

Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia

Factors associated with cervical cancer screening in women from middle and low socioeconomic status in Bogotá, Colombia

Isabel C. Garcés P¹; Diana C. Rubio L²; Isabel C. Scarinci³.

¹ Doctora y Magíster en Salud Pública, profesora Asistente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: isabelgarcesp@gmail.com

² Estudiante doctorado en Salud Pública, magíster en Psicología, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dcrubiol@unal.edu.co

³ Doctorado en Psicología Clínica, Magíster en Salud Pública, profesora División de Medicina Preventiva, Universidad de Alabama en Birmingham, Alabama, Estados Unidos. Correo electrónico: iscarinci@mail.dopm.uab.edu

Recibido: 11 de Octubre de 2011. Aprobado: 15 de marzo de 2012.

Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 7-16

Resumen

Objetivo: en Colombia el cáncer de cuello uterino (CaCu) es el segundo más común en las mujeres con una incidencia estandarizada de 21,5/100.000. En este estudio se examinaron el conocimiento y los factores percibidos asociados con el tamizaje de CaCu en mujeres de nivel socioeconómico bajo/medio en Bogotá, Colombia. **Metodología:** 10 grupos focales segmentados por grupos de edad (18-33, 34-49 y 50-66). Dos investigadores realizaron análisis de contenido, identificando categorías emergentes. **Resultados:** participaron 81 mujeres entre 18 y 66 años. Aunque se encontraron diferencias por grupos de edad, el inicio temprano de la actividad sexual, promiscuidad, infecciones vaginales, VPH, genética, abortos y falta de higiene, fueron identificados como los principales factores de riesgo para CaCu. Ellas reconocieron que esta

enfermedad no siempre tiene síntomas, y que las citologías la detectan tempranamente. Sin embargo, mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, pena, mala atención, procrastinación y miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. Las mujeres recomendaron campañas educativas y mejorar el servicio como estrategias para motivarlas. **Conclusión:** las participantes reportaron conocimientos básicos acerca del CaCu y el tamizaje. Las acciones para facilitar el tamizaje deben ser multifacéticas y acordes con las barreras y facilitadores reportados en cada grupo etario.

-----**Palabras clave:** cáncer cuello uterino, tamizaje, barreras, facilitadores, experiencias sistema salud, prevención.

Abstract

Objective: in Colombia, cervical cancer (cc) is the second most common type of cancer among women. It has an age-standardized incidence of 21.5/100,000. The purpose of this study was to examine the knowledge and perceived factors associated with CC screening among women from low medium income status in Bogotá, Colombia. **Methodology:** the study was conducted with 10 focus groups segmented by age groups (18-33, 34-49, and 50-66). Two researchers conducted content analysis and identified the emerging categories. **Results:** the sample consisted of 81 women whose ages ranged from 18 to 66. Early onset of sexual activity, promiscuity, vaginal infections, HPV, genetics, abortions, and lack of hygiene

were identified as the most important risk factors for cc. Participants recognized that this disease does not always have symptoms, and that pap smears detect it early. However, they mentioned fear of undergoing a pap test, discomfort or pain, embarrassment, poor services, procrastination, and fear of a cancer diagnosis as the main barriers preventing regular screening. Women recommended educational campaigns and improved customer service as strategies to motivate them. **Conclusion:** participants reported basic knowledge about CC and screening. Actions to facilitate screening must be multifaceted and based on the barriers and facilitators mentioned by each age group.

-----**Keywords:** cervical cancer, screening, barriers, facilitators, health care experiences, prevention.

Introducción

En el año 2008, 275.000 mujeres en el mundo murieron a causa del cáncer de cuello uterino (CaCu). Desafortunadamente, el 88% de estas muertes ocurrieron en países en vía de desarrollo [1]. En Colombia, el CaCu es el segundo más común después del cáncer de seno (31,2 y 21,5 casos nuevos por 100.000 mujeres respectivamente); sin embargo, la mortalidad en ambos es la misma (10/100.000 mujeres) [1]. Las diferencias en incidencia y mortalidad asociadas al CaCu son abrumadoras cuando se comparan con las de países desarrollados. Por ejemplo, en el año 2008 la incidencia en los Estados Unidos fue de 5,7 y la mortalidad de 1,7 por 100.000, es decir casi 4 veces la incidencia y casi 6 veces la mortalidad, comparado con las cifras colombianas correspondientes al mismo periodo [1].

La prueba de tamizaje más usada para la detección temprana del CaCu es la citología cervicouterina [2]. Está bien establecido que el tamizaje para el CaCu, junto con un adecuado tratamiento, pueden generar reducciones importantes en las tasas de mortalidad [3, 4]. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de la citología desde comienzos de los años setenta en Colombia [5, 6], el CaCu sigue siendo una importante causa de mortalidad en nuestro país. La falta de impacto de los programas orientados al control de este tipo de cáncer y su escaso efecto sobre la mortalidad, se han atribuido a deficiencias en su organización, centrada principalmente en la cobertura y a su insuficiente capacidad para cubrir a la población en riesgo [6]. Se afirma que la efectividad de la citología como prueba de tamizaje se relaciona más con la calidad de la prueba misma y con la regularidad de los programas de detección precoz que con la cobertura [7], al tiempo que se ha reportado que el seguimiento a mujeres con resultados anormales se asocia moderadamente con la mortalidad [8].

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, el 99,3% de las mujeres de 18 a 69 años conocía la citología y 90,1% se la habían hecho alguna vez. Sin embargo, aunque el 12,2% de las mujeres que participaron en la encuesta se la han hecho más de una vez al año, solamente el 60,8% reportó que seguían la recomendación de hacerse la citología anualmente [9]. En este mismo sentido, se ha mencionado que hay una concentración en la toma de la citología, en la cual un número limitado de mujeres se toman el examen periódicamente, mientras otras no se lo realizan o no mantienen el esquema sugerido [10], lo que cobra importancia si se tiene en cuenta que la supervivencia se ve afectada por el estadio clínico al momento del diagnóstico [11].

Son múltiples los factores asociados a la falta de tamizaje en Colombia, por un lado la ENDS menciona que las mujeres que nunca se han hecho una citología habitan especialmente en zonas rurales y en las zonas con menor índice de riqueza [12]. Entre algunos de los factores propios del sistema de salud que dificultan la toma de la citología se encuentran: la falta de seguro de salud, largas filas, trámites para obtener los servicios, larga espera por los resultados y el hecho de que los proveedores de salud no dan explicaciones de los procedimientos [13, 14]. También se mencionan barreras asociadas a la edad, el estado civil, el nivel educativo, poner las necesidades de la familia primero, pena, miedo al dolor, fatalismo y falta de redes sociales. De acuerdo con la ENDS, el 43,4% de las mujeres que no se han hecho la citología adujeron miedo o temor como la principal razón, seguida por pereza o descuido (25,8%) [9].

A pesar de los esfuerzos en Colombia para aumentar la cobertura de la citología, un porcentaje importante de la población femenina continúa sin acceder a ella o no lo hace con la periodicidad requerida. Si bien algunas de las barreras son estructurales, también existen barreras relacionadas con variables socioculturales que se ponen

en juego en el momento en que una mujer se realiza la citología. El propósito de este estudio es describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del tamizaje y algunos de los factores asociados con el tamizaje de CaCu en un grupo de mujeres de los niveles socioeconómicos medio y bajo de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cualitativo a través de grupos focales.

Participantes

Se utilizó un muestreo teórico por conveniencia. Los grupos fueron realizados según rangos de edad con el fin de explorar diferencias inherentes al ciclo de vida: a) cuatro grupos focales con mujeres de 18 a 33 años (27 participantes), b) tres grupos con mujeres de 34 a 49 años (22 participantes), y c) tres grupos con mujeres de 50 a 66 años (32 participantes). Durante el año 2007, las mujeres fueron invitadas a través de jardines infantiles, organizaciones comunitarias y madres comunitarias FAMI (programa Familia, Mujer e Infancia). Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 y 66 años de edad, vivir en la ciudad de Bogotá, y pertenecer a los niveles socioeconómicos medio y bajo. El número de grupos fue determinado por saturación de la información por grupos de segmentación (cuando la información que proveen los participantes se torna repetitiva y no emerge información nueva).

Recolección de los datos y mediciones

Para estimular el diálogo con las mujeres, se utilizó una guía de preguntas (tabla 1). Al comienzo de cada grupo focal se explicó el consentimiento informado y se obtuvieron las firmas de las participantes. Adicionalmente, las participantes completaron un cuestionario demográfico. Las sesiones de los grupos duraron cerca de 90 minutos, se realizaron grabaciones de audio y posteriormente estas se transcribieron. El estudio fue aprobado por los comités de ética de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, Colombia y de la Universidad de Alabama en Birmingham, Estados Unidos.

Análisis

Se realizó a través de análisis de contenido [16, 17]. Las transcripciones fueron analizadas en dos partes. Inicialmente, las dos primeras autoras de forma independiente revisaron y codificaron las transcripciones de todos los grupos focales con el propósito de identificar categorías emergentes de acuerdo con las preguntas de la guía temática. Posteriormente, las investigadoras dis-

cutieron las categorías identificadas, realizaron un consenso sobre las mismas y finalmente decidieron acerca de los fragmentos que mejor las representaban.

Tabla 1. Guía de preguntas de los grupos focales

1. ¿Qué deben hacer las mujeres para estar saludables?
2. ¿Qué dice el médico que deben hacer para estar saludables?
3. ¿Tienen confianza en los médicos?
4. ¿Las mujeres tienen control sobre su salud o es solamente suerte, una bendición o ambos?
5. ¿Habían escuchado del cáncer de cuello uterino?
6. ¿Qué puede causar el cáncer de cuello uterino?
7. ¿A mujeres saludables les puede dar cáncer de cuello uterino?
8. ¿Quién es más susceptible a tener cáncer de cuello uterino?
9. ¿Qué factores pueden aumentar la susceptibilidad?
10. ¿Todas las mujeres tienen síntomas? ¿Cuáles?
11. ¿Cuáles son los chances de una mujer con cáncer de cuello uterino de vivir?
12. ¿Creen que hay tratamiento para el cáncer de cuello uterino? ¿Cuáles?
13. ¿El cáncer de cuello uterino se puede prevenir? ¿Cómo?
14. ¿Para qué sirve la citología?
15. ¿Todas las mujeres deberían hacerse citología? ¿Cada cuánto? ¿Desde cuándo?
16. ¿Cuáles son las barreras para hacerse una citología?
17. ¿Les gustaría saber si tuvieran resultado que no es normal?
18. ¿Qué cosas motivarían a las mujeres a hacerse la citología?
19. ¿Habían escuchado de la vacuna del virus del papiloma humano?

Resultados

Información sociodemográfica

Se conformaron 10 grupos focales que contaron con la participación de 81 mujeres con edades entre 18 y 66 años ($\bar{x}=41,5$, $DS=13,07$). En promedio, las participantes reportaron 9,3 años de educación ($DS=4$); el 88,9% tenía aseguramiento en salud; el 60% estaban casadas o vivían con alguien; en promedio, tenían 3 hijos ($DS=1,53$) y el 50,6% de las participantes estaban empleadas. Las participantes reportaron, en promedio, ingresos mensuales de \$564.343 (pesos colombianos) ($DS=\$458.197$, rango \$0-\$2'500.000). También se estableció que el 99% de

las participantes había escuchado de la citología, el 59% de ellas habían escuchado sobre el VPH y el 90% se habían tomado la citología alguna vez.

Conductas para estar saludables

Los principales hábitos para el cuidado de la salud mencionados por las mujeres de los tres rangos de edad fueron: la alimentación, los chequeos médicos, hacer ejercicio, cuidar la salud mental y la higiene. Además de estas conductas, las mujeres de 50 a 66 años mencionaron la importancia de tener una buena salud mental, mientras que las mujeres de 34 a 49 años reportaron conductas relacionadas con el bienestar y la vida sana como el descanso, conocer el propio cuerpo, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, usar el condón y tener una pareja estable. Al preguntar cuáles son las recomendaciones que los médicos hacen para estar saludables, las participantes de los tres grupos de edad mencionaron tener una buena alimentación, la práctica de ejercicio, la realización de controles y chequeos médicos. Esta última recomendación no fue mencionada por las mujeres más jóvenes, ellas adicionalmente reportaron que los médicos les han recomendado cuidar su salud mental y dormir bien. En el rango de 34 a 49 años dos mujeres mencionaron que los médicos les recomendaron evitar el consumo de alcohol y cigarrillo y limitar el número de compañeros sexuales.

Confianza en los médicos

La mayoría de las participantes reportaron que “a veces” confiaban, seguidas por “no confiaban” y unas cuantas mencionaron que sí tenían confianza en los médicos. En casi todos los grupos se mencionó que la confianza en los médicos depende de varios factores, por ejemplo, las mujeres reportaron mayor confianza en los médicos que les prestaron atención en consulta privada lo que contrasta con la desconfianza en la atención provista por los profesionales de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS). Una mujer afirmó: “Los médicos buenos son los que uno paga particular” (grupo 34-49 años). Algunas mujeres reportaron que confiaban más en los médicos mayores que en los jóvenes: “No, pero vea que hay mucho practicante, que practica con uno”, “Yo no confío en los médicos, no en los jovencitos, no” (grupo 50-66 años).

Experiencias con el sistema de salud

Alrededor de la mitad de las participantes reportaron experiencias negativas en la atención recibida en el sistema de salud, mientras que unas cuantas mencionaron experiencias positivas. Las experiencias negativas que mencionaron las participantes se relacionaron con:

- La inadecuada o mala atención recibida durante el parto: “yo sí tuve una mala experiencia, eh, porque yo perdí un bebé por culpa de que a mí no me atendieron rápido, o sea yo llegué... que ya no resistía más y a mí me dejaron perder el bebé” (grupo 34-49).
- La atención recibida por practicantes de medicina: “cuando yo del peligro que tenía a los seis meses, pues fue allá en el xxxx donde me atendieron, pues allá hay muchos estudiantes y para hacerme una bendita muestra de orina por sonda, no hombre eso fue un alrededor de 11 estudiantes ahí mirándome y pues apenas a mí me daba pena” (grupo 18-33).
- La atención recibida como parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) que se evaluó como negativa al ser comparada con la atención en consulta privada: “es que todos los hospitales que son del SISBEN [Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales], que nosotros tenemos como pobres, usted va y no hay cita y los resultados de los exámenes entre 20 días” (grupo 18-33).
- Experiencias negativas en la atención médica de sus hijos, y con situaciones en las que sus síntomas fueron minimizados por el personal de salud:

“Yo sí me encuentro preocupada y al mismo tiempo disgustada con los médicos porque yo llevo el problema de hace como unos cuatro años que mantengo con un flujo y flujo y flujo, y es amarillo y no me huele a feo; pero entonces le toca a uno estarse cambiando de ropa interior cada nada; le prohíben a uno las toallas, me hacen citologías cada nada. No, usted está inflamada, usted está inflamada, y de ahí no salen, me dan óvulos, cremas y sigo inflamada, ahora me hice la citología y debo llevarle el resultado al médico, si vuelve y me dice lo mismo del flujo, me voy para cancerología, porque es que realmente ya más de cuatro años y me dicen lo mismo los médicos” (grupo 34-49).

Control sobre la propia salud

Al indagar si las participantes tenían control sobre su salud, se encontró que la mayoría de ellas consideraban que sí lo hacían y mencionaron el rol positivo que tienen los exámenes médicos y la práctica de hábitos saludables para controlar su salud. De otro lado, aquellas participantes que no percibieron control sobre su salud, se refirieron a Dios como el encargado de decidir sobre su estado de salud o enfermedad. Al respecto, una participante afirmó: “sí, es como voluntad de Dios, porque por más que uno sea vanidoso y de todo, la salud es una cosa que solo la manda Dios” (grupo 18-33).

Cáncer de cuello uterino

En todos los grupos focales la gran mayoría de las participantes mencionó que sí habían oído del CaCu;

unas pocas expresaron que no habían escuchado antes de la enfermedad.

Causas del cáncer de cuello uterino

Las participantes reportaron un total de 13 posibles etiologías del CaCu. Se observaron variaciones importantes al comparar los tres rangos de edad. Las mujeres de 18 a 33 años refirieron como posibles causas, en orden de importancia: 1) la herencia, 2) tener varias parejas sexuales e iniciar relaciones a temprana edad, 3) el VPH, y 4) la falta de higiene. Por su parte, las mujeres de 34 a 49 años mencionaron: 1) las infecciones o bacterias, 2) los abortos, 3) el VPH y 4) tener varias parejas sexuales o iniciar relaciones a temprana edad. Y las mujeres entre 50 y 66 años reportaron: 1) tener varias parejas sexuales o iniciar relaciones a temprana edad, 2) abortos, 3) uso del dispositivo intrauterino (DIU), el contagio con una infección de transmisión sexual (ITS), 4) el VPH, las infecciones o bacterias, la alimentación, factores psicológicos y salud mental.

Se destaca que la infección con el VPH, así como la conducta sexual aparecen en los primeros cuatro lugares en todos los rangos de edad. En la categoría de otros, se mencionó la cantidad de hijos, el no haberse cuidado en el postparto, descuido, la virginidad, la calidad de la ropa interior, relaciones anales, el uso de tampones y que todas las mujeres tienen la enfermedad pero solo algunas la desarrollan.

Riesgo de las mujeres saludables de desarrollar cáncer de cuello uterino

Se destaca que, en casi todos los grupos, un gran número de participantes reportaron que las mujeres sanas están en riesgo de desarrollar la enfermedad. Sobre este tema una mujer reportó: “bueno, yo me imagino el cáncer como un... volcán dormido, pero uno lo debe tener en el cuerpo y cuando en el momento que se le despierta, si no se dio cuenta cayó en una vaina tenaz” (grupo 18–33).

Síntomas del cáncer de cuello uterino

La mayoría de las participantes que contestaron a la pregunta reportaron que esta enfermedad no tiene síntomas, las demás hicieron mención a que la presencia de síntomas de la enfermedad depende del estadio de la misma. Dentro de los síntomas más reportados por las participantes en todos los rangos de edad se mencionó el dolor. Dada la variabilidad en los síntomas reportados por las mujeres según los rangos de edad, a continuación se presenta lo observado en cada grupo.

Las mujeres de 18 a 33 años reportaron: 1) dolor y flujo vaginal, 2) irregularidades menstruales y mareos. Unas pocas mujeres no conocían los síntomas, o repor-

taron pérdida del cabello, ardor al orinar y pérdida de peso. Por su parte, las mujeres de 34 a 49 años refirieron: 1) dolor, 2) inflamación y 3) flujo vaginal. Unas cuantas reportaron mal olor, ardor al orinar o irregularidades menstruales. Las mujeres de 50 a 66 años reportaron: 1) irregularidades menstruales y 2) dolor. Unas pocas mencionaron inflamación y fiebre.

Susceptibilidad al cáncer de cuello uterino

En la mayoría de los grupos mencionaron que hay mujeres más susceptibles a la enfermedad que otras. En general, los tres primeros factores que aumentan la susceptibilidad fueron: la genética/herencia, muchas parejas sexuales y las defensas bajas. Sin embargo, se observó una variación importante entre los rangos de edad, por ejemplo, las mujeres jóvenes reportaron en tercer lugar los abortos y en el quinto lugar las defensas bajas. En las mujeres de 50 a 66 años, factores como la alimentación, las defensas bajas y tener muchos hijos se ubicaron en el segundo lugar, seguidos en el tercer lugar por el uso de métodos de planificación intrauterinos; se resalta que la susceptibilidad relacionada con factores genéticos/herencia se encontró en el quinto lugar. Las participantes mencionaron diez factores adicionales que aumentan la susceptibilidad a la enfermedad: consumir cigarrillo, no cuidar su salud, malos hábitos alimenticios, cirugías estéticas, automedicación, flujo vaginal, uso de tampones, no tener hijos, falta de interés y falta de información.

Chances de vivir después del diagnóstico de cáncer de cuello uterino

En todos los grupos se hizo mención a que la oportunidad de vivir tras el diagnóstico de la enfermedad depende del estadio en que éste sea detectado, siendo mayores los chances de vivir cuanto más temprano se realice la detección. Al respecto, una mujer afirmó: “pues para detectar a tiempo el cáncer, porque si se detecta a tiempo tiene remedio pero cuando ya está avanzado ya no tiene remedio” (grupo 34-49). Las oportunidades de sobrevivir a la enfermedad se relacionaron con el acceso al tratamiento y la atención en salud:

“y también depende, por lo menos dónde recibe el tratamiento, con qué médicos y las posibilidades de comprar la droga acertada, porque puede que le digan: mire usted tiene que tomarse esta droga, pero si no se la da la EPS y no tiene las posibilidades de comprarla, entonces ahí se acaba el chance” (grupo 34-49).

Unas cuantas mujeres refirieron que las oportunidades de vivir tras recibir el diagnóstico de cáncer de cuello cérvico uterino eran bajas, acerca de lo anterior dos participantes afirmaron: “no, pero de todas maneras, así a uno le tratan, yo creo que el cáncer de todas maneras,

uno se va a morir por causa de eso, a causa de eso, yo pienso” y “sí, eso es, el cáncer es una enfermedad que uno se va a morir” (grupo 18–33).

Tratamiento del cáncer de cuello uterino

La mayoría de las participantes reportaron que hay tratamiento para la enfermedad, algunas de ellas relacionaron su efectividad con el estadio de la enfermedad. En la mayoría de los grupos se mencionó la quimioterapia como el principal tratamiento para la enfermedad, seguida por radioterapia, uso de medicamentos, cirugía, una vacuna y conización.

Prevención de cáncer de cuello uterino

La mayoría de las participantes que respondieron a esta pregunta mencionaron que esta enfermedad es prevenible. Algunas de ellas expresaron que la prevención depende de la detección temprana. Con relación a las formas de prevención del CaCu, la mayoría caracterizaron la citología y la realización de chequeos médicos como la forma de prevenir este tipo de cáncer. Asimismo, algunas participantes mencionaron la importancia de reducir el número de compañeros sexuales y de usar condón. La gran mayoría de las mujeres no han escuchado acerca de la vacuna del virus del papiloma humano.

Citología cervicouterina

Las participantes relacionaron la citología con la prevención de CaCu y con la detección de enfermedades e infecciones. En la mayoría de los grupos las participantes dijeron que todas las mujeres deben realizarse este examen. En general, los comentarios sobre la periodicidad del examen refieren una frecuencia de realización entre seis meses y un año, siendo la toma anual la que más se reportó. En cuanto al momento en el cual las mujeres deben iniciar la toma de la citología, en primer lugar, se mencionó el inicio de las relaciones sexuales, seguido por la menarquía y haber tenido hijos, en segundo y tercer lugar respectivamente. La mayoría de las participantes refirieron que les gustaría conocer un resultado anormal de citología, para ellas la detección temprana del cáncer es preferible al desconocimiento ya que posibilita la toma de un tratamiento oportuno.

Barreras para la toma de la citología cervicouterina

Se identificaron seis barreras en los tres grupos de edad, sin embargo, el orden varió en cada uno de ellos. Las mujeres de 18 a 33 años reportaron en primer lugar tres barreras:

- El miedo al examen, respecto al cual una mujer sostuvo lo siguiente:

“Yo digo que sí, porque yo antes, cuando la primerita vez para la citología, yo tenía miedo, mi corazón se me

quería salir porque yo no sabía que era, como decían que a uno le sacaban no sé que, a mi me daban nervios, Por ejemplo, mi mamá tampoco se la hacía porque también le daba miedo. Entonces hay muchos que no se la hacen por miedo”.

- La vergüenza, sobre la cual una participante afirmó: “y ahorita me pasa también la pena porque con un doctor...”.
- Y el miedo al cáncer, barrera que fue reportada como la primera por parte de las mujeres de 34 a 49 años. Una participante afirmó: “yo sí le soy sincera, yo al médico yo no voy, yo me estoy muriendo, yo al médico le tengo pánico, para ver si yo tengo una enfermedad así tremenda que me voy a morir, no entonces yo le tengo miedo”.

Y en segundo y tercer lugar, estas mujeres de 18 a 33 años mencionaron la mala atención y el dolor/incomodidad durante la toma de la muestra, respectivamente. Como ejemplo de estas dos barreras una mujer dijo: “y que hay unas enfermeras que son bruscas, le introducen a uno eso muy, muy duro”.

Para las mujeres de 34 a 49 años la principal barrera fue el miedo al diagnóstico de cáncer, al respecto una mujer del grupo afirmó: “y esa palabra ahí, que cáncer, esa palabra asusta”. Se mencionan las barreras instrumentales del sexto lugar en adelante, de las cuales se reportaron asuntos relacionados con la falta de tiempo, los papeleos, los elementos propios del procedimiento, el costo, y la recomendación de no tener el periodo o no haber tenido relaciones sexuales recientemente. La religión y el tabú fueron referidas por parte de dos mujeres como barreras para el examen.

Para las mujeres mayores de 50 años la principal barrera para la toma de la citología fue el dolor/incomodidad, una mujer mencionó: “ese examen es muy molesto, a mí me da miedo”. A continuación, las participantes de este grupo refirieron como barreras la vergüenza y el miedo, una participante afirmó: “sí también, sí, que me da pena, porque le cogen por allá, les da miedo que le metan eso por allá”. En último lugar se mencionó que la ausencia de síntomas disminuía la toma del examen, barrera que no fue mencionada en los otros grupos; así, una mujer de este grupo sostuvo: “mi mamá nunca quiso mandarse hacer la citología, es una mujer que no le gusta ni siquiera ir al médico, no, no, no, yo estoy sana, yo no necesito”.

Facilitadores para la toma de citología cervicouterina

La educación en salud y las campañas que motiven la toma del examen fueron mencionadas en los todos los grupos como la principal acción para facilitar la realización de la citología. Se observó que el buen trato por parte del personal de salud va cobrando importancia

como facilitador a medida que aumenta la edad, mientras que para las más jóvenes aparece en cuarto lugar, para las mujeres de 34 a 49 aparece en el tercero y para las mayores de 50 años aparece en segundo lugar. Respecto a este facilitador una mujer mencionó:

“Yo también digo que concienciar a las personas, a los médicos, a las enfermeras que hacen la citología porque las mujeres nos aterrorizamos si ellos lo tratan a uno así mal, primero que todo concienciar a los médicos y enfermeras que hacen las citologías y después si hacer charlas para las mujeres” (grupo 50–66).

Los rangos de 18 a 33 y de 34 a 49 están compuestos por mujeres que reportaron en primer lugar las campañas y la educación como facilitadores para la toma del examen: “hacer campañas, pero campañas más seguidas, y campañas como que de motivación, para que así la mujer no siente como ese temor de ir a hacerse la citología, porque desafortunadamente todas sentimos un cierto temorcito para ir allá a hacérsela” (grupo 34–49). En segundo lugar, se mencionaron la gratuidad del mismo, seguido por el buen trato. Para las mujeres de 50 a 66 años la gratuidad no fue un facilitador tan importante ya que se ubicó en el séptimo lugar; por el contrario, le dieron importancia al soporte social y a los testimonios de otras mujeres que tienen la enfermedad o que les han sugerido hacerse el examen. Una participante afirma:

“una de las partes que también lo motiva para hacerse la citología es el escuchar a otras personas que están enfermas o que ya les han detectado ya cáncer y eso lo motiva a uno muchísimo” (grupo 50–66).

Discusión

En este estudio se observaron algunos de los factores asociados a la toma de citología, reportados por un grupo de 81 mujeres habitantes de los estratos medio y bajo de la ciudad de Bogotá, Colombia. Casi todas las participantes habían escuchado sobre la prueba; sin embargo, no todas se la habían realizado. Aunque las participantes hicieron mención a la conducta sexual como causante de la enfermedad, la mayoría desconocía el VPH como factor etiológico del CaCu y desconocían la vacuna. Si bien las participantes mencionaron que la citología sirve para detectar a tiempo el cáncer, el miedo a la prueba, la incomodidad, el dolor, la vergüenza y la mala atención recibida por parte del personal de salud fueron barreras asociadas al examen.

Al igual que lo reportado en la ENDS, en la cual se entrevistaron mujeres entre los 18 y 69 años, la mayoría de las participantes en esta investigación conocía sobre la citología. Sin embargo, algunas de ellas aún no se ha-

bían practicado el examen [9]. Lo anterior sugiere que el conocimiento sobre la existencia de esta prueba de tamizaje no asegura, en todos los casos, la realización efectiva de la misma. El hecho de que las mujeres perciban que tienen información suficiente sobre la conducta preventiva a menudo no corresponde a que tengan la información precisa necesaria para tomar decisiones informadas en cuanto al tamizaje [18] por lo que debe estudiarse el rol de otros factores en la adopción de esta conducta saludable.

Se observó que las mujeres, principalmente las mayores de 50 años, reconocen la importancia de la recomendación médica para la toma de la citología. Un alto porcentaje de las mujeres encuestadas en la ENDS también informaron que supieron de la citología a través de los servicios de salud [9]. Nguyen *et al* reportaron que la indicación médica para iniciar la toma de citología o para mantener la adherencia anual, aumenta en 5 y 8 veces, respectivamente, la probabilidad de que las mujeres se la tomen [19]. Asimismo, Van Til y colaboradores mencionaron que la existencia de una orden médica actúa como facilitador para la toma de la citología [20].

Uno de los principales hallazgos de este estudio es que a lo largo de los tres rangos de edad establecidos para conformar los grupos focales, las participantes reportaron aspectos diferentes en torno a los factores asociados al tamizaje. Para empezar, se observó que las mujeres mayores de 50 años reportaron más conductas preventivas, lo que sugiere mayor motivación y compromiso en el cuidado de su salud y puede también estar relacionado con tener un mayor contacto con el sistema de salud, lo que se encuentra en la línea de lo reportado por Van Til y colaboradores en 2003 [20].

Aunque la mayoría de las participantes reportaron que sí habían escuchado sobre el CaCu, las diferencias entre los tres grupos etarios también se observaron en cuanto a lo reportado sobre su etiología. Causas como la herencia, las infecciones y la conducta sexual, reportadas en los primeros lugares por las mujeres de los tres rangos de edad, también han sido observadas en otros estudios [18]. La mayoría de participantes mencionó que el CaCu es un riesgo para todas las mujeres, incluso para las sanas, y que la susceptibilidad puede variar principalmente debido a factores relativos a genética, herencia, número de parejas sexuales, sistema inmunológico, mala alimentación, métodos de planificación y abortos, hallazgos reportados también por otros investigadores en grupos de mujeres latinas que viven en Estados Unidos y en grupos de mujeres de Colombia y México [18, 21, 22].

Tanto el conocimiento inadecuado como el desconocimiento acerca de la citología y del cáncer han sido

reportados por estudios previos [18, 20]. Si bien las participantes hicieron mención a que el número de compañeros sexuales y el hecho de tener relaciones sexuales desde temprana edad se relacionaban con el cáncer, la noción, acerca del mecanismo por el cual la conducta sexual se convierte en un factor de riesgo, fue vaga al igual que en estudios similares [13, 18]. Si bien la enfermedad se asocia a la conducta sexual, mencionada como factor de riesgo en los tres rangos de edad, no es clara su relación con esta infección, de manera que el hecho de haber escuchado sobre el CaCu no significa que las mujeres comprendan de forma suficiente la enfermedad ni los factores de riesgo. A pesar que en todos los rangos de edad se hizo mención a la infección con VPH, el virus no fue reconocido claramente como la principal causa del CaCu, lo que además parece estar acompañado del desconocimiento generalizado en cuanto a la vacuna, al igual que lo reportaron Tamayo, Chávez y Henao en su estudio comparativo con mujeres de Colombia y México [21, 23]. Lo anterior es importante para la prevención si se tiene en cuenta que según Mishra, cuando la conciencia de la transmisión de los efectos oncogénicos del VPH es baja, la vacuna contra el virus puede parecer superflua [21, 23].

Para la mayoría de las participantes, el CaCu fue considerado como una enfermedad asintomática, mientras que para otras participantes los síntomas aparecen en los estadios avanzados, caso en el cual los síntomas reportados fueron principalmente: dolor, flujo vaginal e irregularidades menstruales. La ausencia de síntomas asociados a los primeros estadios de la enfermedad es relevante ya que se ha reportado que las mujeres tienden a aplazar la toma de citología cuando se sienten bien, lo que es una forma de procrastinación [20, 22, 24]. La consulta al sistema de salud se da cuando se percibe un problema o se sienten enfermas, lo que incluso puede ser considerado como negligencia y descuido [18, 22].

El miedo al cáncer y a la muerte ocasionada por la falta de un tratamiento efectivo para esta enfermedad, reportados en otros estudios como una forma de fatalismo [22, 25, 26] no aparecieron de manera importante en este estudio, solo cuatro participantes mencionaron que el CaCu es invariablemente una causa de muerte. A diferencia de otros estudios en los cuales el CaCu no es percibido como una enfermedad que puede ser prevenida [22], en este estudio las mujeres reportaron que la enfermedad se puede prevenir mediante conductas saludables específicas y que la supervivencia depende de la detección en estadios tempranos y del acceso oportuno al tratamiento, lo que podría ser un facilitador para la adherencia a programas de tamizaje.

Al igual que en estudios previos [20, 21]{Tamayo, 2009, Cáncer de cuello uterino: más allá d elo que es`;

la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México)`, 2008}, la citología fue asociada por la mayoría de participantes con la prevención de CaCu y con la detección de otras enfermedades e infecciones. Respecto de la prescripción del examen, las participantes afirmaron que la citología debe ser tomada por todas las mujeres anualmente desde que se inician relaciones sexuales. Sin embargo, estas condiciones no fueron reportadas por todas las participantes, lo que sugiere la importancia de precisar la información a este respecto en las campañas preventivas. Respecto de la frecuencia de la toma de la citología, Van Til y colaboradores [20], afirman que una vez que las mujeres deciden tomarse la citología no les gusta esperar durante varios meses, lo que sugiere que las mujeres subestiman el intervalo de tiempo propio de esta forma de tamizaje. En este mismo sentido, en el estudio de Goldman y Risica, las mujeres dijeron que el lapso de tiempo apropiado entre una toma y otra debería ser de 6 meses [18]{Van Til, 2003, Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women.}. En concordancia con lo anterior, en este estudio las mujeres mencionaron que la toma debería ser anual, lo que no corresponde con el esquema 1-1-3 establecido y cuyo desconocimiento por parte de las mujeres podría afectar la adherencia.

Siguiendo con las barreras para la toma de la citología, se observó que el miedo al examen, el dolor/incomodidad y la pena fueron reportados como las principales barreras para la toma de la citología, lo que coincide con estudios previos [13, 18, 20-22, 27]. En este estudio se observó que tales barreras tienen una importancia diferencial según el rango de edad, de manera que las intervenciones orientadas a la prevención deberían enfatizar la superación de los obstáculos específicos percibidos por cada grupo, sin desconocer los demás. En las mujeres menores de 49 años, la intervención podría orientarse de manera más eficiente a la superación del miedo al examen y a superar el miedo al diagnóstico de cáncer, mientras que las mujeres mayores de 50 años deberían ser apoyadas en la superación del dolor y la incomodidad durante la toma de la muestra. La desconfianza y las experiencias negativas reportadas por las participantes de este estudio respecto del personal de salud, especialmente con los médicos jóvenes o practicantes y en la atención recibida en el POS, contrastaron con la confianza reportada frente a la atención recibida al ser atendidas por médicos mayores y en la consulta privada. Esto último también fue reportado en el estudio de Wiesner *et al* sobre las representaciones sociales, las barreras y los motivadores para la toma de citología reportados por mujeres habitantes del municipio Soacha, Colombia [13]. Lo anterior cobra importancia ya que la percepción

de un trato descortés o irrespetuoso por parte del personal de salud se ha relacionado con la baja adherencia a la toma de la citología [13, 22]. Algunos estudios reportan que el buen trato de parte del personal de salud es un facilitador para la toma de la prueba [13, 18, 28]. Las mujeres que evalúan de forma positiva la relación y la comunicación que tienen con el personal de salud reportan mayor seguridad y sienten que estos atienden adecuadamente sus necesidades y que les ayudan a superar el malestar [13, 18, 28]. Este hallazgo debe ser tenido en cuenta en el diseño de estrategias de detección precoz del CaCu.

Según las participantes, las acciones en salud dirigidas a la promoción de la toma del examen son facilitadores que aumentan la frecuencia del mismo. Las participantes afirmaron la importancia de realizar campañas educativas y de mejorar el servicio que reciben por parte del personal de salud en los centros de atención, como formas para motivar a las mujeres frente al tamizaje. En este sentido, en un estudio similar se reportó que el hecho de recibir invitaciones para realizarse la citología hacía que las mujeres se la tomaran más frecuentemente [27].

Las acciones orientadas a incrementar la realización de la citología deben ser multifacéticas de manera que se dirijan a la complejidad relativa a las cuestiones de salud de las mujeres. Según lo mencionado por las participantes, también podrían incluirse estrategias basadas en el soporte social y en los grupos de apoyo, ya que el hecho de percibirse a sí mismas como parte de un grupo de mujeres que comparten la misma experiencia fue reportado como facilitador. Incluso, sería relevante asegurar la gratuidad de la citología, ya que las mujeres mencionaron esto como un motivador del examen que puede estar relacionado con el pago que se debe hacer cuando asisten a consulta con médico particular, servicio sobre el cual reportaron mayor confianza.

En este estudio resultó muy útil el desarrollo de grupos focales para explorar tanto el conocimiento como las experiencias de las mujeres en relación con la toma de citología vaginal y del CaCu. Se confirmó lo planteado por estudios previos acerca de la utilidad de los grupos focales para evaluar cuestiones relacionadas con la prevención, la experiencia de enfermedad y los servicios de salud [29]. El presente estudio cuenta con algunas limitaciones: a) todas las participantes habitaban en estratos socioeconómicos medio y bajos de la ciudad de Bogotá, b) se trabajó con una muestra por conveniencia lo que también limita la generalización y c) no se realizó la triangulación de las categorías identificadas con las mujeres. Se incluyen las dos primeras limitaciones aunque no se desconoce que la generalización y la validez de los

estudios cualitativos no siguen los mismos criterios propios de la investigación cuantitativa. La limitación sobre la triangulación debe ser tenida en cuenta para estudios posteriores.

Los resultados del estudio son útiles para el diseño de estrategias de promoción de la citología según la edad y las necesidades de las mujeres, en este caso según su ciclo vital. Lo anterior es un hallazgo útil para la prevención de la enfermedad y subraya la importancia de identificar las especificidades de estos grupos que permitan optimizar los efectos positivos de las intervenciones. Se deben implementar estrategias comprensivas para lograr el compromiso tanto de las mujeres, como del personal de salud y de los tomadores de decisiones políticas en salud que lleven a la prevención efectiva del CaCu.

Agradecimientos

Al *Sparkman Center for Global Health* de la Universidad de Alabama en Birmingham, USA, por la financiación de este proyecto. A la profesora María Silvia Bohórquez del Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, por su invaluable colaboración logística para la realización del proyecto y a las mujeres que participaron en los grupos focales por compartir tan abiertamente sus experiencias con nosotros.

Referencias

- 1 International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide* [internet]. Lyon: IARC; 2010 [acceso 15 de abril de 2011]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
- 2 Behtash N, Mehrdad N. Cervical cancer: screening and prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2006; 7(4): 683-686.
- 3 Miller AB, Chamberlain J, Day NE, Hakama M, Prorok PC. Report on a Workshop of the UICC Project on Evaluation of Screening for Cancer. *Int J Cancer*. 1990; 46(5): 761-769.
- 4 Gamboa AO, Chicaíza L, García M, Díaz J, González M, Murillo R, et al. Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV DNA testing for cervical cancer screening in Colombia. *Salud Pública Mex*. 2008; 50(4): 276-285.
- 5 Rada CV. Editorial. *Revista Colombiana Cancerología*. 2006; 10: 83-84.
- 6 Murillo RH. Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. *Biomédica*. 2008; 28(4): 467-470.
- 7 Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. *Biomédica*. 2009; 29(3): 354-361.
- 8 Chocontá LA, Alvis N, De la Hoz F. How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 270.

- 9 Profamilia BF, Ministerio de la Protección Social y UNFPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá D.C: Profamilia; 2010.
- 10 Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81(6): 657-666.
- 11 Pardo C, Cendales R. Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología. *Biomédica*. 2009; 29(3): 437-447.
- 12 Castro MA, Londoño PA, Vera LM. Asistencia a Citología del Cuello Uterino y sus Determinantes en una Población Rural Colombiana, 1998-1999. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2006; 8(3): 248-257.
- 13 Wiesner C, Vejarano M, Caicedo JC, Tovar SL, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública*. 2006; 8(3): 185-196.
- 14 Lucumi Cuesta DI, Gómez Gutiérrez LF. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78(3): 367-377.
- 15 Granada P, Echeverry MI, Estrada A. Barreras Culturales en la práctica de la citología cervicouterina. *Revista Epidemiológica de Pereira*. 2003; 6(1): 5-12.
- 16 Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 2nd ed. Thousand Oaks. 2004; 413: XXIII.
- 17 Stemler S. An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2001; 7(17).
- 18 Goldman RE, Risica PM. Perceptions of breast and cervical cancer risk and screening among Dominicans and Puerto Ricans in Rhode Island. *Ethn Dis*. 2004; 14(1): 32-42.
- 19 Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med*. 2002; 23(3): 207-214.
- 20 Van Til L, MacQuarrie C, Herbert R. Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women. *Qual Health Res*. 2003; 13(8): 1116-1131.
- 21 Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009; 27(2): 177-186.
- 22 Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med*. 2004; 39(1): 91-98.
- 23 Mishra A. Implementing HPV vaccines: public knowledge, attitudes, and the need for education. *Int. A Community Health Educ*. 2010-2011; 31(1): 71-98.
- 24 Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Following-up females having an abnormal Pap smear in Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(1): 1-13.
- 25 Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues*. 2002; 12(3): 122-128.
- 26 Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol*. 2004; 104(6): 1355-1361.
- 27 Bush J. "It's just a part of being woman": cervical screening, the body and femininity. *Soc Sei and Med*. 2000; 50: 429-444.
- 28 Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. *J Low Genit Tract Dis*. 2008; 12(3): 232-241.
- 29 Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311 (7000): 299-302.