

Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008

Cervical cancer: beyond what it is. The perception of women from Antioquia (Colombia) and Colima (Mexico), 2008

Lucia S. Tamayo A¹; María G. Chávez M²; Liliana M. Henao F³.

¹ Enfermera, magíster en epidemiología, doctora en ciencias médicas, profesora investigadora asociada a la Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: ltamayo@catios.udea.edu.co

² Comunicadora, magíster en sociología, doctora en ciencias sociales, profesora investigadora del Programa Cultura, Centro Universitario de Investigaciones Sociales (cus), Universidad de Colima, México. Correo electrónico: lupita_chavez@uacol.mx

³ Microbióloga y bioanalista, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia. Correo electrónico: mlmhf039@gmail.com

Recibido: 19 de enero de 2009. Aprobado: 16 de julio de 2009

Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 177-186.

Resumen

Objetivo: describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, sus causas, prevención y autocuidado. **Metodología:** estudio cualitativo, a través del grupo de discusión; se conformaron 22 grupos en tres municipios de Antioquia (Colombia) y un municipio de Colima (México), con 108 mujeres. **Resultados:** las descripciones e interpretaciones son construcciones colectivas, influidas por información del sector salud, los medios de comunicación y la familia. La mayoría de las mujeres no relacionaron el cáncer de cuello uterino con infecciones cervicovaginales ni el comportamiento sexual y reproductivo. La aceptación de la citología es producto de

experiencias y el deber. **Conclusiones:** la equidad en el acceso considera diferencias culturales y necesidades específicas de las mujeres, rompe barreras culturales y abre espacios de participación en los servicios de salud. En el cuidado del cuerpo, las mujeres reconocen el nivel de gravedad de signos y síntomas ginecobstétricos y la necesidad de asistencia médica. Existe escaso conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, sus causas y prevención, debido a la falta de información y educación por parte de los prestadores de servicios de salud.

-----**Palabras clave:** cáncer de cuello uterino, percepciones, cultura, autocuidado, citología

Abstract

Objective: To describe and interpret women's perceptions about cervical cancer, its causes, prevention and self care. **Methodology:** qualitative study, through the discussion group, 22 groups were formed in three municipalities in Antioquia (Colombia) and one municipality of Colima (Mexico), with 108 women. **Results:** descriptions and interpretations are collectively influenced by information from the health sector, the media and the family. Most women are not related cervical cancer or cervical infections with sexual and reproductive behavior. The acceptance of the Pap smear is a product of

experience and responsibility. **Conclusions:** equity in access considers cultural differences and specific needs of women, breaking cultural barriers and opens up opportunities for participation in health services. In body care, women recognize the level of severity of signs and gynecobstetrical symptoms and the need for medical care. There is little knowledge about cervical cancer, its causes and prevention, due to lack of information and education from health care providers.

-----**Key words:** cervical cancer, perceptions, culture, self-care, cytology

Introducción

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, determinado por factores socioculturales y de prestación de servicios de salud que influyen directamente en el acceso a programas organizados de detección temprana y tratamiento.¹⁻⁴ Su etiología se explica en la asociación con el papilomavirus humano (PVH).^{1,5,6} Es uno de los cánceres prevenibles, detectables y tratables; sin embargo, es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, ocasionando alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo.^{1,5,6} En Colombia y México, se ubica entre las primeras causas de mortalidad en mujeres, junto al cáncer de mama,^{7,8} a pesar de existir programas de prevención y detección que centran sus esfuerzos en el tamizaje citológico, prueba con limitaciones de aceptación cultural.

Entre los factores de riesgo –aunque existe controversia en la asociación– se reconoce en la literatura el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, historia de varias parejas sexuales, uso prolongado de anticonceptivos orales, infecciones cervicovaginales, relaciones sexuales sin protección (no uso de condón), consumo de tabaco e inmunodeficiencias;¹⁻⁴ factores que en su mayoría se pueden intervenir desde los estilos de vida, en la medida en que la salud depende de hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que durante la vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla, es decir, del autocuidado. El autocuidado es el comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas y es aprendido a través de relaciones interpersonales, la comunicación y la cultura; e incluye prácticas o destrezas aprendidas durante la vida, de uso continuo, utilizadas por libre decisión, con el propósito de fortalecer o reestablecer la salud y prevenir la enfermedad.⁹

Por otra parte, los programas orientados al control del cáncer de cuello uterino han sido poco eficaces y de bajo impacto en países subdesarrollados; una de las causas, es la falta de planeación con base en los elementos culturales de la comunidad que se interviene.^{2,7,10} En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y las decisiones que las mujeres toman frente al mismo, en la percepción de la enfermedad y las conductas de prevención, por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y la ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se dejan por fuera las necesidades y percepciones de la comunidad.^{1,7,10}

La percepción consiste en recibir estímulos del medio, a través de los sentidos, que se dotan de significado por medio de la mente, el conocimiento, las experiencias y expectativas que la persona posee,¹¹ desde esta mirada,

frente a problemas específicos de salud, primero se debe aprender a pensar en los términos de la comunidad. Antes de pedirle a un grupo de personas que asuma nuevos hábitos de salud, es necesario valorar los existentes, la relación que tienen entre sí, las funciones que cumplen y lo que significan para aquellos que los practican.¹²

El estudio de la percepción es objeto de creciente interés en el campo de la antropología médica, definida como la interpretación de los estímulos que se relacionan al plano de las actitudes, los valores sociales o las creencias.¹³ Las experiencias percibidas en nuestro entorno adquieren significado de pautas culturales e ideológicas específicas, aprendidas desde la infancia sin plena conciencia de ello, y es a partir de esto que los humanos tenemos la capacidad de seleccionar y organizar las sensaciones orientadas a satisfacer las necesidades.¹¹ Por ejemplo, la percepción de la salud y la enfermedad, ligada a aspectos que identifican la cultura como propios, entre ellos las creencias y teorías míticas que responden al concepto de enfermedad, tratamiento y curación; por tanto cobran sentido las concepciones, percepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad, señalando que la salud y la enfermedad son construcciones sociales.

El objetivo de la investigación fue describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, sus causas –factores de riesgo– y prevención, en municipios con altas y bajas tasas de mortalidad por esta enfermedad, en el departamento de Antioquia, Colombia, y el estado de Colima, México, durante el periodo 2005-2006. En este sentido, la investigación aporta a la explicación del bajo impacto de los programas de promoción de la salud sexual y prevención del cáncer de cuello uterino, de utilidad en la formulación de estrategias más acordes con las necesidades y contextos culturales.

Metodología

Para tener un acercamiento a lo que piensan, creen y motiva la acción de las mujeres en la prevención del cáncer de cuello uterino y el cuidado de la salud sexual, se empleó el grupo de discusión, estrategia metodológica que, según Canales,¹⁴ “es el espacio que recorre la subjetividad, que es, así, intersubjetividad. En el grupo de discusión, la dinámica articula a un grupo en situación discursiva (o conversación) y a un investigador que no participa en ese proceso de habla, pero que lo determina”; y para Ibáñez,¹⁵ el grupo de discusión es un sistema organizado en el que un grupo de personas reciben y envían mensajes sobre un tema en particular. Los integrantes comparten aspectos comunes como la edad, estrato social o sitio de vivienda, lo que los hace homogéneos, aunque con discursos heterogéneos. En el grupo de discusión participan generalmente entre 5 y

7 personas, y se realiza en tres etapas: preproducción, producción y posproducción.^{15, 16}

En la preproducción, se seleccionaron tres municipios del departamento de Antioquia, Colombia, uno de ellos, La Ceja, por la baja tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el 2002 (8,1 por cien mil mujeres),¹⁷ pueblo de tradición campesina con arraigos religiosos marcados; La Estrella, con una tasa media de mortalidad (11 por cien mil mujeres),¹⁷ hace parte del Área Metropolitana del departamento, y Anzá, con altas tasas de mortalidad (45 por cien mil mujeres),¹⁷ población mestiza rural de costumbres ribereñas; y el municipio de Colima, del estado con el mismo nombre, ubicado en la zona centro del pacífico mexicano, que ocupó en 2002 el tercer lugar en mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país.⁸

En esta etapa se define el campo semántico que determina el tema a tratar en la sesión y la construcción *a priori* de categorías de análisis o tópicos globales,¹⁶ guiados por los detonantes (tabla 1), los cuales se construyeron con base en aspectos importantes que acercaron y proporcionaron información de la percepción de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, sus

causas y prevención y la prestación de servicios en el programa de tamizaje. Las categorías no se mencionaron durante el grupo de discusión, para no interferir con el curso de la conversación, solamente fueron tópicos globales que llevaron las investigadoras y abordaron a partir de los detonantes, única herramienta del moderador para intervenir en el discurso y así motivar al grupo a la conversación.¹⁶

En la producción, se realizaron 22 grupos de discusión, entre 2005 y 2006, que sumaron 108 mujeres entre 15 y 65 años, con residencia mayor de 5 años en los lugares seleccionados para el estudio (tabla 2). La conformación de los grupos se planeó por edad, divididos en menores de 25 años, de 25 a 45 y mayores de 45 años, con el fin de propiciar grupos generacionales en las mismas condiciones para sostener una conversación más libre. Sin embargo, teniendo en cuenta las estrategias utilizadas para la convocatoria (bola de nieve, grupos comunitarios organizados y citación por el personal de salud), las investigadoras fueron flexibles con algunos grupos, permitiendo la asistencia de mujeres de todas las edades, invitadas por ellas, con la justificación de que compartieran vecindario, amistad o lazos familiares. Si bien

Tabla 1. Detonantes utilizados en los grupos de discusión, Antioquia y Colima, 2008

Autocuidado	Percepción de las mujeres sobre el autocuidado
	Significado que tienen sobre autocuidado
	Recursos con los cuales cuentan para cuidarse (dinero, tiempo, espacio).
	Espacios donde se cuidan y las cuidan (casa, grupo de amigos, trabajo).
	Cuidados que tienen que hacer para evitar el cáncer de matriz.
Cáncer	Significado que tienen sobre el cáncer de la matriz.
	Lugares o personas a las cuales acuden cuando piensan que pueden tener cáncer de matriz.
	Principales edades en que les puede dar cáncer.
	Diferencias entre las que les da cáncer y de las que no les da
Factores de riesgo	Causas del cáncer de matriz.
	Por qué les da cáncer de matriz.
	Relación entre las infecciones vaginales y el cáncer de matriz.
	Influencia de la pareja en las infecciones vaginales y el cáncer de matriz.
Citología	Molestias que sienten durante la toma de la citología
	Motivos por los cuales no se hacen la citología
	Instituciones de salud donde les gusta hacerse la citología
	Creencias que tiene con respecto a lo que les hacen al interior del cuerpo cuando se toman la citología
	Participación de sus parejas para hacerse la citología.
Servicios de salud	Cómo se sienten con la atención en el hospital
	Facilidades que tienen para hacerse la citología
	Actividades educativas que les ofrecen en el hospital
	Cómo se sienten durante la toma de la citología.
	Resultados de la citología: sentimientos mientras esperaban el resultado; comprensión de los resultados

esta situación generó inquietud en las investigadoras, porque podría cohibir la conversación, sucedió todo lo contrario, permitiendo una mayor expresión oral, gestual y espontaneidad. Se solicitó el consentimiento verbal de las participantes para la grabación y observación no participante, y se garantizó la confidencialidad de la información. El tiempo aproximado de los grupos de discusión fue una hora. Cada investigadora tuvo un rol: la moderadora, quien explicó la dinámica del grupo, solicitó la aprobación verbal para la participación de cada una de las mujeres y guió la conversación a través de los detonantes; y dos observadoras, que preciaron actitudes, participación y silencios de las integrantes; información indispensable en el proceso de análisis de la información.¹⁶ La conversación fue grabada en audio para su transcripción posterior. Los grupos se codificaron con la inicial del nombre del municipio, el número del grupo fue secuencial de acuerdo a la fecha.

La fase de posproducción comprendió la interpretación y análisis de los discursos del grupo, para lo cual, según Ibáñez, no existe ningún plan previo.¹⁵ Se con-

sideró el análisis argumentativo, enfoque técnicamente útil, porque permite construir esquemas de representaciones lógicas de lo que se piensa y se dice en situaciones concretas de enunciación.¹⁸

Se efectuó la transcripción literal de las cintas de audio y las fichas de observación, que aportaron al análisis no solo lo expresado verbalmente, sino todos aquellos gestos y lenguaje no articulado capturados por el observador. Se calificó el texto (identificar y/o seleccionar el discurso) donde se objetivaba exclusivamente el consenso grupal generalizado, se identificaban los objetos (de lo que se habla) y los predicados (qué se dice de los objetos). Luego se construyó un esquema lineal o mapa de representación, para establecer vínculos y/o relaciones entre los objetos que parecieron más significativos e importantes, contemplando sus respectivos calificativos. Se consiguió de esta manera un ejercicio de implicación entre objetos y predicados, que posteriormente se representó mediante un esquema lógico multiarticulado que representa una síntesis de lo expresado por el grupo.^{15,16} Este trabajo se apoyó en el programa Atlas ti.

Tabla 2. Composición de los grupos de discusión de Antioquia y Colima, 2008

Municipio	Grupos	Fechas	Edades en años	Número de participantes
Colima (México) (6 Grupos)	G1C	20/11/2005	Mayores de 50	5
	G2C	20/11/2005	Casadas, menores de 25	4
	G3C	23/11/2005	Solteras, menores de 25	5
	G4C	25/11/2005	Mayores de 25	6
	G5C	2/06/2006	Mayores de 25	5
	G6C	3/06/2006	Mayores de 30, universitarias	5
La Estrella (Colombia) (5 grupos)	G7LA	7/04/2005	Mayores de 25	4
	G8LA	14/07/2005	De 25 a 39	4
	G9LA	20/01/2006	Menores de 25	5
	G10LA	21/01/2006	Mayores de 20	4
	G11LA	3/02/2006	Mayores de 20	5
La Ceja (Colombia) (6 grupos)	G12LC	14/06/2005	De 18 a 55	6
	G13LC	14/09/2005	De 25 a 45	5
	G14LC	15/09/2005	De 16 a 55	4
	G15LC	5/10/2005	De 30 a 56	4
	G16LC	25/10/2005	De 57 a 73	5
	G17LC	25/05/2006	De 34 a 42	5
Anzá (Colombia) (5 grupos)	G18A	20/06/2006	Mayores de 40	4
	G19A	20/06/2006	Menores de 25	4
	G20A	24/07/2006	De 25 a 45	5
	G21A	16/08/2006	De 20 a 55	5
	G22A	16/11/2006	De 25 a 45	5

Resultados

En las descripciones e interpretaciones que hacen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo, la prestación de servicios de salud y el autocuidado, en los tres municipios de Antioquia y el de Colima, se encontraron más similitudes que diferencias; por esta razón los resultados se presentan en genérico para todos los municipios y grupos de edad, haciendo las anotaciones respectivas en las diferencias. Los textos significativos se identifican con el número del grupo y la inicial del municipio (tabla 2).

Autocuidado: “La salud es de uno”

En este estudio, las percepciones de las mujeres sobre el autocuidado son diversas y reflejan las diferentes formas de pensar y actuar, con un denominador común, el sentirse responsables de su salud: “en todo caso la salud es de uno, es la buena alimentación” (G16LA). En este sentido, el autocuidado comprende un conjunto de acciones para mantener la salud, como la buena alimentación, el ejercicio físico, la higiene, el consumo de vitaminas, la evaluación médica antes de que aparezcan las enfermedades y el autocuidado en las relaciones sexuales; “uno se cuida más, siempre haciéndose evaluar tan siquiera cada año, porque no sabe qué puede tener, después cuando le resulta eso (el cáncer), es tarde, cuando uno se hace eso (la citología), ya no hay nada que hacer, como le ha pasado a muchas” (E4C).

La mayoría de las mujeres en este estudio, considera que las medidas preventivas en las relaciones sexuales son para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Su ideal es compartir esta responsabilidad con la pareja, al menos en el uso de preservativos (el condón), lo cual no es muy común dada la posición de dominación de los hombres. Las que no utilizan métodos de planificación y protección en las relaciones sexuales, exponen razones como el desconocimiento, las creencias religiosas, unidas a la prohibición de la iglesia; que se contraponen con la información e influencia médica en los servicios de salud:

“A mí me excomulgó (se refiere al sacerdote). Yo era cada año un hijo, cada año uno; el doctor le dijo a él, no hombre, la mujer no se la da mi dios a uno para terminar con ella, como es posible que esta señora tenga dos niños de tetero. Y me puso a planificar, después me fui a confesar y el monseñor de allá me sacó corriendo de la iglesia, que yo estaba condenada, que estaba condenada” (G16LC).

Tener una pareja estable, es sinónimo de confianza en las relaciones sexuales, por lo cual piensan que no necesitan protegerse, utilizar el condón; así, la fidelidad se convierte en una forma de autocuidado: “[...] pero si es una persona que tiene su pareja estable ¿qué cuidados va a tener? Cuidados para una persona que no tenga pareja estable, que

no tenga marido, y que de pronto tenga sus cosas, pero una persona que tenga su pareja estable ¿como qué cuidados serían?” (G11LE), argumento compartido por gran parte de las mujeres, independiente del nivel socio económico y educativo y el estado civil, en ambos países.

El esposo o la pareja sexual, influyen de manera directa y fuerte en las decisiones que las mujeres toman sobre el cuidado del cuerpo y la salud: “ellos sí se preocupan, pero ellos siempre son machistas, de que ¡ay, que vaya a tocarlo a uno un hombre! Como es el único que me puede tocar [...] Ellos sí se preocupan, pero cuando ya lo ven a uno bien grave, que uno ya no puede” (G14LC) este testimonio se refiere al sentir de los hombres cuando ellas buscan realizarse la citología. La confrontación de la pareja es una estrategia utilizada para reconocerse autónomas y dueñas de su cuerpo: “[...] como se va a vestir uno al gusto del otro; que si uno está enfermo, ir donde el médico; qué hacer para que el marido se sienta bien; debe sentirse bien uno mismo” (G5C). Los celos de la pareja son otro de los problemas que deben enfrentar las mujeres cuando asumen el autocuidado:

“el marido mío es muy celoso; entonces él dice, que vea por qué hace eso así, que por qué sale, que por qué me arreglo, entonces yo le digo: yo me mando sobre mi cuerpo, yo cuido mi cuerpo, yo quiero salir organizadita. Yo le digo, sí, soy suya pero cuando yo quiera, usted no me puede coger a la fuerza, que gracia hay en eso, es como si lo violaran a uno, yo me mando en mi cuerpo” (G20A).

Referente a cómo cuidarse en la salud sexual, consideran que no tienen el conocimiento suficiente para hacerlo, en primera instancia, por la falta de educación de los padres en temas de sexualidad y el temor de abordarlo con los hijos; segundo, el sistema educativo y religioso, que aunque trata el tema, lo hace con limitaciones y restricciones. Es así como las mujeres de mayor edad, obtuvieron la información sobre sexualidad y autocuidados en los cursillos prematrimoniales impartidos por religiosos; “eso lo enseñaron en el cursillo, que como sostener relaciones sexuales, inclusive nos mostraron programas de eso, de aborto, de pastillas, pero por parte de mi mamá no conocía ni un condón ni una pastilla de planificar” (G7LE). Igualmente, se develó el afán de las mujeres para no cometer los mismos errores de sus padres con sus hijos; por consiguiente consideraron importante asistir a las actividades educativas sobre temas de sexualidad con el objetivo de estar informadas y poseer los conocimientos al momento de orientar o brindar un consejo a hijos, nietos y jóvenes cercanos al núcleo familiar, sin embargo expresaron la falta de interés de los jóvenes por llevarlos a la práctica: “[...] son muy buenas las charlas, porque uno aprende para enseñarle a las hijas, a las nietas, siquiera para que sepan qué son las cosas, cómo son, qué riesgos tienen” (G15LC). Los consejos, en especial

de las mujeres mayores hacia las jóvenes, tienen un alto contenido de prohibición: “que se cuiden. Hay que decirles cuidense muchachitas de tantas cosas, mire, de los embarazos, de enfermedades venéreas, de todo, porque hoy en día, eso está lleno, y están muy bisoñas, están locas y se tiran así, no mas” (G16LC).

En este sentido la familia es interventora en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; algunas de ellas, en especial las que tienen relaciones sexuales con parejas inestables, manifestaron que los hombres tienden a permanecer al margen cuando ellas se enferman, en algunos casos asumen sólo la responsabilidad económica:

por parte familiar, como que sí están ahí encima de uno, preguntándole qué es lo que le pasa, los síntomas, que si siente, tal cosa, más las abuelitas, que son como las cu-randeras de las casas, que, ay que vea, tiene tal síntoma, démosle tal y tal cosa, como que siempre se automedican ellas, no se pues, ahí están como que encima viendo que es lo que uno tiene, preguntándole todo”. Piensan que por ser pilares fundamentales en la familia, se olvidan de ellas mismas; se autoculpan, principalmente cuando se enferman: “uno muchas veces le echa la culpa que a los médicos, y mentira que es que uno se pone tranquilo (G6C).

Cáncer de matriz: “nos invadió, ya es tarde”

En esta categoría, se identificaron diferentes percepciones sobre el cáncer de cuello uterino. Las mujeres describen el cáncer como un tumor, una masita o un animal al que le gusta comer carne, una malformación celular, bacterias, una úlcera o herida, en expresiones de ellas: “yo creo que el cáncer debe de ser como una úlcera o una peladura en la matriz, y por eso es que las mujeres tienen hemorragias, y cuando ya les hacen el examen, para muchas ya es tarde” (G6C); “[...] uno se lo imagina como un animalito que come” (G5C); “[...] cuerpos extraños que invaden nuestro organismo, que son perjudiciales” (G9LE); “[...] no es como la tenia, que tiene una figura” (G22A); “[...] es una célula muerta que se revive” (G8LE); “[...] la herencia influye mucho en que se desarrolle ese animal, otra cosa son los químicos, lo que comemos es lo que reflejamos” (G10LE).

Según ellas, el cáncer de cuello uterino es una enfermedad propia de mujeres en edad avanzada, que sólo se desarrolla en algunas personas; aunque no hay claridad sobre las causas para explicar estas diferencias, las atribuciones van desde la mala suerte hasta la disminución de las defensas del organismo. En este sentido expresaron: “yo no se por qué, es que dicen que a unas se les desarrolla y a otras no, nosotras tenemos el cáncer... pero no se nos ha desarrollado gracias a mi dios” (G16LC); y “[...] a unas personas se nos puede brotar más fácil, o prolongar más fácil que a la otra, porque tenemos menos defensas” (G6C); también se explica el cáncer por de-

signio divino: “[...] yo le doy gracias a mi dios que los exámenes me han salido buenos, y digo gracias al señor que él no nos ha mandado esa enfermedad” (G16LC).

En cuanto a las manifestaciones del cáncer, lo describieron como una enfermedad silenciosa—“dormida”—, que se despierta por el estrés o un problema emocional grave; hacen la relación entre diagnóstico casual en la atención médica con un motivo de consulta diferente al de cáncer. Dolorosa en estadios muy avanzados y se asocia con la muerte. “¿Y no se lo habían descubierto? Como es..., como es silencioso” (G18A); “[...] pero dicen que cuando uno tiene un cáncer en la matriz, dizque duele, pues, ¿nos duele?” (G20LE). Sobre todo las jóvenes relacionan el diagnóstico del cáncer de cuello uterino con el parto institucional, en parte por el incremento de la cobertura en zonas urbanas y rurales de este último; momento en el cual el médico hace el diagnóstico presuntivo: “Se lo descubren, por ejemplo, en la tenida de un hijo, ¿cierto?” (G7LE). En otras mujeres, la percepción es que el cáncer se desarrolla, simplemente, porque presienten que esta ahí: “Yo creo que uno se da cuenta, es hasta que a uno le dé, y ya eso explica porque se le desarrolló el cáncer a uno, ahí sí se da cuenta uno” (G14LC).

En la identificación que hacen del útero, las mujeres con menor nivel de escolaridad lo representan comúnmente en forma de “la cabeza de un animal” y “bolsita”. La representación de este órgano no fue muy clara, se presentó confusión de nombres, ubicación anatómica, órganos que lo rodean y sobre todo la diferenciación y ubicación del cuello del útero y el útero mismo: “según los dibujos, uno ve que es como una bolsita y lo que se ve como cabeza es los ovarios, las trompas, y debe ser una bolsita porque si un bebé se forma es dentro de la matriz, entonces es una bolsa que va envolviendo” (G5C). “[...] yo pienso que el cuello es más interno, ¿cierto? Pero hay uno, que es el cervical, si es más delicado, pero sí son dos diferentes, depende de la ubicación, pero son dos tipos de cáncer.” (G14LC).

En este sentido, la extracción de la matriz se hace por diferentes motivos: “porque se descuelga o porque tiene quistes” (G2C); lo consideran normal y genera sensación de bienestar, mientras si es por cáncer, se percibe como un problema de salud delicado para toda la vida: “A una hija mía le sacaron la matriz, pero no por cáncer, sino porque se le descolgó, entonces el doctor le dijo que era mejor ya sacársela, pero no por cáncer” (G16LC). “Yo tuve una amiga que trabajaba en casas, y le sacaron la matriz porque tenía cáncer, y a muchas les dicen que cuando tienen cáncer en la matriz se la sacan” (G9LE).

Causas del cáncer de cuello uterino: “sin un punto fijo”

En el imaginario de las mujeres, el cáncer de cuello uterino es consecuencia de varias situaciones, no nece-

sariamente relacionadas; sin embargo el posible resultado, cáncer, esta mediado por el designio divino o por la herencia. Las causas más frecuentes hacen referencia a hábitos y estilos de vida tales como alimentación, tabaquismo, deficiencias en la higiene genital, dispositivo intrauterino, multiparidad y nuliparidad (por falta de uso del útero), y no hacerse la citología: “[...] yo he escuchado decir que, por ejemplo, el uso de tampones, también no tener una pareja estable, pues sexual, un riesgo es las mujeres que antes de los 30 años no han tenido hijos o muchas veces la falta de higiene” (G14LC).

Relacionadas con la sexualidad, priman las relaciones sexuales insatisfactorias o a la fuerza: “...pues yo digo que hay mucho riesgo para uno contraer cualquier tipo de cáncer, desde los mismos tipos de alimentación, los hábitos de vida o también puede ser algo, pues, genético, puede ser hereditario, también” (G6C). Frente a las infecciones de transmisión sexual como causa del cáncer de cuello uterino, hubo controversias, desde la posición de no presentar ninguna relación: “... pienso que las enfermedades son todas diferentes. El cáncer es una cosa diferente a una enfermedad venérea, pues, creo” (G15LC); “son cosas muy distintas” (G22A). Estos argumentos fueron expuestos por mujeres de baja escolaridad; mientras que aquellas con mayor escolaridad, hicieron una relación no muy precisa con las infecciones de transmisión sexual. “Sí, porque al fin y al cabo esas son unas infecciones, y generalmente muchas infecciones se vuelven cáncer” (G9LE). La infección por el papiloma virus humano fue más relacionado con el cáncer, por las mujeres de Colima que las de Antioquia, quienes en su mayoría no habían escuchado nombrar este virus; esto se explica en la difusión institucional y mediática que han hecho en México. Las enfermedades de transmisión sexual fueron sinónimo de infidelidad de la pareja sexual o de ellas mismas, sin embargo, no son exigentes con el uso del condón para evitar el contagio: “...es muy poquita la que dice: ¿Sí trajo el condón? La mayoría de los hombres dice que es maluco”, (E6C). “La cultura es que no les gusta usar el condón” (G19A).

Más vale prevenir: “de eso se trata”

La prevención del cáncer de cuello uterino recoge el acervo cultural de la medicina tradicional, de las costumbres y hábitos que explican el origen del cáncer y el discurso de la prevención institucional –la citología–. Entre los remedios caseros, las antioqueñas utilizan la bebida del café: “por eso será que mi diosito me tiene aliviada, de eso que nunca me ha llegado a dar. O sea, yo tomo una tasa de café en el día, yo llevo es a comer cualesquier cosa en la noche” (G9LE). En la prevención institucionalizada, las mujeres perciben la citología de diversas formas, en parte, debido a la carencia de in-

formación sobre el tema, y se refleja en actuar con base en las experiencias de otras, es decir, se acogen a los comentarios que escuchan acerca de la citología: “...unas decían que no, que eso duele, que yo no sé qué, que eso tan fastidioso” (G17LC). Es tal el desconocimiento del procedimiento de la toma de la citología por parte de la mayoría de las mujeres, que les resulta difícil comprender cómo se obtiene la muestra y qué se hace con ella en el laboratorio: “primero meten eso (refiriéndose al espéculo), luego toman la muestra con un palito y, finalmente, esa muestra es colocada en unas rendijitas” (G20A). “A mí me decían, dizque eso le metían a uno una cosa como un bombillo, una cosa muy grande, pero no, de todas maneras eso fue muy incómodo, muy fastidioso, ese palito también, pero la enfermera que a mí me tocó, muy paciente y muy querida” (G14LC). “Yo me imagino que le sacan a uno algún pedacito para alguna muestra, según le duele a uno, puede ser que le sacan sangre o algún pedacito” (G1C).

Con respecto a la frecuencia para hacerse la citología, consideraron en su mayoría que cada año, aunque no todas lo hacen, en buena parte por temor, pena y vergüenza; siendo más tolerable cuando es practicado por personal de salud femenino: “Sí, a mí me da pena, pero hay que hacérsela, las mujeres, pues, hay que hacerse la citología siquiera cada año” (G2C); “[...] eso fue muy vergonzoso, yo pensé que me iba a tocar un médico, y si es un hombre, no me la hago” (G16LC). Otras mujeres perciben la citología como algo normal, que se hace cada año: “Eso es muy normal, yo no le veo nada de raro, uno ya sabe a qué viene, ya sabe cómo es y se relaja y hace que nada pasó” (G10LE).

Las mujeres, en algún momento de la vida, han escuchado sobre la citología, la relacionan con la prevención del cáncer cervicouterino, también se imaginan que detecta infecciones y otras enfermedades de la matriz, como los miomas, prolapso y origen de sangrados irregulares: “Pues uno viene a hacerse la citología para estar seguro de que está aliviado, está bien de salud y no está enfermo” (G22A). “A mí sí me la han hecho, pero es que ahora último sentí un dolor bajito, entonces ya fui donde el doctor y me mandó la citología” (G3C). Por otra parte, tienen sentimientos encontrados, si la citología es cuestión únicamente de ellas o se debe compartir con la pareja sexual: “yo inmediatamente, en el caso mío, sí le diría, siempre y cuando nunca he estado con nadie por ahí, claro que puede ser, como ella misma dijo, puede ser en un baño, uno no puede echarle la culpa a él. En ese caso tendríamos que ponernos en tratamiento los dos. ¿Por qué voy a estar en tratamiento yo, y él nada?” (LG12LE). “Yo digo que esto de la citología, es más bien entre mujeres, los esposos, es como un punto aparte, más bien es como si uno llegara con el resultado, amor ¿cómo te salió?” (G5C).

Los servicios de salud: “no siempre utiliza lenguaje claro”

En general, las mujeres del estudio manifiestan la importancia de tener información sobre la citología, desde la toma de la muestra hasta la interpretación de resultados. En los centros hospitalarios pocas veces dan información sobre el tema, aunque en los hospitales de los tres municipios de Antioquia, la entrega de los resultados citológicos, generalmente, se acompaña de una actividad educativa: “Sí, muy bueno esto que se está haciendo últimamente en el hospital, que las charlitas, porque esto anteriormente no se hacía, por eso es que nosotras no sabemos nada” (G13LC). El conocimiento que poseen lo han adquirido primordialmente a través de medios de comunicación, familiares y otras mujeres.

El personal de salud es percibido como poco interesado en explicar los resultados citológicos; sienten que centran la atención en remitirlas al médico o simplemente en decir que salió bien: “Eso a mí me ha pasado, que me ha dicho de pronto la enfermera, saliste con una pequeña infección, mira esta droga” (G17LC). Algunas mujeres intentan leer el reporte de la citología, sin comprender el lenguaje técnico, aún así, hacen sus propias preguntas e interpretaciones: “[...] sí, me siento a leer los resultados, pero a veces se queda uno igual, unos números más raros y entonces uno dice, ¡ve lo tiene alto!, y ¿qué será más alto?, ¿qué será más bajito?” (G18A). “Hay las veces, los médicos suponen que uno entiende lo que ellos están diciendo, y uno se queda en las mismas [...] hay veces le ocultan las cosas, también el mismo lenguaje es un obstáculo para entender lo que le quieren decir, pero no siempre se utiliza un lenguaje claro, no siempre” (E15LC). En la consulta médica, algunas mujeres tienden a creer más en el criterio médico cuando el profesional es hombre, sobre todo en los problemas ginecobstétricos, piensan que tienen mayor conocimiento, en cambio para la citología, confían más en el personal femenino: “Cuando uno va a tener un hijo, no le importa, sino que sáquelo rápido porque eso duele mucho, eso no le importa, si es un doctor hombre, pero en una citología, si más bien una mujer” (G7LE); y valoran el trato amable del personal de salud, esto las hace sentir más tranquilas: “ellas le conversan a uno” (G22A); “me atendieron bien” (G21A).

Otro hallazgo de interés en el estudio, es la exigencia de las mujeres para que les hablen con la verdad, cuando el reporte de la citología es patológico: “[...] hay veces como que lo emboban o le dicen una cosa, hay médicos que a uno no le dicen una verdad” (G9LE). “Por ejemplo, supongamos que ahora en esta citología, le salga a uno alguna cosa, por muy dura que sea la verdad [...] pero no con mentiras, porque a mí en ese momento fueron con mentiras lo que comenzaron a decirme” (G15LC).

Discusión

En esta investigación, se encontró una diversidad de saberes y percepciones que las mujeres de los tres municipios de Antioquia y el de Colima tienen sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, los factores asociados y la prevención, que reflejan las experiencias, interpretaciones y formas de vida que poseen. En el autocuidado, se evidenció que no es un asunto estrictamente individual, sino una construcción colectiva, con interacción de la familia, la pareja, los amigos y los medios de comunicación; similares hallazgos reporta Camargo,¹⁹ en mujeres de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, sobre el cuidado personal como parte de un proyecto de vida femenino.

El escaso conocimiento de las mujeres en materia de cáncer de cuello uterino, sus causas y prevención, se debe en parte a la falta de información y educación que hacen los prestadores de servicios de salud,²⁰ quienes, según ellas, sólo se interesan en brindar el tratamiento necesario para las enfermedades, mas no en realizar actividades educativas; componente central de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.¹ Situación similar documenta Azevedo,²⁰ en mujeres del municipio de Fortaleza, Brasil, y Wiesner²¹ y Lagoueyte,²² en mujeres colombianas, que identifican la falta de comunicación del personal de salud con las usuarias y procesos educativos deficientes, como un obstáculo para que las mujeres valoren la importancia de realizarse y reclamar los resultados de la citología.

Por otra parte, en esta investigación, las mujeres relacionaron la citología con la prevención del cáncer de cuello uterino y el diagnóstico de infecciones cervicovaginales, en algunos casos, hallazgos similares se encuentran en la literatura.²¹⁻²³ Además, le dieron un valor agregado a la citología en la identificación de otros problemas ginecológicos. Sin embargo, entre las mujeres antioqueñas, se identificaron conocimientos y percepciones confusas sobre las causas del cáncer de cuello uterino, en particular la relación con el PVH, lo que las pone en riesgo al momento de asumir prácticas inadecuadas para el cuidado de la salud²² y la prevención de este cáncer. Investigaciones cualitativas realizadas en latinas, confirman la relación que hacen las mujeres entre las infecciones de transmisión sexual –el PVH en especial– y este tipo de cáncer.²¹⁻²⁶

También se encontró que el acceso a la citología está condicionado por factores motivadores e inhibidores,²² entre los primeros se identificó la prevención del cáncer de cuello uterino, la tranquilidad de tener buena salud y la capacidad de decidir sobre su cuerpo; y entre los segundos, la sumisión a la voluntad del compañero sexual, conocimiento de experiencias negativas en otras mujeres, el temor al dolor, el pudor, la vergüenza y la ausencia de síntomas, factores percibidos por las mujeres de este y otros estudios.²¹⁻²⁶

La experiencia de las mujeres ante la citología, varió, desde aquellas que no sintieron nada, y la perciben como algo normal, hasta aquellas que sufrieron un proceso traumático que no volverían a repetir; además mostraron preferencia por el personal femenino al momento de realizarse la citología, situación que refleja las barreras de accesibilidad cultural.²⁷

La información y conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, impartidos por los medios de comunicación y los programas de promoción y prevención de las instituciones prestadoras de salud, fueron asimilados e interpretados de modo diferente¹⁸ por las mujeres de este estudio, por lo cual, los estudios cualitativos pueden dar luz sobre metodologías y estrategias que mejoren los procesos de comunicación e interpretación, tanto del personal de salud como de las usuarias.

Finalmente, que las mujeres acudan a realizarse la citología o a consulta médica por un signo o síntoma ginecológico, puede interpretarse como un logro desde el punto de vista institucional y de la salud pública; sin embargo, una vez que las mujeres consultan, cabe interrogarse: ¿qué información se proporciona?, ¿qué ideas se transmiten acerca del cáncer de cuello uterino, sus factores de riesgo y prevención?, ¿cuál es el papel del personal de salud en la solución de las demandas y necesidades de las usuarias?, ¿cuál es la calidad de los programas de prevención y detección precoz? Estos son algunos interrogantes abiertos para la reflexión, en la cual valdría la pena considerar la palabra de los actores sociales, especialmente de la mujer.

Conclusiones

En el transcurrir de este estudio se evidenció que las percepciones e interpretaciones de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer cervicouterino, sus causas y prevención, son construcciones culturales y sociales, que atraviesan las generaciones, el núcleo familiar y la sociedad, con alta influencia de los medios de comunicación. De esta forma, para alcanzar la equidad en el acceso a los programas de prevención y detección oportuna del cáncer de cuello uterino, se deben considerar las diferencias culturales y las necesidades específicas de las mujeres, romper barreras culturales y abrir espacios de participación de las usuarias en los servicios de salud.

Reconocimientos

Las autoras desean agradecer a la Universidad de Antioquia y a la Universidad de Colima por los recursos aportados para el financiamiento de la investigación. A las mujeres participantes en la investigación y al personal de salud que colaboró en la convocatoria de las mujeres.

Referencias

- 1 Programa para una tecnología apropiada en salud, Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. Washington D.C.: OPS; 2002.
- 2 Murillo RH. La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje. *Rev Colombiana Cancerol* 2003;7(2):23-33.
- 3 Sankaranarayanan R, Budukh MA, Rajikumar R. Effective screening programs for cervical cancer in low and middle-income developing countries. *Bull WHO* 2001; 79(10):954-961.
- 4 Geisinger K. Obstacles to reducing cervical cancer in Vietnam. *Am J Clin Pathol* 2004;121:313-314.
- 5 Castellsagué X, Díaz M, Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, *et al.* Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98(5):303-315.
- 6 Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No. 5, version 2.0, Lyon: IARC Press; 2004.
- 7 Restrepo ZA, Mejía MA, Valencia AM, Tamayo AL. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia, 2006. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81(6):657-666.
- 8 Registro histopatológico de neoplasias malignas (RHNM). México: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud; 2001.
- 9 Denyes MJ. Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación. *ANS Adv Nurs Sci* 1998;11(1):13-21.
- 10 Lucumi DI, Gómez LF. Accesibilidad a los servicios de salud de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78: 367-377.
- 11 Casirer E. Philosophie der symbolisme. Citado por: Ralon G. Una interpretación de la percepción Cassirer-Merleau-Ponty. En: *Tópicos Revista de filosofía* 2002; 22:35-53.
- 12 Gómez SI, Rodríguez GL, Alarcón L. Método etnográfico y trabajo social: algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social. *Fermentum Rev Venez Sociología y Antropología [revista en Internet]* 2005. [consultado el 7 de marzo de 2006]; 15(44):353-366. Disponible en: http://saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero_44/articulo.pdf.
- 13 Ferrater JM. Diccionario de filosofía. 4 reimpresión, Barcelona: Ariel Filosofía SA; 2004. p.2743.
- 14 Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, coordinadores. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis. p.669.
- 15 Ibáñez J. El grupo de discusión en Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica, 5ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2003. p. 428.
- 16 Chávez MMG. De cuerpo entero... todo por hablar de música. Reflexión técnica y metodológica del grupo de discusión. México: Universidad de Colima, 2004. p.314.
- 17 Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. [Internet] [Consultado el 2 de junio de 2007] Disponible en: <http://www.dssa.gov.co>.
- 18 Galindo CJ. Ideología y comunicación. El Estado, la hegemonía y la difusión masiva. México: Premia; 1992.
- 19 Camargo RM. El cuidado de sí, como parte de un proyecto de vida femenino. Medellín, 2001. Trabajo de grado (Maestría en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
- 20 Azevedo GS, Antero SM, Viera SN. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. *Revista Latino-am Enfermagem* 2006; 14(4):503-9.

- 21 Wiesner CC, Vejarano VM, Caicedo MJ, Tovar MS, Cendales DL. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2006; 8(3):185-196.
- 22 Lagoueyte GM. La citología vaginal mirada desde las mujeres. *Invest Educ Enferm* 2002, 20(2):58-69.
- 23 Aguilar J, Leyva A, Angulo D, Salinas A, Lazcano E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología cervical en México. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1):100-6.
- 24 Chávez LR, Hubbell A, McMullin JM, Martínez RG, Mishra SI. Structure and meaning in models of breast and cervical cancer risks factors: a comparison of perceptions among Latinas, Anglo Women, and Physicians. *Med Anthropol Q* 1995; New Series 9(1):40-74.
- 25 Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, *et al.* Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública Mex* 2003; 43 Supp3:408-16.
- 26 Hubbell FA, Chavez LR, Mishra SI, Valdez RB. Beliefs about sexual behavior and other predictors of papanicolau smear screening among Latinas and Anglo women. *Arch Intern Med* 1996; 156:2353-58.
- 27 Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1997; 39:442-450.