5 4 qu+ yo
 2 5 3 y entonces
 2 5 3 una+ vez
 2 5 3 par+er ver+
 2 5 3 aller. a
 2 5 2 es una+
 2 5 2 qu+ se
 2 5 2 qu+ me
 2 5 2 se y
 3 5 2 si no hay+
 2 5 2 si no
 2 5 2 van a
 2 5 2 y es
 2 5 2 a las+
 2 5 2 tiene+ qu+
 2 5 2 tal+ vez
 2 5 2 otro+ lado+
 3 5 2 lo qu+ es
 2 5 2 ir a

ANÁLISIS DE LOS FUNCIONARIOS (AS) /USUARIOS (AS) DEL CANTÓN DE TARRAZÚ

Se realizará, como un primer paso, un análisis descriptivo, basado en la clasificación del discurso que realiza el programa ALCESTE, donde establece una doble clasificación jerárquica descendiente en unidades de contexto de tamaños distintos, en este caso de 44 palabras para la primera clase y de 16 palabras para la segunda clase. La clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable.

El programa arroja una clasificación jerárquica descendiente de dos clases, la cual reagrupa al 81.50% de las unidades de texto elementales (uce), que fueron retenidas para el análisis. Se presenta inicialmente el dendograma con la lista de palabras más significativas de cada clase. (se puede consultar la versión ampliada donde se muestran todas las palabras en la sección de anexos).

Este análisis busca establecer la codificación abierta de estos datos, para luego establecer el núcleo figurativo a partir del análisis relacional. Se instituirá, entonces una codificación axial y selectiva de los datos

Dentro de los resultados obtenidos con el programa de análisis Alceste (Rainier, 1998), encontramos dos clases de palabras que podríamos en primera instancia categorizar de la siguiente manera y que demuestra congruencia en el discurso entre ambos, dado que muestran un dendograma interdependiente:

Dendograma de clases estables (à partir de B3_rcdh1) :

```

Cl. 1 ( 44uce) |-----+
                15                                     |+
Cl. 2 ( 163uce) |-----+

```

Donde cada clase es interdependiente.

Para cada clase se establece una categoría que podría ser definida de la siguiente manera, de acuerdo al vocabulario específico en cada clase.

Clase 1: Cuya categoría sería: El vph debe de abordarse desde la promoción de la salud. Caracterizada por las siguientes palabras.

Vocabulario específico de la clase 1 :

entonces(18), vez(12), papanicolau+(10), adolesc+ent(6), tal(7), una(16), las+(8), consult+er(3), par+er(11), cuando(7), doctor+(3), ellas(3), hace+(10), pone+(3), cas+er(2), explica<(4), da(3), dicen(3), empieza(2), hacerse(3), instrumento(2), pregunta+(4), relacion+(3), dia+(4), esc(4), dice(4), digo(4), exacto+(3), señor+(4), partir.(2), algun+(3), ano+(8), atop(2), cada(3), deci+(4), no(22), tenido(3), vienen(3), tard+er(1), al(3), como(7), el(18), ellos(2), est+(9), fue(2) hacemos(2), muchacha+(1), mujer+(3), mundo(1), nada(3), nadie(1), padre(2), porque(9), pued+(5), temprano(1), tienen(2), yo(5);

Donde lo que destaca es la palabra papanicolau y la labor de promoción y prevención realizada con los y las adolescentes

También considera otros factores de vulnerabilidad como la situación de los inmigrantes que llegan para la recolección de café. Estos funcionarios tienen conocimiento y toman en cuenta situaciones como la movilidad poblacional que vive el cantón, aspectos que no descuida y que considera como parte de los riesgos de la zona.

Muestran un gran sentido de conocimiento de la situación. Se destacan aspectos que están asociados a características que denotan un contexto de vulnerabilidad, como el denominar a este cantón "el cantón de las

mujeres solas", desde esta posición se ha establecido una labor de prevención y promoción desde los grupos de preadolescentes y adolescentes. Manejan información clara y certera de la situación socio-cultural, además de presentar una actitud de promover y prevenir y no caer en justificaciones individuales, sino desarrollar como elementos básicos el abordar la enfermedad desde y a partir de esta información.

El discurso es coherente con el contexto social, determina la identidad de la comunidad y justifica el actuar del centro de salud.

Pareciera que los elementos de las categoría 1 son las que constituyen el núcleo, dada la justificación que se hace a partir de la categoría 2, para poder justificar su labor de promoción y prevención.

Es evidente que su fortaleza es mirar al vph como resultado de una circunstancia cultural que debe ser abordada no definida. Reconocen los aspectos que podrían incrementar la presencia del virus del vph y por lo tanto su labor es prevención y promoción. Esto genera actitudes y conductas de promoción, organiza el núcleo de la RS.

Su dimensión funcional está directamente relacionada con los elementos justificantes que le dan una normatización y sentido. Es decir, justificar la promoción y prevención es el resultado del conocimiento de la realidad socio-cultural que poseen.

Una centralidad caracterizada por la enfermedad vista de manera social y cultural, donde las circunstancias culturales podrían aumentar su presencia, pero no se justifica a partir de esta situación sino que se justifica el abordaje y la promoción. No se busca explicar su presencia a partir de la cultura.

Logran visualizar la vulnerabilidad del contexto social, dado que denominan al cantón el "cantón de las mujeres solas", determinan los elementos de género implícitos en esta situación histórica y cultural que ha estado presente desde hace más de veinte años.

Los datos de incidencia y de mortalidad, dan muestra de esta labor pues sus porcentajes son muy bajos en comparación con otros cantones que guardan características etnográficas semejantes.

Precisamente en la categoría 2 se estructuran claramente los elementos justificantes, que vienen a concretar, regular y defender este núcleo que insiste en mirar la necesidad de promover y prevenir culturalmente, dado que el vph puede desarrollarse si no se toma en cuenta la situación de género (mujeres solas) y vulnerabilidad, lo que justifica una labor actual de prevención desde los grupos de quinto grado de la educación primaria.

En este grupo el nivel de información de la enfermedad considera la situación social y cultural de la región. Su información no se limita a la descripción epidemiológica del virus. Es un virus que claramente define de transmisión sexual, donde, dada las condiciones culturales, se debe educar a la población ante esta situación.

Se asume una responsabilidad social, no se individualiza el abordaje, porque no se limita a la promoción del pap, sino también en el trabajo con los y las adolescentes.

El vph se le mira y aborda desde el trabajo arduo de la situación cultural y social que vive y ha vivido la población del cantón. Se interpreta la realidad y se justifican las conductas de abordaje, se toman en cuenta las situaciones específicas y se buscan soluciones.

Para la Clase 2, la categoría que destaca es: El abordaje del vph se hace desde las necesidades y situaciones del cantón.

Vocabulario específico de la clase 2:

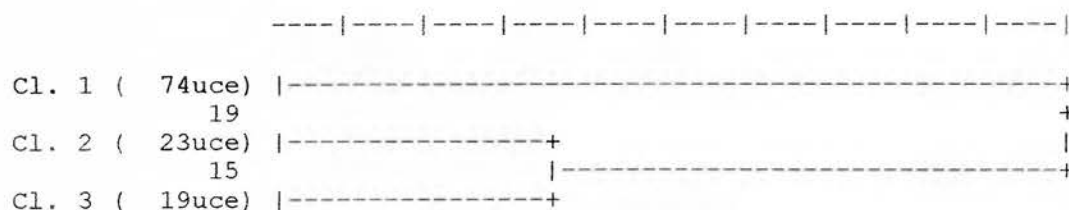
con+(18), verdad(32), mas(21), bueno(14), claro(15), ahora(11), ebais(10), los(35), tiene(10), cafe+(3), cancer+(7), ver+(8), aller.(10), complet+er(3), ante+(6), aqui(18), asi(6), cancer_de_cervix(6), cantidad(4), cartago(4), casi(5), caso+(8), clinica(3), cosa+(11), cuantos(2), dato+(5), definitivamente(2), del(10).

difícil(4), dijo(3), ejemplo(4), eso+(28), gente(5), ginecologo+(2), hablando(4), hablar(2), habria(5), han(3), hemos(2), hombre+(3), hospital(2), igual(4), incidencia(4), medicina(5), medico+(3), mucho+(15), muy(14), otro+(8), pap(7), pienso(2), poco(4), podria(7), poquito(4), por(30), primero(3), quiera(6), relaciones_sexuales(2), salud(5), santa_maria(6), san_pablo(5), sea(13), semana(4), siempre(8), supuesto(4), tarrazu(5), tema+(3), tenemos(14), tener(3), tiempo(7), virus(7);

Donde lo que más destaca es la descripción de la situación social y cultural de la comunidad, además del detalle de actividades, dificultades y logros para poder hacerle frente a la situación cultural, no se justifica la enfermedad se le aborda, de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Representación Social del VPH en los ATAP:

Dendograma de clases estables (à partir de B3_rcdh1) :



Vocabulario específico de la clase 1:

dice(12), nosotros(14), papanicolau+(10), tal(9), vez(9), gente(8), señor+(8), partir(6), algun+(5), aqui(5), doctor+(6), donde(5), hacerse(5), hacerselo(6), trabajo(5), uno+(12), verdad(5), cit+er(3), form+er(2), par+er(10), aja(4), bueno(13), cuenta(3), dado(3), decir(1), den(3), dicen(3), diciendo(3), el(28), eso+(9), generalmente(1), hacemos(4), hacen(1), hace+(7), han(3), hasta(1), hay+(12), lo(23), mucho+(3), otro(2),

particular(2), persona+(7), realizado(3), realizarse(4), realmente(5), santa_maria(3), solo(6), todo+(4), veces(1), vida_sexual(1), vida_sexualmente_ac(3), ya(15), yo(12);

Cuya categorización sería: **Promoción de la salud.**

Esta categoría se muestra independiente de las otras dos pero a su vez guarda una relación de las clase 2 y 3 de manera conjunta, la clase 1 es la que tiene la mayoría de las unidades de contexto elemental lo que nos orienta hacia la mayor presencia de esta categorización en estos funcionarios. Situación que se observa semejante a la observada en los Directores del Centro de Salud. Lo que denota adecuados niveles de comunicación entre los atap y los directores, en cuanto a los propósitos establecidos desde la dirección de salud de este cantón.

Vocabulario específico de la clase 2:

cada(5), ano+(5), diria(4), edad+(3), era(3), hijos(3), muy(4), relaciones_sexuales(3), mas(7), ahora(4), dia(4), mujer+(6), relacion+(2), tienen(4), esc(3), tengo(3), chiquita+(1), cosa+(2), ellas(2), estan(1), menos(2), por(4), una+(6), las+(3), aller(3), import+ant(1), asi(2), dan(1), esa+(2), esposo+(1), habia(2), manera(1), nada(1), otra+(2), sea(2);

Cuya categorización sería: **Prevención hacia la salud sexual**

En este grupo se van a destacar estas dos categorías como lo son las referencias constantes a la prevención y hacia la valoración de las actitudes de la población con respecto a su salud. En ellos, dadas sus condiciones profesionales y actividades técnicas, tienen un mayor contacto con la población lo que les proporciona un mayor conocimiento de la necesidad de prevenir y de valorar las actitudes de la población con el objetivo de mejorar la salud sexual.

Vocabulario específico de la clase 3:

puede+(4), sabe+(4), conoce(2), hecho(2), hombre+(5), problem<(1), conciencia(2), ellos(3), fue(2), mama(2), no(13), pero(7), porque(8), al(3), claro+(2), poblacion(2), tambien(4), ver+(1), cas+er(1), caso+(3), desde(1), los(3), punto+(1), ser(1), serian(1), siempre(2), tiempo(1), tiene(3);

Cuya categorización para la Clase 3: Actitudes hacia la población para mejorar la salud sexual

Estas dos categorías, la dos y la tres guardan una correlación entre sí, donde se podría destacar lo siguiente:

Clase 2: Prevención hacia la salud sexual

En esta clase lo que más interesa es destacar la percepción y el compromiso que muestra la funcionaria de salud entrevistada, donde su mayor referencia la hace hacia la *buena* *estabilidad* con los y las adolescentes. En su discurso se evidencia el deseo de promover y prevenir desde edades tempranas, menciona como referencia quinto grado de primaria, asimismo menciona las dificultades que ha encontrado pero paralelo a esto el interés de los (as) adolescentes por acercarse a buscar ayuda.

En este contón se fusionaron los resultados dada la similitud de los mismos, en cuanto a peso y presencia en los discursos de ambos grupos.

Rapport de Funcionarios Tarrazú

 * Logiciel ALCESTE (4.5 - 01/10/99) *

Plan de l'analyse :dr.pl ; Date : 24/ 4/**; Heure : 14:28:38

C:\Archivos de programa\Alceste\dres. tarrazú\&&_0\
 dr. Ivan- tarrazú y enfermera.txt

```
ET 1 1 1 1
A 1 1 1
B 1 1 1
C 1 1 1
D 1 1 1 0 0
A1 1 0 0
A2 3 0
A3 1 1 0
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0
B2 2 2 0 0 0 0 0 0
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0
C1 0 121
C2 0 2
C3 0 0 1 1 1 2
D1 0 2 2
D2 0
D3 5 a 2
D4 1 -2 1
```

D5 0 0

A1: Lecture du corpus
-----A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 2

A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes	:	1027
Nombre d'occurrences	:	4987
Fréquence moyenne par forme	:	5
Nombre de hapax	:	591
Fréquence maximum d'une forme	:	291

57.55%	des formes de fréq. <	1	recouvrent	11.85%	des occur.;
79.55%	des formes de fréq. <	3	recouvrent	22.20%	des occur.;
88.51%	des formes de fréq. <	6	recouvrent	30.94%	des occur.;
93.96%	des formes de fréq. <	12	recouvrent	41.39%	des occur.;
96.49%	des formes de fréq. <	23	recouvrent	50.47%	des occur.;
98.05%	des formes de fréq. <	43	recouvrent	60.44%	des occur.;
99.12%	des formes de fréq. <	89	recouvrent	73.41%	des occur.;
99.42%	des formes de fréq. <	116	recouvrent	80.05%	des occur.;
99.81%	des formes de fréq. <	148	recouvrent	90.54%	des occur.;
100.00%	des formes de fréq. <	291	recouvrent	100.00%	des occur.;

A3 : Liste des clés et valeurs d'analyse (ALC_CLE) :

A 1 Adjectifs et adverbes
B 1 Adverbes en "ment"
C 1 Couleurs
D 1 Mois/jour
E 1 Epoques/ Mesures
F 1 Famille
G 1 Lieux, pays
I 2 Interjections
J 2 Nombres
K 0 Nombres en chiffre
M 2 Mots en majuscules
N 1 Noms
U 1 Mots non trouvés dans DICIN (si existe)
V 1 Verbes
W 2 Prénoms
X 2 Formes non reconnues et fréquentes
Y 1 Formes reconnues mais non codées
O 2 Mots outils non classés
1 2 Verbes modaux (ou susceptibles de l'être)
2 2 Marqueurs d'une modalisation (mots outils)

3 2 Marqueurs d'une relation spatiale (mots outils)
 4 2 Marqueurs d'une relation temporelle (mots outils)
 5 2 Marqueurs d'une intensité (mots outils)
 6 2 Marqueurs d'une relation discursive (mots outils)
 7 2 Marqueurs de la personne (mots outils)
 8 2 Démonstratifs, indéfinis et relatifs (mots outils)
 9 2 Auxiliaires être et avoir (mots outils)
 1 Formes non reconnues

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 888
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 34
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 6
 Nombre d'occurrences retenues : 4524
 Moyenne par mot : 3.843818
 Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 2416 soit
 68.171550%
 Nombre d'occurrences supplémentaires : 1128
 Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 980

 B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
 B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
 B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
 B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 20
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
 Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 179
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 21
 Nombre total de mots : 200
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 6
 Nombre de lignes de B1_DICB : 206

Nombre d'occurrences analysées : 2416

Nombre d'u.c.i. : 2
 Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 9.511811
 Nombre d'u.c.e. : 254
 Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 254
 100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
 Nombre de couples : 2911

 B2: Calcul de DONN.1

```

Nombre de mots par unité de contexte      :      10
Nombre d'unités de contexte                :      137

```

```

-----
B2: Calcul de DONN.2
-----

```

```

Nombre de mots par unité de contexte      :      12
Nombre d'unités de contexte                :      124

```

```

-----
B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1
-----

```

```

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
  0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables                :      128
Nombre d'unités de contexte                :      137
Nombre de "1"                             :      1963

```

```

-----
B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2
-----

```

```

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4
  0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre
Nombre d'items analysables                :      127
Nombre d'unités de contexte                :      124
Nombre de "1"                             :      1939

```

```

-----
C1: intersection des classes
-----

```

```

Nom du dossier traité                      C:\Archivos de programa\Alceste\dres.
tarrazú
\&& 0\
Suffixe de l'analyse                       :121
Date de l'analyse :24/ 4/**
Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

```

```

Nombre minimum d'uce par classe           :      13

```

```

DONN.1 Nombre de mots par uc              :      10
      Nombre d'uc                          :      137

```

```

DONN.2 Nombre de mots par uc              :      12
      Nombre d'uc                          :      124

```

```

207 u.c.e classées sur 254 soit 81.50 %

```

```

Nombre d'u.c.e. distribuées:              225

```

```

Tableau croisant les deux partitions :

```

```

RCDH1 * RCDH2

```

```

classe *    1    2
  poids *   60  165
1  46 *    44    2
2  179 *   16  163

```

Tableau des chi2 (signés) :

```

RCDH1 *    RCDH2
classe *    1    2
  poids *   60  165
1  46 *   140 -140
2  179 * -140  140

```

Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :

```

      ----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 44uce) |-----+
              15                                     |+
Cl. 2 ( 163uce) |-----+

```

Classification Descendante Hiérarchique...

Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :

```

      ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 44uce) |-----+
              19                                     |+
Cl. 2 ( 163uce) |-----+

```

C2: profil des classes

```

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot      :      2.00
Nombre de mots (formes réduites)             :      200
Nombre de mots analysés                      :      179
Nombre de mots "hors-corpus"                 :         6
Nombre de classes                            :         2

```

207 u.c.e. classées soit 81.496060%

Nombre de "1" analysés : 1663
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 607

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 44. u.c.e. 427. "1" analysés ; 155. "1" suppl..
 2eme classe : 163. u.c.e. 1236. "1" analysés ; 452. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 44. soit : 21.26 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 582. soit : 25.64 %
 Nombre de mots analysés par uce : 9.70

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
1	8.	14.	57.14	11.55	A las+
10	3.	3.	100.00	11.28	V consult+er
11	2.	3.	66.67	3.75	V partir.
12	11.	18.	61.11	18.71	V par+er
16	6.	6.	100.00	22.89	Y adolesc+ent
18	4.	5.	80.00	10.56	Y explica<
23	3.	7.	42.86	2.02	al
25	3.	6.	50.00	3.05	algun+
26	8.	23.	34.78	2.83	ano+
30	2.	3.	66.67	3.75	atap
32	3.	6.	50.00	3.05	cada
40	7.	21.	33.33	2.04	como
43	7.	10.	70.00	14.92	cuando
46	3.	4.	75.00	7.04	da
48	4.	9.	44.44	3.02	deci+
52	4.	7.	57.14	5.57	dia+
53	4.	8.	50.00	4.11	dice
54	3.	4.	75.00	7.04	dicen
57	4.	8.	50.00	4.11	digo
59	3.	3.	100.00	11.28	doctor+
64	3.	3.	100.00	11.28	ellas
68	18.	19.	94.74	67.49	entonces
71	4.	7.	57.14	5.57	ese
79	3.	5.	60.00	4.60	exacto+
89	3.	4.	75.00	7.04	hacerse
90	10.	19.	52.63	12.30	hace+
117	22.	81.	27.16	2.77	no
121	2.	4.	50.00	2.01	padre
123	10.	10.	100.00	38.93	papanicolau+
129	3.	3.	100.00	11.28	pone+
133	4.	5.	80.00	10.56	pregunta+
135	5.	13.	38.46	2.45	pued+
140	3.	4.	75.00	7.04	relacion+
149	4.	8.	50.00	4.11	senor+
154	7.	7.	100.00	26.84	tal
162	3.	6.	50.00	3.05	tenido
165	2.	4.	50.00	2.01	tienen
168	16.	27.	59.26	26.79	una
172	12.	12.	100.00	47.19	vez
174	3.	6.	50.00	3.05	vienen

180 *	19.	62.	30.65	4.66 *	a
182 *	22.	71.	30.99	6.11 *	y
183 *	6.	8.	75.00	14.36 *	0 van
188 *	22.	65.	33.85	8.97 *	6 si
191 *	18.	55.	32.73	5.89 *	7 se
200 *	3.	5.	60.00	4.60 *	W ella
203 *	31.	49.	63.27	67.69 *	*entrevista_4
206 *	31.	49.	63.27	67.69 *	*sexo_2

Nombre de mots sélectionnés : 48

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 163. soit : 78.74 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 1688. soit : 74.36 %
 Nombre de mots analysés par uce : 7.58

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
5	21.	22.	95.45	4.11	N mas
17	18.	18.	100.00	5.32	Y con+
22	11.	11.	100.00	3.14	ahora
31	14.	14.	100.00	4.05	bueno
38	15.	15.	100.00	4.37	claro
61	10.	10.	100.00	2.84	ebais
103	35.	39.	89.74	3.47	los
111	15.	16.	93.75	2.33	mucho+
152	8.	8.	100.00	2.25	siempre
160	14.	15.	93.33	2.06	tenemos
164	10.	10.	100.00	2.84	tiene
171	32.	34.	94.12	5.74	verdad
197 *	10.	10.	100.00	2.84 *	I eh
202 *	145.	158.	91.77	67.69 *	*entrevista_3
205 *	145.	158.	91.77	67.69 *	*sexo_1

Nombre de mots sélectionnés : 15
 Nombre de mots marqués : 143 sur 200 soit 71.50%

Liste des valeurs de clé :

0 si chi2 < 2.71
 1 si chi2 < 3.84
 2 si chi2 < 5.02
 3 si chi2 < 6.63
 4 si chi2 < 10.80
 5 si chi2 < 20.00
 6 si chi2 < 30.00
 7 si chi2 < 40.00
 8 si chi2 < 50.00

Tableau croisant classes et clés :

* Classes *	1	2
Clés * Poids *	152	447

A *	14 *	8	6
I *	30 *	7	23
N *	53 *	4	49
V *	53 *	23	30
W *	5 *	3	2
Y *	36 *	11	25
0 *	8 *	6	2
1 *	3 *	0	3
2 *	8 *	3	5
5 *	9 *	0	9
6 *	65 *	22	43
7 *	86 *	23	63
8 *	161 *	30	131
9 *	68 *	12	56

Tableau des chi2 (signés) :

* Classes *		1	2
Clés	* Poids *	152	447
A *	14 *	7	-7
I *	30 *	0	0
N *	53 *	-9	9
V *	53 *	9	-9
W *	5 *	3	-3
Y *	36 *	0	0
0 *	8 *	10	-10
1 *	3 *	-1	1
2 *	8 *	0	0
5 *	9 *	-3	3
6 *	65 *	2	-2
7 *	86 *	0	0
8 *	161 *	-5	5
9 *	68 *	-2	2

Chi2 du tableau : 52.850410

Nombre de "1" distribués : 599 soit 26 %

C2: Reclassement des uce et uci

Type de reclassement choisi pour les uce :
Classement d'origine

Tableaux des clés (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrées : 254
Nombre d'uce classées : 207 soit : 81.50%

Nombre d'uci enregistrées : 2
Nombre d'uci classées : 2 soit :100.00%

 C3: A.F.C. du tableau C2_DICB.121

 D1: Sélection de quelques mots par classe

Valeur de clé minimum pour la sélection : 0

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :

entonces(18), vez(12), papanicolau+(10), adolesc+ent(6), tal(7),
 una(16), las+(8), consult+er(3), par+er(11), cuando(7), doctor+(3),
 ellas(3), hace+(10), pone+(3), cast+er(2), explica(4), da(3), dicen(3),
 empieza(2), hacerse(3), instrumento(2), pregunta+(4), relacion+(3),
 dia+(4), ese(4), dice(4), digo(4), exacto+(3), senor+(4), partir.(2),
 algun+(3), ano+(8), atop(2), cada(3), deci+(4), no(22), tenido(3),
 vienen(3), tard+er(1), al(3), como(7), el(18), ellos(2), est+(9), fue(2),
 hacemos(2), muchacha+(1), mujer+(3), mundo(1), nada(3), nadie(1),
 padre(2), porque(9), pued+(5), temprano(1), tienen(2), yo(5);

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :

con+(18), verdad(32), mas(21), bueno(14), claro(15), ahora(11),
 ebais(10), los(35), tiene(10), cafe+(3), cancer+(7), ver+(8), aller.(10),
 complet+er(3), ante+(6), aqui(18), asi(6), cancer_de_cervix(6),
 cantidad(4), cartago(4), casi(5), caso+(8), clinica(3), cosa+(11),
 cuantos(2), dato+(5), definitivamente(2), del(10), dificil(4), dijo(3),
 ejemplo(4), eso+(28), gente(5), ginecologo+(2), hablando(4), hablar(2),
 habria(5), han(3), hemos(2), hombre+(3), hospital(2), igual(4),
 incidencia(4), medicina(5), medico+(3), mucho+(15), muy(14), otro+(8),
 pap(7), pienso(2), poco(4), podria(7), poquito(4), por(30), primero(3),
 quiera(6), relaciones_sexuales(2), salud(5), santa_maria(6),
 san_pablo(5), sea(13), semana(4), siempre(8), supuesto(4), tarrazu(5),
 tema+(3), tenemos(14), tener(3), tiempo(7), virus(7);

Mots outils spécifiques de la classe 1 :

van(6), ni(3), si(22), se(18), he(2), ella(3), a(19), y(22);

Mots outils spécifiques de la classe 2 :

savoir.(3), bien(4), tres(5), nos(8), son(13), en(48), es(56), eh(10);

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :

*entrevista_4(31), *sexo_2(31);

Mots étoilés spécifiques de la classe 2 :

*entrevista_3(145), *sexo_1(145);

 D1: Sélection des mots et des uce par classe

D1 : Distribution des formes d'origine par racine

 Formes associées au contexte A

A9 entonces : entonces(19);
 A8 vez : vez(12);
 A7 papanicolau+ : papanicolau(10), papanicolaus(1);
 A6 adolescentent : adolescente(4), adolescentes(2);
 A6 tal : tal(8);
 A6 una : una(21);
 A5 las+ : las(10);
 A5 consult+er : consulta(3);
 A5 par+er : para(11);
 A5 cuando : cuando(10);
 A5 doctor+ : doctor(3), doctora(3);
 A5 ellas : ellas(3);
 A5 hace+ : hace(6), hacer(9);
 A5 pone+ : pone(3);
 A4 caster : casa(1), casas(1);
 A4 explica< : explica(4);
 A4 da : da(3);
 A4 dicen : dicen(4);
 A4 empieza : empieza(2);
 A4 hacerse : hacerse(3);
 A4 instrumento : instrumento(3);
 A4 pregunta+ : pregunta(2), preguntas(3);
 A4 relacion+ : relaciones(3);
 A3 dia+ : dia(4);
 A3 ese : ese(6);
 A2 dice : dice(5);
 A2 digo : digo(5);
 A2 exacto+ : exacto(3);
 A2 senor+ : senor(1), senoras(4);

 Formes associées au contexte B

B3 con+ : con(22);
 B3 verdad : verdad(37);
 B2 mas : mas(29);
 B2 bueno : bueno(16);

 D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

192 19 si, #porque #consulta #adolescente #una #vez #al #ano #entonces en #ese #instrumento, en #ese #instrumento se les van haciendo #preguntas y #tienen que llenar #ellas, si #dicen que si #entonces #tienen que contestar otras #preguntas si ha usado condon?

197 19 #exacto y es #una de #las #partes de atencion primaria #adolescente entre 10 y 19 #anos se le #da esa informacion\$

221 17 #exacto, si y #las #senoras ya le #digo #las #senoras #vienen a #hacerse #el #papanicolau #cada dos #anos #cada dos #anos #como ya #una #vez #al #ano #ellos ya le dejan #el papelito,

195 16 la mayoria #dice que #no saben, #entonces se les #pone. de #una #vez\$

220 16 pues #una #una #tal #vez #una situacion y esa es muy muy usual vivirlas #las #senoras hay muchas solas y sus maridos estan en estados unidos #cuando #vienen #cuando #vienen #entonces van #hacerse #el #papanicolau #para ver si #el marido #no\$

52 13 #entonces si cambiamos #ese #dia a la #doctora o #alguna enfermera y llegan todas\$

198 13 si y se #pone #consulta #adolescente si uno se #da #una referencia\$

205 13 #no, #el #adolescente es #cada #ano #una cita #cada #ano, pero #el #papanicolau es #cada dos #anos, pero #entonces uno revisa en #el expediente la fecha del ultimo #papanicolau le #dice que ya le toca #hacer que si quiere se lo #hace de #una #vez,

51 12 o #ellos mismos #vienen y me #dicen #doctor #tal #dia voy a cambiar por #tal companero #para que ella haga, #porque tenemos #una campana de 60 #papanicolaus ya tenemos 60 #senoras checadas, pero #algunas #no van a ir #porque #esta #el #doctor,

193 11 #cuando #fue la ultima #vez? si #dicen que #no pasan a la #pregunta siete por eso les #decia y #entonces #cuando llegan y #dicen que si ahí es #cuando se les #explica #como es y se les motiva\$

243 11 #no, se ha tratado de #hacer grupos de #adolescentes se hacen, pero individualmente un chiquillo #cuando llega ya #empieza a #hacer #preguntas, #no #el grupo se conformo por ella pero #para los que pasan de los 10 #anos\$

48 10 un #doctor por #una #doctora, cambiarlos #ese #dia #para que la #doctora sea la que haga #el #papanicolau\$

204 10 ah #no, #el #atap #no se #da cuenta si vino o #no, #el #atap #hace la referencia y #el #atap nosotros, #entonces #ellas\$

241 10 individual si individualmente #tal #vez si #como le #digo #el test se #empieza a #hacer a los 10 #anos\$

201 7 O drogas o si ha #tenido #relaciones\$

207 7 si, si, si, pausa, #yo he #tenido que #hacer #el #papanicolau por primeras #vez y es muy. #para #ellas, pero por lo menos es #una #mujer pero se les #explica #entonces les #digo que lo toquen les #digo #esta duro, es frio por eso es que a veces duele a la hora de de #hacer #el examen\$

242 7 #no, #no, #no se le #hace a todos los de 10 #anos en-general que vengan a la #consulta\$

68 6 #no se van a corregir ya #para #el sida, #tal #vez se encuentre #una vacuna, #entonces, aparece otro mas fuerte y mas potente #cuando lo que se debe de corregir es la conducta_sexual\$

194 5 se les #explica se procura que #no #esta #nadie cercano digamos papa o mama #nadie cercano o se les #pregunta tu mama sabe si ella #dice que si #entonces #puede #decir a la mama y si #dice que #no\$

Clé sélectionnée : B

107 10 o #sea, si realmente se venia a hacer el #pap #con nosotros o aparecieron de pronto en la #medicina privada, #claro y #ahora que tienen #cancer #los desconocemos #verdad\$

249 10 en #santa_maria #mas tradicionalista, #santa_maria #tiene un atraso de unos anos #con respecto a san_marcos\$

138 6 si, #claro nosotros #tenemos el servicio_de_urgencias_las_24 horas y #ahora acabamos de abrir la clinica_del_dolor que hace un año y #tenemos cuatro servicios de odontologia, de emergencia nada #mas #los que llegan a #tiempo se mandan a #cartago,

12 5 cada #ebais #tiene uno o dos dependiendo la #cantidad de poblacion que tenga y ellos son de la zona, #claro, la gran mayoría son de la zona\$

55 5 eh, no #por la jefatura en #los #ebais todos son auxiliares\$

61 5 #bueno, las toman en cualquier lado, #bueno, ahi ya estamos #hablando de prevencion_secundaria, de #los niveles_de_prevencion #verdad? porque ahi estamos buscando el #virus, no estamos buscando que la senora no se infecte #con el #virus\$

96 5 #mas #casos de #cosas que hace algunos anos no se veia tanto #verdad? algunos medios #con las campanas insisten en que denuncien\$

131 4 el #ebais 6 es #santa_maria #semana #completa y el ebais_7_copey #tiene comunidades #mas pequenas se evalua a un lugar y #va la distribucion #del ano\$

135 4 ah, #claro #por #supuesto, que dentro de #los #otros servicios que #tenemos, eh\$

66 3 #por #eso es que #ahora que haya una vacuna, #bueno digo #eso\$

80 3 no ha prevenga su enfermedad, no #con el #pap sino #con toda la conducta anterior que debio haber habido #verdad\$

99 3 si, #claro, vienen de paso #verdad? vienen en la epoca de #cafe y luego se vuelven a ir, ese es #otro problema\$

120 3 lo que pasa es que como que vienen #los fines_de_semana nada #mas\$

250 3 en #santa_maria hay una hay #muy elevado de adultos_mayores que son #muy lideres #con mucho_control, #muy catolicos hasta #ahora en #santa_maria es que se da un #poquito #mas de comercio y todo porque todos de #santa_maria se venian a trabajar a san_marcos\$

10 2 eh, ok, en el canton, #eso se #los puedo dar impresos si decide\$

28 2 #bueno, uno #siempre ha oido que, #por #ejemplo, que en monjas #verdad? la #incidencia de #cancer de mama es #mas alta, pero no la de cervix y menos #por el #virus, #verdad?

43 2 #claro, #por #supuesto que no, si uno ve que #los mismos #ginecologos cuando son varones tratan de esconderle a la senora la realidad de su problema y cuando son mujeres se arma un alboroto #siempre #verdad\$

79 2 pues si, nosotros ya #ahora #los #medicos de #ahora ya lo hacen un #poquito #mas, pero #casi que la campana de la institucion #va dirigida #mas ha hagase el #pap!

87 2 porque nosotros #tenemos un canal_de_comunicacion #con estados unidos directo, usted ha oido #hablar #del canton_de_las_mujeres_solas y todas esas #cosas #verdad? que #los #hombres se van a trabajar, #bueno la mayoría en #muchos #casos no vuelven, pero hay #muchos que estan yendo y viniendo tres anos, dos anos\$

 D2: Calcul des "segments répétés"

Seuls les 20 SR les plus fréquents sont retenus ici :

2 16 o sea
 2 8 lo qu+
 2 7 qu+ ya
 2 7 se a
 2 6 en santa_maria
 2 6 en el
 2 6 no se
 2 6 no hay+
 2 6 esot+ es
 2 5 es el
 2 5 qu+ en
 2 5 qu+ si
 2 5 qu+ no
 2 5 en realidad
 2 5 una vez
 2 5 tal vez
 2 5 por lo
 2 5 por esot+
 2 5 por ejemplo
 2 5 pero si

 D2: Calcul des "segments répétés" par classe

*** classe n° 1 (20 SR maximum) ***

2 1 5 una vez
 2 1 5 tal vez
 2 1 5 el papanicolau+
 2 1 3 van a
 2 1 3 a hace+
 2 1 3 par+er qu+
 2 1 3 las+ senor+
 2 1 2 qu+ no
 2 1 2 en realidad
 2 1 2 se da
 3 1 2 y es una
 2 1 2 y qu+
 2 1 2 y se
 2 1 2 tienen qu+
 2 1 2 el atap
 3 1 2 dicen qu+ si
 3 1 2 dice qu+ no
 3 1 2 cada dos ano+
 2 1 1 es una
 6 1 1 es por esot+ es qu+ a

*** classe n° 2 (20 SR maximum) ***

```

2 2 14 o sea
2 2 7 qu+ ya
2 2 7 se a
2 2 6 eso+ es
2 2 5 es el
2 2 5 en santa_maria
2 2 5 pero no
2 2 4 qu+ tenemos
3 2 4 ni si quiera
2 2 4 por supuesto
2 2 4 por lo
2 2 4 por eso+
2 2 4 por ejemplo
2 2 4 no se
2 2 4 no hay+
2 2 4 nada mas
2 2 4 lo qu+
2 2 4 el pap
2 2 4 mas bien
2 2 4 dos ano+

```

D3: C.A.H. des mots par classe

C.A.H. du contexte lexical A

```

Fréquence minimum d'un mot      :      5
Nombre de mots sélectionnés      :     10
Valeur de clé minimum après calcul :      2

Nombre d'uce analysées           :     44
Seuil du chi2 pour les uce       :      0
Nombre de mots retenus           :     10
Poids total du tableau           :    105

```

```

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
A5 cuando |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A9 entonces |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 hace+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 las+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 adolesc+ent |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 una |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A7 ppanicolau+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 tal |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A8 vez |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 par+er |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

C.A.H. du contexte lexical B

```

Fréquence minimum d'un mot      :      5
Nombre de mots sélectionnés      :      5

```

Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 163

Seuil du chi2 pour les uce : 0

Nombre de mots retenus : 5

Poids total du tableau : 100

```

          |----|----|----|----|----|----|----|----|----|
B2 claro  |-----+-----+
B3 cont+  |-----+-----+
B2 mas    |-----+
B3 verdad |-----+-----+
B2 bueno  |-----+

```