

Tamayo A., Lucía Stella; Chávez M., Ma. Guadalupe; Henao F., Liliana María

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

Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, vol. XVI, núm. 32, 2010, pp. 41-61

Universidad de Colima

Colima, México

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31615577003>



*Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*

ISSN (Versión impresa): 1405-2210

[pcultura@cgic.uco.mx](mailto:pcultura@cgic.uco.mx)

Universidad de Colima

México

# Cáncer de cuello uterino:

*más allá de lo que es la percepción de las mujeres  
de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008*

Lucía Stella Tamayo A., Ma. Guadalupe Chávez M. y Liliana María Henao F.

## Resumen

**Introducción:** El cáncer de cuello uterino es un serio problema de salud pública en América Latina. Los aspectos socioculturales son relevantes para comprender las percepciones y las 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 del Grupo de Discusión (estrategia metodológica), se realizaron vientidós grupos en tres municipios de Antioquia (Colombia) y en 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 al cáncer de cuello uterino con infecciones cervicovaginales ni con el comportamiento sexual y/o 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.

**Palabras clave:** Cáncer de cuello uterino, Percepciones, Cultura, Autocuidado, Citología

## **Abstract – Cervical Cancer: Beyond What is the Perception of Women of Antioquia (Colombia) and Colima (Mexico), 2008**

**Introduction:** Cervical cancer is a serious public health problem in Latin America. The sociocultural aspects are relevant to understanding the perceptions and needs of women that determine access to health services. **Objectives:** To describe and interpret the perceptions of women about cervical cancer prevention and self care. **Methods:** Qualitative study, through the Discussion Group (methodological strategy), twenty-two groups were conducted in three municipalities of Antioquia (Colombia) and one municipality of Colima (Mexico), with 108 women. **Results:** The descriptions and interpretations are collective constructions, influenced by information from the health sector, communications media and family. Most women did not relate cervical cancer with cervico-vaginal infections nor sexual and reproductive behavior. The acceptance or otherwise of cytological smear tests is the product of experience and duty. **Conclusions:** Equity in access considers cultural differences and specific needs of women, breaking cultural barriers and opening up opportunities for participation in health services.

**Keywords:** Cervical Cancer, Perceptions, Culture, Selfcare, Cytology.

**Lucía Stella Tamayo A.** Colombiana. Doctora en Ciencias Médicas, Maestra en Epidemiología, Enfermera. Profesora-investigadora de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia, Colombia. Calle 67 Nro. 53-108. Bloque 5-408. Teléfono: 2196487. Fax: 219-4580. Universidad de Antioquia, Medellín; ltamayo@catios.udea.edu.co

**Ma. Guadalupe Chávez M.** Mexicana. Doctora en Ciencias Sociales, Maestra en Sociología, Comunicóloga. Profesora Investigadora del *Programa Cultura*, Centro Universitario de Investigaciones Sociales (CUIS), Universidad de Colima, México; lupita\_chavez@ucol.mx

**Liliana María Henao F.** Colombiana. Microbióloga y Bioanalista, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia; mlmhf039@gmail.com

**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.

El cáncer de cuello uterino, además de explicar su etiología en la asociación con el Papillomavirus humano (PVH),<sup>1-3</sup> 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 precoz y tratamiento;<sup>3-6</sup> es uno de los cánceres prevenibles, detectables y tratables. No obstante, es causa importante de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, pues ocasiona alrededor de 500 mil muertes al año en el mundo.<sup>1-3</sup> Tanto en Colombia como en México se ubica entre las primeras causas de mortalidad en mujeres junto con el cáncer de mama,<sup>7,8</sup> a pesar de existir programas de prevención y de detección que centran los 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, una historia de varias parejas sexuales, el uso prolongado de anticonceptivos orales, las infecciones cervicovaginales, las relaciones sexuales sin protección (no utilizar el condón), el consumo de tabaco e inmunodeficiencias.<sup>3-6</sup> Se trata de factores que en su mayoría se pueden intervenir desde los estilos de vida, en la medida en que la salud está en dependencia de los hábitos y las costumbres que se practican de manera cotidiana, así como del resultado de las acciones y de 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 las relaciones interpersonales, de la comunicación y de la 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 reestablecer la salud y de prevenir la enfermedad.<sup>9</sup>

Por otra parte, los programas orientados al control del cáncer de cuello uterino han sido pocos 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.<sup>4,7,10</sup> 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 conductas de prevención. Por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y en la ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se dejan fuera las necesidades y las percepciones de la comunidad.<sup>3,7,10</sup>

La percepción consiste en 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 de las expectativas que posee la persona<sup>11</sup> desde esta mirada, 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.<sup>12</sup>

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.<sup>13</sup> Las experiencias percibidas de 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 de organizar las sensaciones orientadas a satisfacer las necesidades.<sup>11</sup> Un ejemplo de esto es la percepción de la salud y de la enfermedad, ligada a aspectos que identifican la cultura como propios, entre los que se encuentran las creencias y las 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 con la enfermedad, señalando que ambas condiciones 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, las causas –factores de riesgo– y la prevención en municipios con altas y bajas tasas de mortalidad derivadas de esta forma de cáncer, en el departamento de Antioquia, Colombia y el estado de Colima, México, durante el período 2005-2006. En este sentido, la investigación aporta a la explicación del bajo impacto de los programas de promoción de la salud sexual y de la prevención del cáncer de cuello uterino, información de utilidad para formular estrategias más acordes a 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 de cuello uterino y cuidado de la salud sexual, se empleó el Grupo de Discusión, estrategia metodológica que, según Canales,<sup>14</sup> “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”. Asimismo,

para Ibáñez<sup>15</sup> 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, el estrato social, el sitio de vivienda, que los hace homogéneos, aunque con discursos heterogéneos. En el Grupo de Discusión participan, por lo general, entre 5 y 7 personas y se realiza en tres etapas: preproducción, producción y posproducción.<sup>15, 16</sup>

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),<sup>17</sup> de tradición campesina con arraigos religiosos marcados. La Estrella, con una tasa media de mortalidad (11.0 por cien mil mujeres),<sup>17</sup> es parte del Área Metropolitana del Departamento; y Anzá con altas tasas de mortalidad (45 por cien mil mujeres),<sup>17</sup> población mestiza rural de costumbres ribereñas. Finalmente, el municipio de Colima, del Estado con el mismo nombre, ubicado en la zona centro del Pacífico mexicano, el cual ocupó, en el año 2002, el tercer lugar en mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel nacional.<sup>8</sup>

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<sup>16</sup>, guiados por los detonantes (véase la Tabla I en las páginas siguientes), 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 de cuello uterino, las causas, la prevención y la 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; fueron solamente tópicos globales que llevaron las investigadoras y que abordaron a partir de los detonantes, única herramienta del moderador para intervenir en el discurso y así motivar al grupo a la conversación.<sup>16</sup>

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 (véase la Tabla II). La conformación de los Grupos se planeó por edad, divididos en: menores de 25 años, de 25 a 45 años y mayores de 45, con el fin de propiciar grupos generacionales en las mismas condiciones para sostener la conversación con más libertad. En algunos de ellos, sin embargo, las investigadoras fueron flexibles debido a las estrategias utilizadas en 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 de todas las edades invitadas por ellas mismas, hecho que justificaron por

**Tabla I – Detonantes utilizados en los**

	<b>Autocuidado</b>	<b>Cáncer</b>	<b>Factores de Riesgo</b>
<b>V A M O S  A  H A B L A R  D E ...</b>	...lo que es para nosotras el autocuidado	...lo que pensamos que es el cáncer de la matriz	...las causas del cáncer de matriz
	...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
	...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
	...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
	...los cuidados que hacemos para evitar el cáncer de matriz		

compartir vecindario, amistad o lazos familiares. Esta situación generó inquietud en las investigadoras, porque podía cohibir la conversación; no obstante, sucedió todo lo contrario: permitió 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 específico: la moderadora 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.

**Grupos de Discusión, Antioquia y Colima, 2008**

<b>Citología</b>	<b>Servicios de Salud</b>	
...las molestias que sentimos durante la toma de la citología	...cómo nos sentimos con la atención en el hospital	<b>V A M O S  A  H A B L A R  D E ...</b>
...de los motivos por los cuales no nos hacemos la citología	...de las facilidades que tenemos para hacernos la citología	
...las instituciones de salud donde nos gusta hacernos la citología	...las actividades educativas que nos ofrece el hospital	
...lo que creemos que nos hacen al interior del cuerpo cuando nos toman la citología	...cómo nos sentimos durante la toma de la citología	
...la participación de nuestras parejas para hacernos la citología	...sobre los resultados de la citología: sentimientos mientras esperamos el resultado, comprensión de los resultados	

Hubo dos observadores, quienes presenciaron actitudes, participación y silencios de las integrantes, información indispensable durante el proceso de análisis de la información<sup>16</sup>. La conversación fue grabada en audio para su posterior transcripción. Los grupos se codificaron con la inicial del nombre del municipio y el número del grupo secuencial por fecha.

La fase de *postproducción* comprendió la interpretación y el análisis de los discursos del grupo, sobre los cuales, según Ibáñez, no existe ningún plan previo porque en ellos se abaten sobre la situación de producción del discurso.<sup>15</sup> Se consideró 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.<sup>18</sup>



**Tabla II**  
**Composición de los Grupos de Discusión**  
**de Antioquia y Colima, 2008**

Municipio	Grupos	Fechas	Edades	Número de participantes
<b>Colima México (6 Grupos)</b>	G1C	20/11/2005	Mayores de 50 años	5
	G2C	20/11/2005	Casadas menores de 25 años	4
	G3C	23/11/2005	Solteras menores de 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
<b>La Estrella Colombia (5 grupos)</b>	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

Se efectuó la transcripción literal de las cintas de audio y de las fichas de observación que aportaron al análisis no sólo lo expresado verbalmente, sino todos aquellos gestos y lenguajes no articulados capturados 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. Se consiguió, de esta manera, un ejercicio de implicación entre objetos y predicados, el cual se representó posteriormente mediante un esquema lógico multiarticulado que representa una síntesis de lo expresado por el grupo.<sup>15, 16</sup> Este trabajo se apoyó en el programa Atlas ti.

## Resultados

En las descripciones e interpretaciones que hacen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo, la prestación de servicios de salud y el autocuidado en los tres municipios de Antioquia y el 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 diferencias. Los textos significativos se identifican mediante el número del grupo y la inicial del municipio (véase la Tabla II).

## Autocuidado

### *La salud es de uno*

En este estudio, las percepciones de las mujeres sobre el *autocuidado* son diversas, y refleja las diferentes formas de pensar y actuar, con un denominador común, 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 (se refiere al cáncer), es tarde, cuando uno se hace eso (se refiere a la citología), ya no hay nada que hacer, como le ha pasado a muchas (E4C).*

La mayoría de las mujeres de este estudio consideran que las medidas preventivas en las relaciones sexuales son para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. El ideal de ellas consiste en 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, las cuales se contraponen a 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; 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).*

Tener una pareja estable es sinónimo de confianza en las relaciones sexuales, por lo cual piensa que no necesitan protegerse, utilizar el condón; de tal manera que 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).*

Este argumento fue compartido por gran parte de las mujeres en ambos países, independientemente del nivel socio económico, del nivel educativo y del estado civil.

El esposo o la pareja sexual influyen de manera directa e intensa 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).*

El testimonio anterior 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: *...cómo se va vestir uno al gusto del otro, que si uno está enfermo, ir donde el médico, que uno hacer qué 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, 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 organizada. Yo le digo, sí, soy suya pero cuando yo quiera, usted no me puede coger a la fuerza, qué 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 debido al temor de abordar éstos con los hijos; y en segunda, al sistema educativo y religioso que, aunque abordan el tema, lo hacen con limitaciones y restricciones. Es así como las mujeres de mayor edad obtuvieron la información sobre la 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 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).*

Los consejos, en especial de las mujeres mayores a 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, nomás (G16LC).*

En el cuidado del cuerpo, las mujeres identifican y reconocen el nivel de gravedad de signos y síntomas gineco-obstétricos y, con base en esto, definen la necesidad de asistencia médica: por ejemplo, flujos fétidos o de colores sospechosos de infección, hemorragias, entre otros: *... 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 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; inclusive, 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 curanderas de las casas, que hay que vea tiene tal síntoma, démosle tal y tal cosa, como que siempre se automedican ellas; no sé pues ahí están como que encima viendo qué es lo que uno tiene, preguntándole todo.*

Piensan que por ser pilares fundamentales en la familia, 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, 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 al 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 tenía que tiene una figura, (G22A) ... es una célula muerte 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 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) 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 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).*

En las manifestaciones clínicas del cáncer, lo describieron como una enfermedad silenciosa –*dormida*–, que se despierta debido al estrés o por un problema emocional grave; acá 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?, cómo es..., cómo 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 está ahí: *Yo creo que uno se da cuenta, es hasta que uno le dé y ya eso explica por qué 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 rodean al útero 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, sí 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, en cambio, 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 le 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 causas, no necesariamente relacionadas; sin embargo, el desenlace de cáncer o no, está mediado por el designio divino o por la herencia. Las causas más frecuentes hacen referencia a hábitos y a estilos de vida tales como la alimentación, el tabaquismo, las deficiencias en la higiene genital; el dispositivo intrauterino, la multiparidad como la 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 por 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 aquéllas con mayor escolaridad, hicieron una relación no muy precisa con las infecciones de transmisión sexual. *Sí, porque al fin y al cabo ésas son unas infecciones y generalmente muchas infecciones se vuelven cáncer (G9LE).*

La infección por el papillomavirus humano se relacionó más con el cáncer por las mujeres de Colima que por las de Antioquia; éstas últimas, en su mayoría, no habían escuchado nombrar este virus, lo que se explica por la difusión institucional y la de los medios de comunicación que se ha hecho en México. Las enfermedades venéreas 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 tomé una taza de café en el día, yo llego 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 información 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 que, que eso tan fastidioso*". (G17LC). Es tal el desconocimiento del procedimiento en la toma de la citología 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 una rendijita (G20A). A mí me decían, díque 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 es 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 realizase 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, sin embargo, 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 su 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, el prolapso y el 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 mas 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 se utiliza lenguaje claro*

Las mujeres del estudio, en general, 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 poco interesado en explicar los resultados citológicos; sienten que centran la atención en remitirlas al médico o simplemente en decir: *salió bien*:

*Eso a mí me ha pasado, que me ha dicho de pronto la enfermera, salistes (sic) 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 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, alguna mujeres tienden a creer más en el criterio médico cuando se es hombre que mujer, sobre todo, en los problemas gineco-obstétrico, piensan que ellos 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, sí 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 de las mujeres de los tres municipios de Antioquia y el de Colima, sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, factores asociados y de 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,<sup>19</sup> en mujeres de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, sobre el cuidado de sí, como parte de un proyecto de vida femenino.

El escaso conocimiento en materia del cáncer de cuello uterino, causas y prevención de las mujeres es debido, en parte, a la falta de información y a la educación que hacen los prestadores de servicios de salud,<sup>20</sup> 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 de la prevención de la enfermedad.<sup>3</sup> Situación similar documenta Azevedo<sup>20</sup> en mujeres del municipio de Fortaleza Brasil, así como Wiesner<sup>21</sup> y Lagoueyte<sup>22</sup> en mujeres colombianas, quienes identifican esta falta de comunicación como un obstáculo para que las mujeres valoren la importancia de realizarse y de reclamar los resultados de la citología.

En esta investigación las mujeres relacionaron la citología con la prevención del cáncer de cuello uterino y con el diagnóstico de infecciones cervicovaginales; en algunos casos, se encuentran hallazgos similares en la literatura.<sup>21-23</sup> Además, le dieron un valor agregado a la citología en la identificación de otros problemas ginecológicos. Sin embargo, se identificaron conocimientos y percepciones confusos sobre las causas del cáncer de cuello uterino en las mujeres antioqueñas, en particular, la relación con el PVH, lo que las pone en riesgo en el momento de asumir prácticas inadecuadas para el cuidado de la salud<sup>22</sup> y de la prevención de este tipo de cáncer. Algunas investigaciones cualitativas realizadas en mujeres latinas confirman la relación que hacen las mujeres entre las infecciones de transmisión sexual —el PVH, en especial— y esta clase de cáncer.<sup>21-26</sup>

También se encontró que el acceso a la citología está condicionado por factores motivadores e inhibidores;<sup>22</sup> en los primeros se identificaron la prevención del cáncer de cuello uterino, la tranquilidad de tener buena salud y la capacidad de decidir sobre su cuerpo; en los segundos, la sumisión a la voluntad del compañero sexual, el 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 éste y otros estudios.<sup>21-26</sup>

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. Mostraron, además, preferencia por el personal femenino al momento de realizarse la citología, situación que refleja las barreras de accesibilidad cultural.<sup>27</sup>

La información y los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino impartido por los medios de comunicación, así como por los programas de promoción y prevención de las instituciones prestadoras de salud, fueron asimilados e interpretados de modo diferente<sup>18</sup> por las mujeres de este estu-

dio, por lo cual, los estudios cualitativos pueden dar luces en metodologías y en estrategias que mejoren los procesos de comunicación e interpretación tanto del personal de salud como de las usuarias.

Finalmente, el hecho de que las mujeres acudan a realizarse la citología o 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, factores de riesgo, 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? Éstas son algunas de las interrogantes abiertas para la reflexión, en la cual valdría la pena considerar la palabra de los actores sociales involucrados de manera esencial: las mujeres.

## Conclusiones

Durante el transcurso de este estudio se evidenció que las percepciones e interpretaciones que las mujeres hacen sobre el autocuidado, el cáncer cervicouterino, sus causas y su prevención, son construcciones culturales y sociales, mismas que atraviesan las generaciones, el núcleo familiar y la sociedad con influencia elevada de los medios de comunicación. De esta forma, 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.

## Bibliografía

1. Castellsagué, X., Díaz, M., Sanjosé, S., *et al.* (2006). “Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention”, en: *Journal of the National Cancer Institute*; 98(5):303-315.
2. Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D. M. (2004). “GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC”, en: *Cancer Base* No. 5, version 2.0 IARC Press, Lyon;
3. *Programa para una Tecnología Apropiable en Salud (PATH)*. (2002). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. Washington, D.C.: OPS.
4. Murillo, R. H. (2003). “La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje”, en: *Revista Colombiana de Cancerología*; 7(2):23-33.
5. Sankaranarayanan, R., Budukh, M. A., Rajkumar, R. (2001). *Effective Screening Programs for Cervical Cancer in Low and Middle-Income Developing Countries*. Bull WHO; 79(10):954-961.
6. Geisinger, K (2004). “Obstacles to Reducing Cervical Cancer in Vietnam”, en: *American Journal of Clinical Pathology*; 121:313-314.
7. 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.
8. *Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM)* (2001). México, DF: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.
9. Denyes, M. J. (1998) “Modelo de Orem utilizado para la promoción de la salud: direcciones de investigación”, en: *Advances in Nurse Science*; 11(1):13-21.
10. 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”, en: *Revista Española de Salud Pública*; 78: 367-377.
11. Casirer, E. *Philosophie der symbolisme* (2002). Citado por: Ralón, G. “Una interpretación de la percepción Cassirer-Merleau-Ponty”, en: *Tópicos, revista de filosofía* 22:35-53.
12. Gómez, S. I., Rodríguez, G. L., Alarcón, L. (2005). “Método Etnográfico y Trabajo Social: algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social”, en: *Fermentum revista venezolana de Sociología y Antropología* 15(44):353-366. [http://saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero\\_44/articulo3.pdf](http://saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero_44/articulo3.pdf). [Consulta: 7 de marzo de 2006].
13. Ferrater, J. M. *Diccionario de Filosofía* (2004). Barcelona: Ariel Filosofía; p. 2743.
14. Canales, M., Peinado, A. (2002). “Grupos de discusión”, en: Delgado, J. M., Gutiérrez, J. (coordinadores). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, España, Síntesis. 669 p.
15. Ibáñez, Jesús (2003). “El grupo de discusión”, en: *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, Madrid: Siglo XXI de España Editores, 428 p.

16. 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. 314 p.
17. Dirección Seccional de Salud de Antioquia.  
<http://www.dssa.gov.co/motarlidad/mort-tero cervix.xls>  
[Consulta: el 2 de junio de 2007].
18. Galindo, J. (1992). *Ideología y Comunicación. El Estado, la Hegemonía y la Difusión Masiva*, México; Premia.
19. Camargo, R. M. (2001). *El cuidado de sí, como parte de un proyecto de vida femenino*. Medellín. 52-58, 113-114 p. Tesis de grado (Maestría en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
20. 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", en: *Revista Latino-am Enfermagem*; 14(4):503-9.
21. 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", en: *Salud Pública*; 8(3):185-196.
22. Lagoueyte, G. M. (2002). "La citología vaginal mirada desde las mujeres", en: *Investigación y Educación en Enfermería*, 20(2):58-69.
23. 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", en: *Saúde Pública* 37(1):100-6.
24. Chávez, L. R., Hubbell, A., McMullin, 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", en: *Medical Anthropology Quarterly*; New Series 9(1):40-74.
25. 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", en: *Salud Pública de México* 43 Supp3: 408-16.
26. 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", en: *Archives of Internal Medicine*; 156:2353-2358.
27. 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", en: *Salud Pública de México*; 39:442-450.

**Recibido: 24 de septiembre de 2009 Aprobado: 15 de enero de 2010**