

EL CÁNCER CERVICOUTERINO DESDE LA MIRADA DE LAS MUJERES DE ANTIOQUIA (COLOMBIA) Y COLIMA (MÉXICO), 2008

Lucía Stella Tamayo*, Ma. Guadalupe Chávez** y Luz Elena Tamayo Acevedo***

RECIBIDO: 21 de marzo de 2011

ACEPTADO: 22 de abril de 2011

CORREO ELECTRÓNICO: Lucía Stella Tamayo: ltamayo@catios.udea.edu.co
Ma. Guadalupe Chávez: lupita_chavez@ucol.mx
Luz Elena Tamayo Acevedo: luzetamayo@hotmail.com

* Doctorado en Ciencias Médicas, Maestría en Epidemiología y enfermera. Profesora-investigadora en la Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia.

** Doctorado en Ciencias Sociales, Maestría en Sociología y comunicadora. Profesora-investigadora del Programa Cultura, Centro Universitario de Investigaciones Sociales (CUIIS), Universidad de Colima, México.

*** Antropóloga, Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

PALABRAS CLAVE | cáncer cervicouterino, percepciones, cultura, autocuidado, prevención, salud sexual.

KEYWORDS | cervical cancer, perceptions, culture, self-care, cytology.

RESUMEN

Introducción. El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública en América Latina. Los aspectos socioculturales son relevantes para comprender las percepciones y necesidades de las mujeres que determinan el acceso a los servicios de salud. *Objetivo.* Describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, causas, prevención y autocuidado. *Métodos.* Estudio cualitativo a través de grupos de discusión como estrategia metodológica. Se realizaron 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, medios de comunicación y familia. La mayoría no relacionaron el cáncer de cuello uterino con infecciones cervicovaginales, comportamiento sexual y reproductivo. La aceptación o no de la citología es producto de experiencias y 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.

ABSTRACT

Introduction. Cervical cancer is a public health problem in Latin America. Sociocultural aspects are relevant to understanding the perceptions and needs of women that determine access to health services. *Objective.* Describe and interpret the perceptions of women about cervical cancer, causes, prevention and self-care. *Methods.* Qualitative study through discussion groups as a methodological strategy. 22 groups were conducted in three municipalities in Antioquia (Colombia) and the municipality of Colima (Mexico), with 108 women. *Results.* The descriptions and interpretations are collective constructions, influenced by information from the health sector, media and family. Most do not have linked cervical cancer with cervical and vaginal infections, sexual and reproductive behavior. The acceptance or not of cytology is a product of experience and duty. *Conclusions.* Equity of access considered cultural differences and needs of women, breaking cultural barriers and open opportunities for participation in health services.

INTRODUCCIÓN

Investigaciones biológicas y médicas realizadas en las dos últimas décadas demostraron la relación del cáncer cervicouterino con el virus del papiloma humano (VPH), de transmisión sexual (Murillo, 2003; Sankaranarayanan, 2001). Sin embargo, este hallazgo no ha sido suficiente para tener éxito en la disminución de la mortalidad y morbilidad de este cáncer, considerado un problema de salud pública. Las cifras indican que 80 por ciento de los casos se presentan en países subdesarrollados y ocupa el primero y segundo lugar de causa de muerte en mujeres mayores de 25 años (OPS, 2002; Ferlay, 2004). No obstante, se trata de un cáncer prevenible, detectable, tratable y curable. En Colombia y en México se ubica en las primeras causas de mortalidad de mujeres, intercalado con el cáncer de mama (Restrepo, 2007; Secretaría de Salud, 2001), a pesar de existir programas de prevención y detección precoz con base en el tamizaje citológico, prueba con limitaciones de aceptación cultural. De esta manera, los factores socioculturales y los modelos de prestación de servicios de salud se consideran determinantes en el acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento oportuno (Sankaranarayanan, 2002; Geisinger, 2004; Castellsagué, 2006).

Los factores de riesgo del cáncer cervicouterino se relacionan primordialmente con la actividad sexual: relaciones sexuales a temprana edad, historia de varias parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección (no utilizar condón), infecciones cervicovaginales que incrementan directamente el riesgo de infección por el VPH. Otros factores de menor relevancia son la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el tabaquismo y las inmunodeficiencias (Sankaranarayanan, 2002; Geisinger, 2004; Castellsagué, 2006).

La mayor parte de los factores de riesgo se incorporan a los estilos vida que, a la vez, determinan la salud, la cual se encuentra en dependencia con hábitos, costumbres y resultados de las acciones y esfuerzos que cada persona hace por cuidar y mejorar su vida, es decir, el autocuidado. En este sentido, el autocuidado es el comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas; es aprendido a través de relaciones interpersonales, comunicación y cultura. Incluye prácticas o destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, utilizadas por libre decisión con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad (Denyes, 1998).

Por otra parte, los programas dirigidos al control del cáncer cervicouterino han sido poco eficaces y de bajo impacto en países subdesarrollados, no tanto por ausencia de normas científicas técnicas como por la carencia, desde la planeación, de elementos culturales de las comunidades que se intervienen (Geisinger, 2004; Restrepo, 2007; Denyes, 1998). En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y en las decisiones que las mujeres toman frente al mismo, en la percepción de la enfermedad y en las conductas de prevención. Por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se dejan de lado las necesidades y percepciones de la comunidad (Sankaranarayanan, 2001; Restrepo, 2007; Lucumi, 2004).

Para Cassirer (2002), la percepción es “recibir estímulos del medio a través de los sentidos que se dotan de significado por medio de la mente, del conocimiento, de las experiencias y expectativas que la persona posee”. En este sentido, cuando se pretende incorporar nuevos hábitos de salud en una comunidad, primero deben valorarse los existentes, la relación que tienen entre sí, las funciones que cumplen y su significado para quienes los practican (Gómez, 2005).

En el campo de la antropología médica, cada día cobra mayor importancia el estudio de la percepción, considerada como la interpretación de estímulos que se relacionan al plano de las actitudes, los valores sociales o las creencias (Ferrater, 1904). Es así como la experiencias percibidas del entorno adquieren significado de pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia sin plena conciencia de ello; a partir de esto, los humanos tenemos la capacidad de seleccionar y de organizar las sensaciones orientadas a satisfacer las necesidades (Cassirer, 2002). Ejemplo de lo anterior es la percepción de la salud y de 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 lo tanto, cobran sentido las concepciones, percepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad, señalando que ambas son construcciones sociales.

El objetivo de la investigación se planteó en términos de describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, las causas –los factores de riesgo– y la prevención en municipios del departamento de Antioquia (Colombia) y del estado de Colima (México), con altas y bajas tasas de mortalidad por este tipo de cáncer, durante el periodo 2005-2006. La investigación tiene como propósito aportar a la explicación del bajo impacto de los programas de promoción de la salud sexual y prevención del cáncer de cuello uterino, útil en la formulación de estrategias más acordes con las necesidades y contextos culturales.

MÉTODOS

Para tener un acercamiento a lo que piensan, creen y motiva la acción de las mujeres en la prevención del cáncer cervicouterino y el cuidado de la salud sexual, se empleó el grupo de discusión como estrategia metodológica que, según Canales (2004: 669), “es el espacio que recorren la subjetividad que es, así, intersubjetividad. En el grupo de discusión la dinámica articula un grupo en situación discursiva (o conversación) y a un investigador que no participa en ese proceso de habla, pero que lo determina”. Para Jesús Ibáñez (2003: 428) el grupo de discusión es un sistema organizado en el cual un grupo de personas reciben y envían mensajes sobre un tema en particular. Los integrantes comparten aspectos comunes como la edad, estrato social, vivienda, que los hace homogéneos, aunque con discursos heterogéneos. En el grupo de discusión participan generalmente entre cinco y siete personas y se realiza en tres etapas: preproducción, producción y posproducción (Ibáñez, 2003: 428; Chávez, 2004: 314).

En la preproducción se seleccionaron tres municipios del departamento de Antioquia, Colombia. Uno de ellos, La Ceja, por la baja tasa de mortalidad de cáncer cervicouterino en 2002 (8.1 por cada cien mil mujeres) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007), de tradición campesina y con arraigos religiosos marcados. La Estrella, con una tasa media de mortalidad (11 por cada cien mil mujeres) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007), la

cual pertenece al área metropolitana del departamento; y Anzá, con altas tasas de mortalidad (45 por cada cien mil mujeres) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007), población mestiza rural de costumbre ribereñas. Finalmente, se seleccionó el municipio de Colima, del estado del mismo nombre, ubicado en la zona centro del Pacífico mexicano, que ocupó en el año 2002 el tercer lugar en mortalidad por cáncer cervicouterino (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2001).

En la reproducción 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 (Chávez, 2004: 314) guiados por los detonantes (véase la tabla 1), los cuales se construyeron con base en aspectos importantes que acercaran y proporcionaran información de la percepción de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer cervicouterino, sus causas, prevención y prestación de servicios en el programa de tamizaje. Las categorías no se mencionaron durante el grupo de discusión para no interferir en el curso de la conversación, sólo 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.

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

	Autocuidado	Cáncer	Factores de riesgo	Citología	Servicios de salud
Vamos a hablar de...	Lo que es para nosotras el autocuidado.	Lo que pensamos que es el cáncer de matriz.	Las causas del cáncer de matriz.	Las molestias que sentimos durante la toma de la citología.	Cómo nos sentimos con la atención en el hospital.
	El significado que tiene para nosotras el autocuidado.	Los lugares o personas a las cuales acudimos cuando pensamos que podemos tener cáncer de matriz.	Por qué nos da cáncer de matriz.	De los motivos por los cuales no nos hacemos la citología.	De las facilidades que tenemos para hacernos la citología.
	Los recursos con los cuales contamos para cuidarnos (dinero, tiempo, espacio).	Las diferencias entre las mujeres que les da cáncer y a las que no les da.	La relación entre las infecciones vaginales y el cáncer de matriz.	Las instituciones de salud donde nos gusta hacernos la citología.	Las actividades educativas que nos ofrece el hospital.
	De los espacios donde nos cuidamos y nos cuidan (casa, grupo de amigos, trabajo).	Las principales edades en que nos puede dar cáncer.	La influencia de la pareja en las infecciones vaginales y el cáncer de matriz.	Lo que creemos que nos hacen al interior del cuerpo cuando nos toman la citología.	Cómo nos sentimos durante la toma de la citología.
	Los cuidados que hacemos para evitar el cáncer de matriz.			La participación de nuestra pareja para hacernos la citología.	Sobre los resultados de la citología: sentimientos mientras esperamos el resultado, comprensión de los resultados.

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 cinco años en los lugares

seleccionados para el estudio (véase la tabla 2). La conformación de los grupos se planeó por edad y se dividieron en menores de 25 años, de 25 a 45 años y mayores de 45 años, con el fin de propiciar grupos generacionales en las mismas condiciones para sostener la conversación con más libertad.

Sin embargo, en algunos grupos las investigadoras fueron flexibles debido a las estrategias utilizadas para la convocatoria (bola de nieve, grupos comunitarios organizados y citación por el personal de salud). Al momento de realizar el grupo de discusión asistieron mujeres invitadas por ellas mismas de todas las edades que compartieron el hecho de compartir vecindario, amistad o lazos familiares.

Esta situación generó en las investigadoras inquietud porque podía cohibir la conversación; no obstante, sucedió todo lo contrario, al permitir 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 de una hora. Cada investigadora tuvo un rol: 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; dos observadores, quienes apreciaron actitudes, participación y silencios de las integrantes, información indispensable para el proceso de análisis de la misma (Chávez, 2004: 314). La conversación fue grabada en audio para la transcripción posterior. Los grupos se codificaron con la inicial del nombre del municipio, el número del grupo secuencial y la fecha.

La fase de postproducción comprendió la interpretación y el análisis de los discursos del grupo; al respecto, Ibáñez sostiene que no existe ningún plan previo para ellos, dado que se abaten sobre la situación de producción del discurso (Ibáñez, 2003: 428). Se consideró el análisis argumentativo, enfoque técnicamente útil debido a que permite construir esquemas de representaciones lógicas de lo que se piensa y se dice en situaciones concretas de enunciación (Galindo, 1992).

Se efectuó la transcripción literal de las cintas de audio y fichas de observación que aportaron al análisis no sólo de lo expresado verbalmente, sino todos aquellos gestos y lenguaje no articulado capturado por el observador. Se calificó el texto (identificar y/o seleccionar el discurso) donde se objetiva exclusivamente el consenso grupal generalizado; se identificaron 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. De esta manera se consiguió un ejercicio de implicación entre objetos y predicados, que posteriormente se representó mediante un esquema lógico multi-articulado que representa una síntesis de lo expresado por el grupo (Ibáñez, 2003: 428; Chávez, 2004: 314). 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	Número de participantes
Colima (México) (6 grupos)	G1C	20/11/2005	Mayores de 50 años	5
	G2C	20/11/2005	Casadas menores 25 años	4
	G3C	23/11/2005	Solteras menores 25 años	5
	G4C	25/11/2005	Mayores 25 años	6
	G5C	2/06/2006	Mayores 25 años	5
	G6C	3/06/2006	Mayores 30 años, universitarias	5
La Estrella (Colombia) (5 grupos)	G7LA	7/04/2005	Mayores 25 años	4
	G8LA	14/07/2005	Mayores 25 a 39 años	4
	G9LA	20/01/2006	Menores 25 años	5
	G10LA	21/01/2006	Mayores de 20 años	4
	G11LA	3/02/2006	Mayores 20 años	5
La Ceja (Colombia) (6 grupos)	G12LC	14/06/2005	18-55 años	6
	G13LC	14/09/2005	25-45 años	5
	G14LC	15/09/2005	16-55 años	4
	G15LC	5/10/2005	30-56 años	4
	G16LC	25/10/2005	57-73 años	5
	G17LC	25/05/2006	34-42 años	5
Anzá (Colombia) (5 grupos)	G18A	20/06/2006	Mayores de 40 años	4
	G19A	20/06/2006	Menores 25 años	4
	G20A	24/07/2006	25 a 45 años	5
	G21A	16/08/2006	20 a 55 años	5
	G22A	16/11/2006	Mujeres de 25 a 45	5

RESULTADOS

En las descripciones e interpretaciones que hacen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino, factores de riesgo, prestación de servicios de salud y autocuidado en tres municipios de Antioquia y uno del estado 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 variaciones. Los textos significativos se identifican con el número del grupo y la inicial del municipio.

Es mejor prevenir que curar: el autocuidado es responsabilidad de uno

Las percepciones sobre el *autocuidado* de las participantes del estudio fueron diversas; refleja maneras diferentes de pensar y actuar, con un denominador común, sentirse responsables de su salud: *"en todo caso la salud es de uno"* (G16LA). Para estas mujeres el autocuidado comprende un conjunto de acciones para mantener la salud, entre ellas la buena alimentación, el ejercicio físico, la higiene, el consumo de vitaminas, la evaluación médica antes de que aparezcan las enfermedades y las relaciones sexuales de bajo riesgo. En palabras de ellas, *"para mantener el cuerpo sano, hay que hacer ejercicio, tienen que alimentarse muy bien"* (G21A); *"tener sólo una pareja, ante todo hacerse la citología"* (E4C).

Para la mayor parte de las participantes las medidas preventivas en las relaciones sexuales son para evitar el embarazo y enfermedades de transmisión sexual. El ideal de ellas es compartir esta responsabilidad con la pareja, al menos en el uso de preservativos (condón), lo cual no es muy común dada la posición de dominación de los hombres, como se ejemplifica en el siguiente testimonio: *"primero que todo uno piensa, estuvo por ahí con otra mujer, estuvo por ahí con otra mujer jodiendo, no se cuidó y viene a pegarle una enfermedad a la esposa que es bien sana, ¿si me entiende?"* (G10LA).

Entre las razones para no usar métodos de planificación y de protección en las relaciones sexuales se identificaron: el desconocimiento de los métodos, poca disponibilidad de los mismos y creencias religiosas ligadas a la prohibición desde la Iglesia, lo cual se contrapone con la información e influencia médica en los servicios de salud: *"a mí me excomulgó [se refiere al sacerdote]. Yo era cada año uno 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, cómo 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).

La pareja sexual estable es sinónimo de confianza que conlleva a no utilizar métodos de protección, en especial el condón. De esta forma, la fidelidad es autocuidado que da seguridad: *"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, ¿cómo qué cuidados serían?"* (G11LE). Este argumento fue compartido por gran parte de las mujeres, independientemente del nivel socio económico, educativo y estado civil, en ambos países.

La pareja sexual influye de manera decisiva en los cuidados de las mujeres sobre el cuerpo y la salud: *"ellos sí se preocupan, pero ellos siempre son machistas, de que ¡hay que vaya a tocarlo a uno un hombre! Como es él el único que me puede tocar... ellos sí se preocupan, pero cuando ya lo ven a una bien grave, que una ya no puede"* (G14LC). En el testimonio "tocarlo a uno un hombre", hace alusión al sentimiento de los hombres con referencia al personal masculino de los servicios de salud que realizan la citología. Sin embargo, la confrontación de la pareja es una estrategia utilizada para reconocerse autónomas y dueñas de su cuerpo: *"como se va vestir uno al gusto del otro, que si uno está enfermo, ir donde el médico, que uno hace para que el marido se sienta bien, debe sentirse bien uno mismo"* (G5C).

Los celos de la pareja es otro de los problemas que deben enfrentar las mujeres cuando asumen el autocuidado: *"el marido mío es muy celoso, cierto, entonces él 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).

Las mujeres consideran que no tienen el conocimiento suficiente para cuidar su salud sexual. En parte por la falta de educación de los padres en temas de sexualidad y por el temor de abordar estos temas con los hijos. Los sistemas educativo y religioso también son otro factor; aunque tratan el tema, lo hacen con limitaciones y restricciones. Es así como las mujeres de mayor edad obtuvieron la información sobre sexualidad y autocuidados en los cursillos prematrimoniales bajo la responsabilidad de religiosos: *"eso lo enseñaron en el cursillo; que cómo 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).

En la investigación también se observó el interés de las mujeres para no cometer los mismos errores de sus padres con sus hijos; por consiguiente, consideran 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).

Uno de los mecanismos para transmitir los cuidados en materia de salud sexual son los consejos, en especial de mujeres mayores a jóvenes, aunque están cargados de prohibición: *"que se cuiden, hay que decirles 'cuidasen 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, nomás"* (G16LC).

En el cuidado del cuerpo las mujeres identifican y reconocen el nivel de gravedad de signos y síntomas gineco-obstétricos; se constituyen en parámetros que definen la necesidad y urgencia de la asistencia médica. Así, el flujo vaginal fétido o de colores es sospechoso de infección y las hemorragias, entre otros problemas de salud, ameritan atención inmediata: *"si es de salud, voy al ginecólogo, tengo mucho cuidado en lo que me aparece en el cuerpo"*.

En este sentido, la familia es interventora en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Algunas mujeres, en especial quienes 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 si 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 curanderas de las casas, que vea si tiene tal síntoma, démosle tal y tal cosa, como que siempre se auto medican ellas. No sé, pues ahí están como que encima viendo qué es lo que uno tiene preguntándole todo"* (G6C).

Al pensar que porque son pilares fundamentales de la familia, las mujeres se olvidan de ellas mismas; se auto culpan, principalmente cuando se enferman: *"Uno muchas veces le echa la culpa que a los médicos, y mentira quesque uno se pone tranquilo"* (G6C).

Cáncer de matriz: ya es tarde, nos invadió

En esta categoría se identificaron diferentes percepciones sobre el cáncer cervicouterino. 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, 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 [parásito intestinal] 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 cervicouterino 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 sé por qué es que dicen que a unas se les desarrolla y a otras no, nosotros tenemos el cáncer... pero no se nos ha desarrollado gracias a mi Dios"* (G16LC); *"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 designio 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).

Asimismo, las mujeres participantes consideran el cáncer como una enfermedad silenciosa –*dormida*– que se despierta por el estrés o por un problema emocional grave. En este sentido, lo explican cuando el diagnóstico se realiza de manera casual en la atención médica por un motivo de consulta diferente al cáncer. Describen el cáncer como una enfermedad *dolorosa* en estadios muy avanzados, y lo asocian con la muerte. *"¿Y no se lo habían descubierto? Como es silencioso"* (G18A); *"pero dicen que cuando uno tiene un cáncer en la matriz dizque duele, pues nos duele"* (G20LE).

Sobre todo las mujeres jóvenes relacionan el cáncer cervicouterino con el parto institucional, actualmente de alta cobertura en zonas urbanas y rurales, momento en el cual el

médico hace el diagnóstico presuntivo: *"se lo descubren, por ejemplo, en la tenida de un hijo, ¡cierto!"* (G7LE). Otras mujeres consideran que el cáncer se desarrolla simplemente porque presienten que está ahí: *"yo creo que uno se da cuenta, es hasta que uno le dé y ya, eso explica porque se le desarrolló el cáncer a uno, ahí sí se da cuenta uno"* (G14LC).

Por otra parte, el útero, órgano donde se gestan los hijos, lo asemejan a *una cabeza de un animal* o a *una bolsita*, en particular las mujeres de menor escolaridad. La representación de este órgano no fue clara; se presentó confusión de nombres, ubicación anatómica y relación con los demás órganos que se alojan en la pelvis. En su mayoría no notan diferencia entre el cuello del útero y el útero mismo: *"según los dibujos uno ve que es como una bolsita y lo que se ve como cabeza son 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, sí es más delicado, pero si 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 tiene quistes"* (G2C); situación normal y que genera sensación de bienestar. En cambio, si es por cáncer, se percibe como un problema de salud que deja secuelas de por 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 le dicen que cuando tienen cáncer en la matriz, se la sacan"* (G9LE).

Debe anotarse que las mujeres se sienten mutiladas cuando les extraen el útero, pero perciben esta pérdida menor a tener el cáncer. Sin embargo, para la mayoría carecer del útero afecta psicológicamente la capacidad de satisfacer y satisfacerse sexualmente.

¿Por qué tengo cáncer de matriz? Porque se despertó o Dios quiso

En el imaginario de las mujeres el cáncer de cuello uterino es consecuencia de varias causas, no necesariamente relacionadas. Sin embargo, el desenlace, tener cáncer o no, está mediado por el designio divino o por la herencia. Las causas más frecuentes hacen referencia a hábitos y estilos de vida tales como la alimentación, el tabaquismo, las deficiencias en la higiene genital, el dispositivo intrauterino, la multiparidad, la nuliparidad (falta de uso del útero) y no practicarse la citología: *"yo he escuchado decir que, por ejemplo, el uso de tampones, también por 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); *"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).

Entre las causas asociadas con la sexualidad, priman las relaciones sexuales insatisfactorias o por la fuerza, es decir, "relaciones mal hechas": *"en la relación, él puede ser brusco o de pronto por uno complacerlos a ellos, uno deje que de pronto cojan otras cosas para que ellos se sientan bien [...] Una relación sin una buena lubricación, eso como que lo raspa a uno, entonces ahí empieza; entonces, mire, una raspadurita, uno muchas veces no le pone atención a eso, ¿me hago entender? Entonces por ese ladito dan muchas cosas"* (G5C).

En la percepción de las infecciones de transmisión sexual como causa del cáncer cervicouterino, hubo controversias; algunas mujeres consideran que no existe 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. Las mujeres con mayor nivel educativo establecieron 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).

Buena parte de las mujeres de Colima relacionaron el cáncer cervicouterino con la infección del VPH. Lo anterior se explica por la difusión institucional y de los medios de comunicación que se ha hecho en México sobre el virus. En cambio, en su mayoría las mujeres de Antioquia no habían escuchado nombrar el VPH. Por otra parte, las enfermedades venéreas son sinónimo de infidelidad de la pareja sexual o de ellas mismas; sin embargo, las mujeres del estudio no se mostraron muy 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: aunque cueste pasar por la pena

La prevención del cáncer de cuello uterino recoge el acervo cultural de la medicina tradicional, las costumbres y los hábitos que explican el origen del cáncer y el discurso de la prevención institucional: la citología. Entre los remedios caseros para prevenir el cáncer, 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 tomé una taza de café en el día, yo llego a comer cualesquier cosa en la noche"* (G9LE).

La prevención institucionalizada, es decir, efectuarse la citología, es percibida de diferentes maneras. Unas mujeres se muestran a favor, lo que las lleva a superar el temor o el miedo al examen; otras, en cambio, están en contra, debido esencialmente a la falta de información sobre el tema, lo cual se refleja en actuar con base en las experiencias de otras mujeres, 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 de la mayoría de las mujeres del procedimiento para la toma de la muestra citológica que les resulta difícil comprender cómo se obtiene dicha muestra y qué se hace con ella en el laboratorio, lo cual puede generar desconfianza en el tipo de examen, temor a dejar secuelas y generar incomodidad: *"primero meten eso (refiriéndose al espéculo), luego toman la muestra con un palito y, finalmente, esa muestra es colocada en una rendijita"* (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).

La frecuencia de la citología es otro factor de falta de información en los programas de prevención del cáncer cervicouterino; sin embargo, la mayoría de las participantes sabían que se

debe realizar cada año, aunque no todas lo hacen con esa frecuencia, en parte por temor, pena o 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; si es un hombre, no me la hago"* (G16LC).

Otras mujeres perciben la citología como algo normal que se hace cada a 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).

En algún momento de la vida, las mujeres han escuchado sobre la citología y la relacionan con la prevención del cáncer cervicouterino; imaginan también que detecta infecciones y otras enfermedades de la matriz, como los miomas, prolapso de vejiga 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).

En lo que se refiere a la inclusión de la pareja en la prevención del cáncer cervicouterino, las mujeres tienen sentimientos encontrados. Piensan que la citología es un asunto de ellas y no necesariamente se debe compartir con la pareja sexual. Le temen al resultado por el rechazo que pudiera acarrear por parte de la pareja y la familia, en caso de ser cáncer o lesiones pre-malignas, o bien una infección cervicovaginal, lo cual pone en evidencia la infidelidad: *"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 como te salió'"* (G5C).

Los servicios de salud: "no siempre utilizan 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 proporcionan información sobre el tema, aunque en los hospitales de los tres municipios de Antioquia generalmente la entrega de los resultados citológicos 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 las mujeres lo han adquirido primordialmente a través de los medios de comunicación, de familiares y de otras mujeres.

El personal de salud es percibido poco interesado en explicar los resultados citológicos; sienten que la atención la centran en remitirlas al médico o simplemente en decir "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; aun 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*

que los médicos suponen que uno entiende lo que ellos están diciendo y uno se queda en las mismas... hay veces que 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 participantes tienden a creer más en el criterio de los hombres médicos que de las mujeres médicas, piensan que tienen mayor conocimiento, sobre todo en problemas gineco-obstétrico. 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, más bien una mujer"* (G7LE). También valoran el trato amable del personal de salud, lo cual las hace sentir más tranquilas: *"ellas le conversan a uno"* (G22A); *"me atendieron bien"* (G21A).

Otro hallazgo de interés en el estudio fue 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 gran diversidad de saberes y de percepciones en las mujeres de los tres municipios de Antioquia y el de Colima: sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, los factores asociados, la prevención y la utilización de los servicios de salud, 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 el estudio realizado por Camargo (2001) 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 sobre el cáncer cervicouterino, las causas y prevención, en parte se debe a la falta de información y de educación de los prestadores de servicios de salud (Azevedo, 2006) quienes, según las afectadas, sólo se interesan en brindar el tratamiento necesario para las enfermedades, pero no en realizar actividades educativas que son fundamentales en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Sankaranarayanan, 2001). Azevedo (2006) documenta una situación similar en mujeres del municipio de Fortaleza Brasil, así como Wiesner (2006) y Lagoueyte (2002) con mujeres colombianas. Estos investigadores identificaron 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.

En esta investigación las participantes relacionaron la citología con la prevención del cáncer cervicouterino y la detección de infecciones cervicovaginales; hallazgos compatibles con las investigaciones de Wiesner (2006), Lagoueyte (2002) y Aguilar y Leyva (2003). Las mujeres de este estudio también le otorgaron un valor agregado a la citología en la identificación de otros problemas ginecológicos. Por otra parte, se identificaron conocimientos y percepciones

confusos sobre las causas del cáncer cervicouterino en las mujeres antioqueñas, en particular la relación con el PVH, situación que las pone en riesgo al momento de asumir prácticas inadecuadas para el cuidado de la salud (Lagoueyte, 2002) y prevención de este cáncer. Investigaciones cualitativas realizadas en América Latina confirman la relación que hacen las mujeres entre las infecciones de transmisión sexual –en especial el PVH– y este tipo de cáncer.

Durante la investigación también se encontró que el acceso a la citología está condicionado por factores motivadores e inhibidores (Lagoueyte, 2002). En los primeros se identificaron la prevención del cáncer cervicouterino, la tranquilidad de tener buena salud y la capacidad de decidir sobre su cuerpo. En los segundos, prevaleció la sumisión a la voluntad del compañero sexual, partir de experiencias negativas de 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 (Wiesner, 2006; Aguilar, 2003; Chávez y Hubbell, 1995; Bingham, 2003; Hubbell, 1996).


La experiencia de las mujeres con la toma de la citología fue variada, desde aquellas que no sintieron nada y la perciben como algo “normal”, hasta las 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 (Bronfman, 1997).

La información y los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino brindados por los medios de comunicación y los programas de promoción y prevención de las instituciones prestadoras de salud, fueron asimilados e interpretados de modo diferente por las mujeres de este estudio. Por lo tanto, posteriores investigaciones cualitativas harán luz en metodologías y estrategias que mejoren los procesos de comunicación e interpretación del personal de salud y de las usuarias.

Finalmente, el hecho de que las mujeres acudan a realizarse la citología o a consulta médica por un signo o síntoma ginecológico, puede interpretarse como un logro de los servicios de salud y de la salud pública; no obstante, una vez que las mujeres consultan, cabe interrogarse: ¿qué información se proporciona? ¿Qué ideas se transmiten acerca del cáncer cervicouterino, de sus causas 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? Estas son algunas interrogantes abiertas para la reflexión, en las cuales valdría la pena considerar la palabra de los principales actores sociales involucrados: las mujeres.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de este estudio se evidenció que las percepciones e interpretaciones que las mujeres hacen sobre el autocuidado, el cáncer cervicouterino, las causas y su prevención, son construcciones culturales y sociales; atraviesan las generaciones, el núcleo familiar y la sociedad con una alta influencia de los medios de comunicación. Así, la equidad en el acceso a los programas de prevención y de detección oportuna del cáncer de cuello uterino 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.

Finalmente, las autoras desean agradecer a las mujeres participantes en la investigación y al personal de salud que colaboró en la convocatoria, así como al Comité de Investigación CODI la Universidad de Antioquia y a la Universidad de Colima por los recursos aportados para el financiamiento de la investigación. 

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J., Leyva, A., Angulo, D., Salinas, A., Lazcano, E. (2003). "Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología cervical en México", *Rev Saúde Pública*, 37(1): 100-6.
- Azevedo, G.S., Antero, S.M.M., Viera, S.N. (2006). "Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou", *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(4): 503-9.
- Bingham A., Bishop A., Coffey P., Winkler J., Bradley J., Dzuba I., et al (2003). "Factors Affecting Utilization of Cervical Cancer Prevention Services in Low-Resource Settings", *Salud Pública de México*, núm. 43, sup. 3: 408-16.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., et al (1997). "Del 'cuánto' al 'por qué': la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios", *Salud Pública de México*, núm. 39: 442-450.
- Camargo, R.M. (2001). *El cuidado de sí, como parte de un proyecto de vida femenino*. Medellín, pp. 52-58 y 113-114. Trabajo de grado (Maestría en Salud Pública), Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Canales, M., Peinado, A. (2004). "Grupos de discusión", en Delgado J.M. y Gutiérrez J. (coords.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, España, Síntesis, 669 pp.
- Cassirer, E. *Philosophie der symbolisme*. Citado por Ralon, G. (2002). "Una interpretación de la percepción Cassirer-Merleau-Ponty", *Tópicos, Revista de Filosofía*, 22: 35-53.

- Castellsagué, X., Díaz, M., Sanjosé, S., et al (2006). *Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention*, *Journal of the National Cancer Institute*, 98(5): 303-315.
- Chávez, L.R., Hubbell, A., Mc Mullin, J.M., Martínez, R.G., Mishra, S.I. (1995). "Structure and Meaning in Models of Breast and Cervical Cancer Risks Factors: a Comparison of Perceptions Among Latinas, Anglo Women, and Physicians", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 9(1): 40-74.
- Chávez, M.M.G. (2004). *De cuerpo entero... todo por hablar de música. Reflexión técnica y metodológica del Grupo de Discusión*, Universidad de Colima, México.
- Denyes, M.J. (1998). "Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación", *Adv Nurse Science*, 11(1): 13-21.
- Dirección General de Epidemiología (2001). *Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM)*, México, Secretaría de Salud.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Disponible en: http://www.dssa.gov.co/mortalidad/mort-tero_cervix.xls. Consultado el 2 de junio de 2007.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.M., Globocan (2002). *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC*, Cáncer Base núm. 5, version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
- Ferrater, J.M. (2004). *Diccionario de Filosofía*, Barcelona, Ariel Filosofía.
- Galindo, C.J. (1992). *Ideología y comunicación. El Estado, la hegemonía y la difusión masiva*, México, Premia.
- Geisinger, K. (2004). "Obstacles to Reducing Cervical Cancer in Vietnam", *American Journal Clinical Pathology*, 121: 313-314.
- Gómez, S.I., Rodríguez, G.L., Alarcón, L. (2005). "Método etnográfico y trabajo social: algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social", *Fermentum, revista venezolana de Sociología y Antropología*, 15(44): 353-366. Disponible en: http://saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero_44/articulo3.pdf. Consultado el 7 de Marzo de 2006.

- Hubbell, F.A., Chávez, L.R., Mishra, S.I., Valdez, R.B. (1996). "Beliefs About Sexual Behavior and Other Predictors of Papanicolau Smear Screening Among Latinas and Anglo Women", *Arch Intern Med*, 156: 2353-2358.
- Ibáñez, J. (2003) "El grupo de discusión", en: *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, 5ta edición, Madrid, Siglo XXI.
- Lagoueyte, G.M. (2002). "La citología vaginal mirada desde las mujeres", *Investigación y Educación en Enfermería*, 20(2): 58-69.
- Lucumi, D.I., Gómez, L.F. (2004). "Accesibilidad a los servicios de salud de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia", *Revista Española de Salud Pública*; 78: 367-377.
- Murillo, R.H. (2003). "La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje", *Revista Colombiana de Cancerología*; 7(2): 23-33.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). "Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH)", en: *Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino*. Washington, D.C., OPS.
- Restrepo, Z.A., Mejía, M.A., Valencia, A.M., Tamayo, A.L. (2007). "Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia, en 2006", *Revista Española de Salud Pública*; 81(6): 657-666.
- Sankaranarayanan, R., Budukh, M.A., Rajikumar, R. (2001). "Effective Screening Programs for Cervical Cancer in Low and Middle-income Developing Countries", *Bull WHO*, 79(10): 954-961.
- Wiesner, C.C., Vejarano, V.M., Caicedo, M.J., Tovar, M.S., Cendales, D.L. (2006). "La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones", *Revista Salud Pública*, Colombia, 8(3): 185-196.