

**REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LAS MUJERES DEL PROGRAMA  
RED UNIDOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES FRENTE A LA TOMA DE LA  
CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA 2014**

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA  
CUARTA COHORTE**

**GLORIA LUCIA PAVA MIRANDA**

**PAULA ANDREA SERNA MURILLO**

**TUTOR**

**PhD. MARÍA DEL CARMEN VERGARA QUINTERO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**MANIZALES**

**2015**

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina.

**Metodología:** Investigación de tipo cualitativo de alcance comprensivo. Para la recolección de información se realizaron 29 encuestas, 3 grupos de discusión y 3 entrevistas en profundidad, participaron en el estudio aquellas mujeres pertenecientes a la estrategia Red Unidos de Manizales que cumplieron con criterios de inclusión tales como edad entre 25 y 69 años, residencia ubicada en la zona urbana de la ciudad de Manizales y que no se habían realizado la citología cérvico uterina o con más de 3 años de la última. Las categorías de análisis que se incluyeron en el estudio estuvieron relacionadas con las características sociodemográficas incluidas la edad, escolaridad, ocupación y estado civil; los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de la estrategia Red Unidos frente a la toma de la citología cérvico uterino; las fuentes de información sobre la citología vaginal y el desarrollo del nodo central y sistema periférico que permiten la comprensión de las representaciones sociales.

**Resultados:** las representaciones sociales sobre la citología cérvico uterina en las mujeres de la Estrategia Red Unidos están determinadas por las experiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la calidad de la información entregada por los profesionales de la salud, la credibilidad en la calidad de los servicios de salud, las barreras administrativas así como el conocimiento que tienen las mujeres frente al cáncer de cuello uterino y la asociación que se tiene de este con la muerte, son aspectos que influyen en la toma de decisión a la hora de

realizarse o no la citología. Las fuentes de información que inciden en los conocimientos que las mujeres tienen, son en su gran mayoría ofrecidos en los centros de presentación de servicios y de las experiencias previas de familiares y amigas.

**Conclusiones:** La mayoría de las mujeres participantes del estudio tienen conocimientos claros sobre el valor de la toma de la citología cérvico uterina en la prevención del cáncer de cuello uterino, pero a pesar de ello no toman la decisión de buscar la prestación del servicio, debido a barreras en el acceso a la toma de la misma, así como a la desconfianza en la continuidad del tratamiento en caso de tener resultados anormales, lo que para ellas implica la muerte.

**Palabras clave:** Representaciones sociales, citología cérvico uterina, cáncer de cuello uterino, prevención.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	8
3. OBJETIVOS .....	21
3.1. Objetivo general.....	21
3.2. Objetivos específicos .....	21
4. REFERENTE TEÓRICO.....	22
4.1. Políticas Públicas en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad .....	22
4.2. Prevención del Cáncer de Cuello Uterino.....	30
4.3. Representaciones Sociales .....	50
5. METODOLOGÍA.....	74
5.1. Enfoque y tipo de estudio .....	74
5.2. Metodología.....	74
5.3. Unidad de trabajo.....	75
5.4. Unidad de análisis.....	80
5.5. Categorías de Análisis.....	81
5.6. Trabajo de campo.....	84
5.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de información .....	85
5.8. Sistematización de la información.....	89
5.9. Plan de análisis.....	89
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	93
7. RESULTADOS.....	95
7.1. Características sociodemográficas .....	95
7.2. Conocimientos sobre la citología vaginal .....	98
7.3. Actitudes frente a la toma de citología vaginal.....	100
7.4. Prácticas de las mujeres frente a la toma de la citología.....	103
7.5. Nodo Central y Sistema Periférico- Relación entre las Representaciones Sociales de las mujeres y su influencia frente a la demanda de la toma de la citología cérvico uterina.....	110
7.6. Fuentes de información.....	115

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	120
10. CONCLUSIONES .....	144
11. RECOMENDACIONES.....	146
12. LIMITACIONES .....	148
13. REFERENCIAS.....	150
14. ANEXOS .....	160
14.1. Anexo 1. Consentimiento informado.....	160
14.2. Anexo 2. Encuesta .....	164
14.3. Anexo 3. Protocolo grupo de discusión.....	170

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Mortalidad por cáncer de cuello uterino-Tasa por 100.000 mujeres. Manizales 2005-2012.....	13
Tabla 2. Dimensiones prioritaria de Derechos Sexuales y Sexualidad del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. ....	28
Tabla 3. Distribución de la población de mujeres de la Estrategia Red Unidos por Comunas según su lugar de residencia. ....	76
Tabla 4. Cronograma de actividades, fecha y sitio de la convocatoria, mujeres asistentes.....	79
Tabla 5. Categorías de Análisis .....	81
<b>Tabla 6. Características socio demográficas de las mujeres participantes.....</b>	<b>97</b>
Tabla 7. Conocimientos sobre la citología cérvico uterina.....	98
<b>Tabla 8. Actitudes de las mujeres frente a la toma de la citología vaginal .....</b>	<b>101</b>
Tabla 9. Actitudes frente a la toma de citología vaginal.....	104
<b>Tabla 10. Enunciados de las mujeres de la Estrategia Red Unidos que permitieron identificar el sistema periférico y nodo central sobre la toma de la citología vaginal .....</b>	<b>111</b>
Tabla 11. Fuentes de Información .....	116

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Presentación del proyecto a funcionarias de la Estrategia Red Unidos.....	77
Figura 2. Invitación a participar en la investigación, fecha y lugar de convocatoria. ....	80
Figura 3 Representación gráfica de las categorías emergentes que sustentan las Representaciones Sociales.....	120

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, determinado por factores socioculturales y de prestación de servicios de salud que influyen directamente en el acceso a programas organizados de detección temprana y tratamiento.

En Colombia el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama son las principales causas de mortalidad en mujeres por cáncer. En las últimas estimaciones de incidencia de cáncer para el país, el cáncer de mama ocupó el primer lugar con cerca de 7,000 casos nuevos por año seguido por el cáncer de cuello uterino con 5,600 casos nuevos. En la mortalidad por cáncer, el cáncer de cuello uterino continúa ocupando el primer lugar en muchos departamentos. La incidencia de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en Colombia se estima en 31.2 y 21.5 casos nuevos por 100,000 mujeres, respectivamente (ENDS, 2010).

A pesar de los programas de detección precoz de cáncer de cuello uterino implementados y de las facilidades relativas que se tienen frente al acceso de las mujeres a la citología cérvico uterina, se observa que la detección de esta enfermedad cada vez se hace en estadios avanzados donde la intervención es más difícil y costosa desde lo económico y lo social. Anualmente se invierten importantes cifras de dinero en campañas que promueven la realización de la citología como mecanismo para prevenir el cáncer de cuello uterino, en las cuales se fomenta la importancia de la prevención y el auto cuidado en las mujeres como herramientas auto

protectoras para detectar oportunamente alguna alteración, que diagnosticada a tiempo pueda ser tratada y curada; aun así se siguen presentando casos y cada vez la cifra de mujeres en las que se detecta el cáncer de cuello uterino en estadios muy avanzados es mayor, lo que complica el tratamiento de la enfermedad, llevando en algunos casos hasta la muerte. (Profamilia, 2010).

Existen estudios previos que indican la presencia de factores del individuo relacionados con la motivación de las mujeres frente a buscar la realización de las actividades de prevención del cáncer de cuello uterino; para las mujeres que nunca se han realizado la citología en la vida, los sentimientos de temor y vergüenza así como pereza y descuido, han sido razones primordiales que ponen en evidencia el componente cultural como un factor determinante, frente a la decisión de las mujeres para acudir a los centros de atención a realizarse la toma de la citología cérvico uterina. Las mujeres pese a tener información sobre las formas de prevención y autocuidado del cáncer cérvico uterino, carecen de la incorporación de una cultura del autocuidado de la salud en sus vidas (Wiesner-Ceballos, et al., 2006).

Así mismo, se ha considerado que la falta de información clara sobre la citología cérvico uterina en relación a cómo se realiza, en qué parte del cuerpo se recoge la muestra, para qué sirve y por qué es importante reclamar los resultados y la falta de una información clara y veraz por parte del equipo de salud, son factores adicionales que afectan la cobertura nacional y con ello la detección oportuna de las alteraciones neoplásicas, de manera que se pueda garantizar la calidad de vida y la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia (Solano, F., & Milene, N. 2011).

La citología cérvico uterina, es un procedimiento gratuito y cualquier mujer puede acceder a él sin ningún tipo de restricción, en muchos casos son las mismas Entidades Promotoras de Salud las que buscan a las pacientes para que accedan a la realización de la prueba, sin obtener en muchos casos una respuesta positiva.

El presente trabajo se llevó a cabo teniendo en cuenta la situación planteada en términos de identificar, desde los aspectos socio culturales, respuesta a la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina para diagnosticar de manera precoz el cáncer de cuello uterino?

En torno a esta pregunta se realizó una amplia revisión bibliográfica encontrando distintas teorías producto de los estudios realizados sobre el tema; en este sentido el presente trabajo pretendió comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina y así obtener herramientas conceptuales, metodológicas y educativas enfocadas al diseño de estrategias efectivas que faciliten la vinculación de las mujeres al programa detección precoz del cáncer de cuello uterino, con el fin de identificar a tiempo los casos, disminuir su incidencia y prevenir la mortalidad por esta patología.

Este informe corresponde a un estudio desde un enfoque cualitativo- interpretativo , mediante el cual se intentó describir e interpretar las modalidades de vida que influyen en las representaciones sociales de las mujeres frente a la toma de la citología cérvico uterina, y así comprender las estructuras de significado que permiten comprender su conducta.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

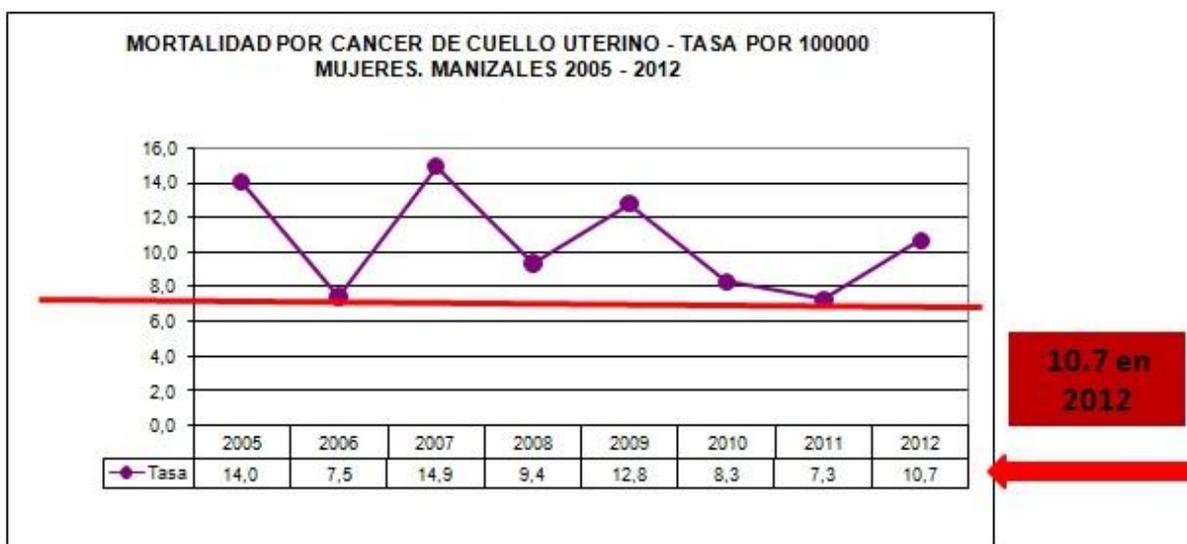
El cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte más frecuente de las mujeres en el mundo aunque sea una enfermedad totalmente prevenible, tratable y lo más importante curable. Pese a estas condiciones miles de mujeres siguen muriendo en el mundo por causa de esta patología, entre las razones que incrementan el riesgo se deben mencionar las grandes inequidades entre los diferentes países y la falta de recursos para implementar políticas en salud que apunten a disminuir la mortalidad de las mujeres. Según el informe para el año 2011 del Cervical Cancer Action (CCA):

La mortalidad mundial por cáncer cérvico uterino pone de relieve las inequidades de nuestro tiempo en cuanto a riqueza, género y acceso a los servicios de salud. Las mujeres de todo el mundo están expuestas al Virus del Papiloma Humano (VPH), pero son las mujeres del mundo en desarrollo las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección y el tratamiento tempranos y mueren debido a las consecuencias de la infección por este virus (p.5).

Según la información que reposa en la Secretaría de Salud Pública de Manizales, en el año 2012 se presentó un incremento en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a pesar de las estrategias de educación y control implementadas en el Municipio, de una tasa de 8,3 en 2010

y 7,3 en el año 2011 se pasó a una tasa de 10,7 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2012, como se observa en la tabla 1.

**Tabla 1: Mortalidad por cáncer de cuello uterino-Tasa por 100.000 mujeres. Manizales  
2005-2012**



Fuente: Secretaria de Salud Pública de Manizales, Perfil Epidemiológico 2011-2012.

En un estudio realizado por Profamilia (2010), sobre la detección temprana del cáncer de cuello uterino, en el cual se indagó por algunas de las razones por las cuales las mujeres no acceden a realizarse la citología, se encontró que las razones más comunes fueron las de tipo cultural como temor, miedo, pereza y descuido, haciendo evidente que el componente cultural a la hora de realizarse el examen, aparece en el panorama como un factor determinante para identificar los motivos por los cuales las mujeres no demuestran interés por acudir a los diferentes centros médicos y de atención a realizarse el procedimiento, a pesar de la información que poseen sobre

los efectos que tiene el cáncer en la salud de las persona; el mismo estudio demostró que las mujeres con menor educación presentan más resistencia y menos interés por la realización del procedimiento, así mismo se evidenció que aquellas que superaban los 50 años era la población que más disponibilidad presentaba para acceder a la prueba tamiz, lo que deja en el panorama que las mujeres más jóvenes, primero son las que menos les interesa el tema y segundo las que más vulnerabilidad presentan frente al mismo.

Hoy en día, el cáncer cérvico uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado en prevención secundaria. El cáncer de cuello uterino es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. La importancia de la citología como estrategia de detección y prevención del cáncer cervical puede constatararse en la reducción de la mortalidad por este diagnóstico en muchos países a partir de programas organizados basados en citología convencional. Pareciera ser que la discusión en los países desarrollados es alrededor de las pruebas de detección y cómo mejorar su efectividad, pues la accesibilidad a la citología convencional es un problema superado. En cambio, en países en desarrollo los problemas están más asociados a deficiencias en la calidad, cobertura y seguimiento, los cuales no sólo se deben a la carencia de recursos sino también a aspectos institucionales y falta de voluntad política (Restrepo Zea, et al 2007).

El análisis del comportamiento de la enfermedad revela que la tendencia de la mortalidad en Colombia de los últimos quince años, aunque muestra un leve descenso, se ha mantenido sin

mayor variación a pesar de que en 1991 se creó un programa nacional de detección precoz y que dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud las actividades para el control de esta patología han sido una prioridad en salud pública. Las normas vigentes estipulan la realización de la citología entre los 25 a 69 años de edad, en un esquema que incluye una citología negativa inicial, una citología negativa al año y luego controles cada tres años si la citología sigue siendo negativa; este esquema se conoce como esquema 1-1-3 (Barrios García, et al, 2011).

La evaluación de estos programas se fundamenta en la cobertura, sin que esta se relacione con el comportamiento de las cifras de mortalidad. Por tanto, una vez alcanzada esta, y de acuerdo a estudios realizados que demuestran la existencia de adecuados conocimientos y prácticas en un alto porcentaje de las mujeres, se requiere enfocar los programas hacia mejorar, además de otros componentes como la calidad de las muestras, el acceso a la confirmación diagnóstica a través de colposcopia-biopsia, y el seguimiento adecuado de las pacientes con resultados anormales (Barrios García, et al, 2011).

Según los conceptos sobre acceso y accesibilidad de Frenk y Donabedian (citado por Restrepo Z., 2007), el acceso a la citología cervical está referido a la capacidad que tienen las mujeres de buscar el servicio de citología y obtener la atención, entendida ésta en términos de toma de la muestra y su lectura. Además, si se consideran las necesidades de las mujeres con resultado citológico anormal, la continuidad en el acceso implica reconocer el paso a pruebas de diagnóstico, como la colposcopia y la biopsia, y al tratamiento en caso de ser necesario (Arredondo, M. V. et al, 2008).

Uno de los factores que más afecta la utilización de los servicios de prevención del Cáncer de Cuello Uterino en lugares de bajos recursos es la falta de conciencia que tienen las mujeres del autocuidado y por ende de la preocupación por su propia salud (Cervical Cancer Action, 2011). El autocuidado es el comportamiento que incluye una combinación de experiencias sociales y cognoscitivas y es aprendido a través de relaciones interpersonales, la comunicación y la cultura; e incluye prácticas o destrezas aprendidas durante la vida, de uso continuo, utilizadas por libre decisión, con el propósito de fortalecer o reestablecer la salud y prevenir la enfermedad (Tamayo, L. S. S., 2013).

El cáncer cérvico uterino por su historia es una enfermedad que se puede prevenir. En los países desarrollados se ha logrado la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino mediante la implementación de Programas de tamizaje para esta patología, sin embargo, en los países en vía de desarrollo no se ha observado una situación similar y según los estudios realizados se considera que el 80,6% de los casos diagnosticados y 83,1% de las muertes por esta enfermedad se presentaron en estos países. En América Latina, a pesar de la existencia de estos programas, que incluyen la citología del cuello uterino como herramienta fundamental en las actividades de prevención, la mortalidad por cáncer cérvico uterino no ha disminuido, por el contrario en la mayoría de los países ha aumentado (Wiesner-Ceballos et al, 2006).

Colombia implementó en 1990, antes de la reforma de su sistema de salud, un programa para el control del cáncer cérvico uterino, pero al igual que en otros países latinoamericanos, no se ha logrado reducir significativamente la mortalidad por esta causa. A pesar de todas las campañas

de información, educación y comunicación implementadas y encaminadas a incrementar la cobertura de las mujeres en edad fértil con la toma de la citología cérvico uterina, en la actualidad la tendencia no ha cambiado. Las mujeres afectadas por esta enfermedad corresponden a la población económicamente activa y sobre todo en edad reproductiva, lo que da una idea del problema socio económico asociado al cáncer de cuello uterino. Además esta enfermedad es debilitante y produce deterioro progresivo de la salud de la mujer, culminando en los casos avanzados con la muerte (Wiesner-Ceballos et al, 2006).

Para el tratamiento de esta enfermedad en etapa avanzada, se emplean como métodos la radioterapia, cirugía y quimioterapia, requiriendo el desplazamiento de las pacientes a centros especializados, con internaciones prolongadas y costosas, hecho que agrava aún más el problema familiar, social y para el sistema de salud un impacto económico grande. Si el diagnóstico de las lesiones se realiza en su etapa inicial, el tratamiento resulta mucho más eficaz, más económico y puede ser llevado a cabo en centros de menor complejidad próximos a los lugares de procedencia de las pacientes, con internaciones cortas o aún en forma ambulatoria. Como es obvio, el tamizaje por sí solo no basta para dar solución al problema, la respuesta integral pasa por un sistema de salud preparado para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes.

La práctica de la citología define un mayor o menor riesgo para cáncer en tres categorías básicas: mujeres que nunca se han hecho la citología, aquellas que se la han realizado alguna vez pero hace más de tres años no se la hacen, y las que se la han realizado en los últimos tres años

(Urrutia, M. T., et al 2008). La adherencia a este examen ha demostrado su utilidad para la pesquisa oportuna de la patología y para la disminución de la mortalidad (Figuroa, 2011).

Existe otro factor que se ha tenido en cuenta en estudios previos, relacionado con la motivación de las mujeres frente a buscar la realización de las actividades de prevención del cáncer de cuello uterino; para las mujeres que nunca se han realizado la citología en la vida, que todavía ocupan un porcentaje relativamente importante en Colombia, los sentimientos de temor y vergüenza han sido una razón primordial. Se encontró que las mujeres pese a tener información sobre las formas de prevención y autocuidado frente al cáncer cérvico uterino, carecen de la incorporación de una cultura del autocuidado de la salud en sus vidas (Urrutia, M.T. et al. 2008).

El programa Red Unidos está enfocado en el cumplimiento de 45 logros ubicados en 9 dimensiones así: Identificación, Educación y Capacitación, Ingresos y Trabajo, Nutrición, Vivienda, Habitabilidad, Dinámica Familiar, Bancarización y Ahorro, Acceso a la Justicia y Salud.

En el municipio de Manizales la estrategia está focalizada para 5.400 familias aproximadamente, con influencia sobre 25.000 personas, quienes cuentan con un acompañamiento permanente de un profesional por familia que está enfocado en el cumplimiento de los logros; en la dimensión de salud hay un logro orientado a que las mujeres en edad fértil demanden y tengan acceso la citología cérvico uterina.

La población total del programa es de 8.960 mujeres en edad fértil, de las cuales según reportes de entrevistas realizadas, aproximadamente el 70% de ellas se han tomado la citología cérvico uterina de manera continua, las restantes se dividen en dos grupos: las que han accedido a la toma de la citología cérvico uterina sin la periodicidad requerida por el programa y el otro grupo de mujeres que nunca han accedido a la prueba; en este sentido la estrategia desde las diferentes dimensiones incluyendo salud, promueve que las mujeres se realicen la citología de cuello uterino, mínimo una vez al año para identificar posibles riesgos.

Este último grupo fue la población objetivo para la presente investigación, ya que a pesar de tener un acompañamiento permanente que les garantiza atención prioritaria en los diferentes centros de salud del Municipio, no han aceptado la toma de la citología cérvico uterina como mecanismo de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Frente a esta situación, se pretendió explorar el campo de las Representaciones Sociales (conocimientos, prácticas, actitudes, fuentes de información) de las mujeres, que permitan identificar las verdaderas razones por las cuales estas no permiten la realización de la prueba tamiz; el por qué a pesar de conocer las bondades del programa, se genera resistencia frente a la toma de la citología cérvico uterina; en este sentido es importante reconocer la posición que tienen las mujeres según su contexto cultural, familiar e individual que conlleva a que se evite la toma de la misma, aún conociendo y reconociendo su importancia como herramienta para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

Para alcanzar esta meta, se han implementado diferentes alternativas para facilitar el acceso y la permanencia de las mujeres en el programa, situación que no se ha dado como se esperaba, pese a los grandes esfuerzos realizados, es así como resultó importante comprender las razones por las cuales las mujeres no acceden a la prueba, al identificarlas se pueden implementar nuevas estrategias creadas desde la lectura que las mismas mujeres realizan frente a dicha práctica. De acuerdo a lo anteriormente expuesto se justificó la propuesta del presente estudio en el que se buscó responder a la pregunta: *¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina para diagnosticar de manera precoz el cáncer de cuello uterino?*.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar las condiciones sociodemográficas de las mujeres del programa Red Unidos de Manizales.
- ✓ Describir los conocimientos, prácticas y actitudes frente a la toma de citología cérvico uterina.
- ✓ Identificar el nodo central y el sistema periférico construido por las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología.
- ✓ Identificar las fuentes de información que han permitido la construcción de las Representaciones Sociales que sobre la toma de citología, tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales.
- ✓ Interpretar la relación entre las Representaciones Sociales de las mujeres y su influencia frente a la demanda de la toma de la citología cérvico uterino.

## **4. REFERENTE TEÓRICO**

En este apartado se mencionan las categorías teóricas que permitieron el abordaje y comprensión de las Representaciones Sociales frente a la toma de la citología vaginal como mecanismo de detección temprana del cáncer de cuello uterino; estas categorías son las Políticas Públicas en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y Representaciones Sociales.

### **4.1. Políticas Públicas en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en salud entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El Plan Decenal busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000).

El PDSP, en el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo que compromete más de un período de gobierno y que permite en el país hacer propuestas estratégicas de mayor alcance; es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país.

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora otorgada por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011); desde la gobernabilidad y rectoría en salud, la articulación de la respuesta sectorial para garantizar servicios de salud para todos, y en aras de la consolidación efectiva de la participación social en las decisiones, ejecución y control social de la salud y la generación de sinergias sectoriales público privadas para incidir en los determinantes sociales, asume los retos en el mediano y largo plazo a través del fortalecimiento de la planificación de la salud en los territorios en función de resultados,

conexión con la asignación de las fuentes de recursos y actores responsables de la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, y define las orientaciones operativas de las acciones a través de unas líneas de acción, tales como: Línea de promoción de la salud, Línea de gestión del riesgo en la población y Línea de gestión de la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

### **Línea de promoción de la salud**

Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

## **Línea de gestión del riesgo en la población**

Reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y severidad) de un evento o de los eventos a través de una secuencia de actividades que incluye evaluación de riesgo, desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, su evolución negativa o su complicación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

## **Línea de gestión de la salud pública**

Reúne las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de

pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Un aspecto muy importante de este Plan Decenal es la participación ciudadana, se logró que la comunidad en sus distintos sectores interviniera en la elaboración y planeación del mismo. El Ministerio llevó a cabo el proceso de consulta del PDSP 2012- 2021 entre marzo y octubre de 2012, para lo cual se convocaron a participar a diferentes actores comunitarios e institucionales, mediante cinco estrategias: consulta territorial, consulta con niños, niñas y adolescentes de diferentes regiones del país, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante línea web disponible para toda la comunidad; la información producto del análisis cualitativo y cuantitativo se trianguló y se generaron las propuestas estratégicas, la cadena de resultados en salud pública, la prospectiva colectiva, con una visión 2021, incluyente en el reconocimiento de las necesidades ciudadanas. Las voces sentidas de la comunidad y los actores, sometidas al análisis cualitativo, permitieron la caracterización de los problemas y necesidades por cada dimensión prioritaria, así:

- ✓ Salud Ambiental.

- ✓ Derechos sexuales y sexualidad.
- ✓ Convivencia social y salud mental.
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional.
- ✓ Vida saludable y condiciones no transmisibles e incapacitantes.
- ✓ Vida saludable libre de enfermedades transmisibles.
- ✓ Salud Pública en emergencias y desastres.
- ✓ Acciones transversales.

Dentro de la dimensión Derechos sexuales y sexualidad, los actores participantes seleccionaron aspectos a intervenir desde el Plan Decenal:

Como se observa en la Tabla 2, una de las preocupaciones se centra en el cáncer de cuello uterino por el aumento en su incidencia y prevalencia en los últimos años, es así como es prioritario profundizar en el conocimiento de los factores que influyen en este incremento.

**Tabla 2. Dimensiones prioritaria de Derechos Sexuales y Sexualidad del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.**

<b>Dimensión Prioritaria</b>	<b>Desafíos priorizados por los ciudadanos y actores</b>
<b>Derechos sexuales y sexualidad</b>	Embarazo en adolescentes
	Riesgos de enfermedades de transmisión sexual, prevención VIH
	Cáncer de Cérvix
	Deficiencia en Accesibilidad/calidad/adherencia a programas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
	Mortalidad Materna y Perinatal
	Derechos en SSR.
	Riesgos Laborales
	Barreras de acceso a planificación, familia y verlo más allá de la fecundidad
	Discriminación a la población LGTBI
	Oportunidades sociales en los jóvenes
Educación Sexual.	

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

De otro lado y como antecedente, el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, que se adoptó mediante el Decreto 3039 de 2007, integró el mandato constitucional del derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana. Definió las prioridades, los objetivos, las metas y las estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores y determinó las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementan con las acciones de los otros sectores, definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). El mencionado Decreto, en su “Objetivo Mejorar la salud sexual y reproductiva metas nacionales de salud sexual y reproductiva”. “Reducir por debajo de siete por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres)”, ratifica la importancia de “desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios detección y diagnóstico de cáncer de cérvix.” (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Por último, la Resolución 412 de 2000, por la cual se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana (Ministerio de Salud, 2000), definió claramente la norma técnica

para la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, de obligatorio cumplimiento por los integrantes del SGSSS.

#### **4.2. Prevención del Cáncer de Cuello Uterino**

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva, que comienza como una lesión intraepitelial llamada displasia o neoplasia intraepitelial (NIC), diagnóstico frecuente en mujeres entre los 20 y 30 años de edad, pasando por carcinoma *in situ*, entre los 25 y 35 años y a carcinoma invasivo en mujeres mayores de 40 años. Los tumores malignos del cuello uterino en estadios tempranos son claramente identificables por la confirmación histoanatomopatológica, sin embargo, las cifras de incidencia de esta enfermedad continúan alarmando. Estas etapas, intraepitelial e invasora, se diferencian por su morfología, características clínicas, tipo de tratamiento, y fundamentalmente por el pronóstico. A pesar de que en teoría el cáncer invasor del cuello uterino pasa siempre por una etapa previa intraepitelial, no todas las lesiones intraepiteliales progresan a cáncer invasor. Así, una lesión intraepitelial puede involucionar espontáneamente, puede persistir siempre como lesión intraepitelial o puede progresar al cáncer invasor.

Actualmente se acepta como principal causa de estas lesiones, la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y sus precursores, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infectadas con VPH

eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma in situ, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH cervical a malignidades. La presencia de cofactores como inicio temprano de las relaciones sexuales, promiscuidad sexual, tabaquismo, estado inmunológico deficiente, régimen alimentario deficiente, constituyen una asociación ideal en el desarrollo de esta neoplasia (Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

Uno de los factores asociados que incrementan el riesgo de contraer un VPH genital está conectado con la actividad sexual, por lo que el Cáncer de Cuello Uterino sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente, es así como deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- ✓ Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.
- ✓ Actividad sexual a temprana edad.
- ✓ Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.
- ✓ Verrugas genitales, test de PAPANICOLAOU con resultados anormales.
- ✓ Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- ✓ Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia. El Cáncer de Cuello Uterino es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

- ✓ Persistencia viral. Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.
- ✓ Uso prolongado de anticonceptivos orales. La región larga de control (LCR por las siglas en inglés) en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales y la dexametasona. Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.
- ✓ Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpesvirus humano tipos 6 y 7 (HHV-6), detectados todos en el cérvix.
- ✓ Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.
- ✓ Predisposición genética: Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad (López Saavedra, 2006).

La Política de Salud Sexual y Reproductiva, enfatiza el hecho de que estos factores son de difícil control y que intervenir en los hábitos de vida, costumbres y comportamiento sexual de la población es una tarea obligada si se quiere implementar un programa de prevención primaria, de igual manera se hace necesario emprender estrategias que permitan la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de sus lesiones

precursoras. Además de los factores predisponentes mencionados, se suma la falta de apropiación de las usuarias y prestadores de servicios de salud como medio eficaz para la detección de cáncer de cuello uterino y a la falta de continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento, igualmente es importante resaltar la existencia de prejuicios sociales y educativos, que influyen a la hora de buscar servicios preventivos porque se convierten en limitantes para el autocuidado de la salud (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Es así como se hace necesario sensibilizar a las mujeres, incluyendo a las adolescentes, sobre la importancia del autocuidado y de la realización de citologías periódicas, así como diseñar mecanismos que permitan aprovechar otros momentos de contacto del sistema de salud con las usuarias y que permitan ampliar la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento (Figuroa, 2011).

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria.

### **Prevención primaria**

La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical; y la protección específica a través de la vacunación profiláctica contra el VPH. Como el VPH es un virus que se transmite por vía

sexual, la manera de prevenir la infección sería la abstinencia absoluta, que es totalmente irrealista. Se pueden reducir las probabilidades de adquirir la infección con la práctica de la monogamia, pero ésta debería ser mutua; la circuncisión y el uso de preservativo sólo confieren un cierto grado de protección. Las vacunas profilácticas representan el método ideal para prevenir la infección por VPH.

### **Prevención secundaria**

La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anormalidades. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical.

Los esfuerzos de prevención del cáncer cérvico uterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones pre cancerosas. El abordaje preventivo del cáncer cérvico uterino debe tener en cuenta además las implicaciones diagnósticas que se derivan del descubrimiento de la relación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer cérvico uterino. La constatación de que se trata, en su mayor parte, de una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es el VPH, plantea la necesidad de revisar el abordaje de prevención primaria. En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cérvico uterino y de la mortalidad.

La incidencia del cáncer cérvico uterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada. Por ejemplo, en Finlandia, un programa de tamizaje de cáncer cérvico uterino nacional puesto en marcha en 1963, permitió reducir la tasa de cáncer cérvico uterino a 5,5 casos por 100.000 mujeres, uno de los valores más bajos del mundo. En cambio, en los países en desarrollo, donde se produce el 80% de todos los casos nuevos, se ha estimado que sólo el 5% de mujeres se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años (Graterol & Correnti, 2011).

## **Cuello Uterino**

El cuello uterino es la parte más baja del útero, embriológicamente se origina de la fusión de los conductos de Muller, es de aspecto cilíndrico o cónico pero presenta amplias variaciones de forma y tamaño, aumenta en las mujeres multíparas entre 2.5 a 3.0 cm con respecto a las nulíparas. El cuello uterino está tapizado por dos tipos de epitelio, el exocervical, que es plano pavimentoso y el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor. El sitio de unión de ambos epitelios es muy variable, ya que está relacionado con la edad, y depende en gran parte de la acción de las hormonas ováricas, de la menarca, del coito y del embarazo. El sitio de unión de estos dos epitelios se llama zona de unión escamo-columnar y consiste en un área dinámica, sujeta a fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en epitelio pavimentoso.

El epitelio pavimentoso que recubre el exocérvix y la mucosa vaginal está constituido primordialmente por tres zonas, en donde hay igual número de tipos celulares con características morfológicas comunes a cada área. La mucosa endo cervical está tapizada por una hilera de células cilíndricas productoras de moco. Esta secreción tiene funciones específicas y suele modificarse por la influencia de las hormonas ováricas. En el cuello uterino, el área donde colindan los epitelios pavimentoso y cilíndricos se denomina unión escamo-columnar original. Históricamente consiste en una unión neta bien definida (Graterol, 2011).

Una vez la mujer es infectada por el Virus del Papiloma Humano (VPH tipo 16 y 18), este es capaz de inducir una transformación maligna en la célula huésped mediante un proceso, que permite su conversión de una célula huésped diferenciada a célula cancerosa. En esta transformación, la célula experimenta cambios en su morfología, comportamiento y bioquímica, pierde el control del crecimiento celular y la inhibición del contacto, lo que induce a la invasión del tejido normal (León & Bosques, 2005).

### **Virus del Papiloma Humano (VPH)**

El enlace entre el Cáncer de Cuello Uterino y el VPH fue demostrado a principios de los años 80's por el doctor Haraldzur Hausen y la infección es un requisito necesario para el desarrollo de esta enfermedad, además puede ser causa de otros carcinomas ano genitales incluyendo de pene, vagina, vulva y ano. El Dr. Haraldzur Hausen fue el primero en demostrar, por medio de

experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen genomas del virus del papiloma humano (Huaman, 2010).

Los VPH comprenden un grupo de virus no envueltos, de ADN pequeño que inducen verrugas o papilomas en una gran variedad de vertebrados superiores, incluyendo al hombre. Cada tipo es asociado preferentemente con una lesión clínica específica y con un sitio anatómico preferencial por cada epitelio escamoso, mucosal o cutáneo. Entre los más comunes que representan al grupo de bajo riesgo se incluyen los tipos 6 y 11 que usualmente causan verrugas benignas y que ocasionalmente, se asocian con lesiones no invasivas; mientras que los tipos VPH-16 y VPH-18, se corresponden con los de "alto riesgo" por su gran potencial carcinogénico. El VPH-16 es el tipo que aparece, fundamentalmente en los tumores invasivos y en los de alto grado de malignidad; el VPH-18 se relaciona con el carcinoma pobremente diferenciado y con un mayor compromiso de los ganglios linfáticos. Tanto el genoma del VPH-18 como el del VPH-16 pueden encontrarse como viriones, integrados en el ADN celular o de forma episomal (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010). El VPH es relativamente estable y debido a que no tiene una envoltura, permanece infeccioso en un ambiente húmedo por meses.

La infección por VPH es inicialmente asintomática y la transmisión puede ocurrir antes de que la expresión del virus se manifieste. El epitelio diferenciado es necesario para el completo desarrollo y crecimiento del virus, fenómeno conocido como tropismo celular que es evidenciado por la restricción de funciones de replicación viral. La severidad de traumas o erosiones epiteliales y la inducción de hiperplasias epidérmicas antes de la infección, son factores locales

importantes que favorecen el crecimiento viral. El proceso de infección ocurre fundamentalmente, a través de receptores de integrinas presentes en las células basales. Sin embargo, la lesión puede ser iniciada por lesiones epiteliales pequeñas, siendo poco el acceso a las células basales, donde produce un amplio espectro de cambios morfológicos una vez infestadas. En el núcleo de la célula hospedera el virus se replica en una relación 25-50 genoma /células, mediado por la actividad de 4 proteínas multifuncionales: E1/E2, E6 y E7 (Paraguay-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

Los virus genitales, tanto oncogénicos como no oncogénicos, pueden causar LSIL en la zona de transformación del cuello uterino. LSIL (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado) también conocido como NIC 1 (neoplasia intraepitelial cervical, grado 1) bajo otro sistema de clasificación, son manifestaciones transitorias de la infección viral productiva. Se caracteriza por presentar mayor actividad mitótica y contenido de células inmaduras en el tercio inferior del epitelio. Este se diferencia y madura, mostrando anormalidades menores de la célula. La zona de transformación del cuello uterino es la unión entre el epitelio columnar del endocervix y el epitelio escamoso del exocervix, es un sitio de continuos cambios metaplásicos, más activos en la pubertad y durante el primer embarazo y declinan después de la menopausia. Una metaplasia escamosa atípica, inducida por algún virus y que se desarrolle en esta región, puede progresar a una HSIL (lesión intraepitelial escamosa de grado alto), que también se conoce como NIC II o NIC III, las verdaderas precursoras del Cáncer de Cuello uterino y que se caracterizan por presentar mayor actividad mitótica y contenido de células inmaduras en los tercios central y superior; la lesión HSIL es comúnmente positivo a los tipos virales oncogénicos que evitan la maduración y diferenciación, produciendo una replicación continua de células inmaduras y

eventualmente la acumulación de anormalidades genéticas que favorecen la malignidad. LSIL puede establecerse al inicio, al mismo tiempo o en ausencia de HSIL. El Cáncer de Cuello uterino de células escamosas es el más común, mientras que el 10 % de los casos son de origen glandular, es decir adenocarcinoma. Este también contiene VPH pero la correlación es menos pronunciada y es dependiente de la edad. Cerca del 50% de las mujeres con adenocarcinoma in situ (AIS) tienen también NIC y es a menudo encontrado en pacientes que han sido operados por carcinoma escamoso. El adenocarcinoma invasor puede ser puro o mezclado con carcinoma de células escamosas, con lo que se denomina carcinoma adenoescamoso. La incidencia de estos cánceres aumenta en los países desarrollados sobre todo en mujeres jóvenes, se cree que esto puede deberse al incremento en el consumo de anticonceptivos orales (Huaman, 2010).

Sin embargo, debemos recordar que las lesiones de bajo grado tienen mayor tendencia a la regresión espontánea, y las de alto grado tienen mayor tendencia a progresar hacia un estadio superior. Por el hecho del desarrollo progresivo del cáncer de cuello uterino, es importante considerar las tasas de incidencia específicas por edad para las diferentes lesiones. Como ya se mencionó, los estudios disponibles indican que las lesiones intraepiteliales de bajo grado aparecen a edad más temprana; las lesiones intraepiteliales de alto grado aparecen después; y finalmente a edad más avanzada aparece el carcinoma invasor (Balestena Sánchez, J. M., Suárez Blanco, C., Piloto Morejón, M., & Batista Carvajal, R., 2003).

## Citología Cérvico Uterina

El canal cervical comunica la cavidad uterina con la vagina y está revestido normalmente con epitelio cilíndrico simple glandular de origen mülleriano y, en el orificio externo se fusiona con el epitelio pavimentoso poliestratificado, el cual se origina del seno urogenital. El límite entre ambos epitelios, llamada zona de transición o unión escamocolumnar, es el sitio donde aparecen el mayor número de lesiones neoplásicas del cérvix (Ministerio de Salud, 2000).

La citología cervical exfoliativa (realizada con la coloración de PAPANICOLAOU) consiste en el examen microscópico de células descamadas del cuello uterino. Este método puede ser aplicado fácilmente en grandes masas de población y no produce mayores molestias a las pacientes, debería ser realizado en todas las mujeres que han iniciado su vida sexual, con énfasis en el grupo de mujeres de entre 25 y 49 años según las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología (citado por Profamilia, 2010). En condiciones ideales el programa debe proveer una cobertura de al menos el 80% del total de las pacientes incluidas en esta franja etaria. Así mismo, hay que tener en cuenta que la citología cérvico uterina no es diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino y a las que muy seguramente están libres de él, e indica qué mujeres deben acceder a los servicios de diagnóstico definitivo (Sanabria, J. G., Herrera, M. A., Abreu, M., Salgueiro, V., & Palacios, G., 2005).

La sensibilidad de la citología va del 30 % al 87 %, con un promedio de 50 %, Los programas de pesquisa en oncología tienen como objetivo identificar lesiones cancerosas al comienzo de su desarrollo, con la premisa de que su detección temprana podría reducir la extensión del tratamiento y mejoraría la supervivencia. En el caso del cáncer de cuello uterino, las lesiones premalignas claramente lo anteceden, por lo que la pesquisa de este tipo de lesiones evitaría la incidencia del cáncer de cuello uterino y disminuiría los costos de tratamiento, así como la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad (Cortiñas, P., Ríos, K., & Sanchez, L. J., 2008).

La citología vaginal debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados, con el fin de obtener una muestra para estudio de las células de la unión escamo celular; el grado de detección del método depende fundamentalmente de la capacidad técnica del personal de salud encargado de la toma del material citológico y de la capacidad diagnóstica del citopatólogo que examina el extendido en el laboratorio. Basado en estas técnicas, uno de los métodos que mayormente ha abierto el campo para estandarizar el tratamiento de las enfermedades cérvico-uterinas, es el sistema de BETHESDA. Este sistema clasifica las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) en bajo y alto grado de malignidad y a menudo están en relación con el genotipo viral que infecta la lesión. Los métodos principales de diagnóstico han sido la histopatología y métodos citológicos como el PAPANICOLAOU, que busca cambios en las células de la zona de transformación (León & Bosques, 2005).

Según lo contemplado en la Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino (Colombia Ministerio de

Salud, 2000), a continuación se refieren aspectos importantes a tener en cuenta para la toma de la citología cérvico uterina y la interpretación de los resultados; los pasos a seguir en la toma de citología son:

- ✓ Anamnesis y diligenciamiento del registro para citología.
- ✓ Preparación de las láminas.
- ✓ Toma de la muestra utilizando espátula de madera o plástico para el exocérvix y cepillo para el endocérvix.
- ✓ Identificar adecuadamente la lámina.
- ✓ Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.

Además se deben tener en cuenta las siguientes condiciones:

- ✓ No hacer tacto vaginal antes de la toma de la muestra.
- ✓ Usar espéculo sin lubricante.
- ✓ Exponer muy bien el cérvix.
- ✓ Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
- ✓ Extender la muestra en forma adecuada para que quede delgada.
- ✓ Fijar la muestra utilizando cito-spray, fijador comercial o alcohol al 95%.

La importancia del programa de tamizaje diseñado no solo radica en la toma de citología cérvico uterina en la población objeto por parte de un médico o enfermera, sino que debe garantizar los informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problema, manejar el

esquema 1-1-3 en la población objeto y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo.

La lectura de la citología cérvico uterina debe realizarse en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con las normas y controles de calidad reglamentados para tal fin. La lectura debe ser realizada por citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo adecuadamente entrenado en lectura de citología cérvico uterina. El citotecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del citopatólogo, todas las placas reportadas como anormales y/o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas.

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el Sistema BETHESDA que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las mujeres que acceden a los servicios de tamizaje

La primera parte del Sistema BETHESDA tiene que ver con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede clasificada así:

- ✓ Satisfactoria para evaluación: la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- ✓ Satisfactorio pero limitado: sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.
- ✓ Inadecuada: sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La segunda parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

- ✓ Negativa para neoplasia.
- ✓ Cambios Celulares Benignos
- ✓ Infección (describe las posibles causas.
- ✓ Cambios reactivos (describe las posibles causas.
- ✓ Anormalidades de Células Epiteliales que pueden ser de Células Escamosas o Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS por *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* o ACSI), Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIBG o Infección por Virus del Papiloma Humano – VPH), Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC), Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG -

Neoplasia intraepitelial grado II - NIC II), Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III), Carcinoma escamocelular.

- ✓ Células Glandulares: Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes postmenopáusicas, Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS–AGSI):
- ✓ Adenocarcinoma endocervical
- ✓ Adenocarcinoma endometrial
- ✓ Adenocarcinoma extrauterino
- ✓ Adenocarcinoma de sitio no especificado.
- ✓ Otras neoplasias malignas
- ✓ Anormalidades de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse a ginecólogo-oncólogo para estudio y tratamiento.

La tercera parte es el diagnóstico descriptivo:

- ✓ Infección
- ✓ Vaginosis Bacteriana
- ✓ Tricomonas
- ✓ Clamidia
- ✓ Actinomices
- ✓ Herpes

Otros tales como Cambios reactivos, Cambios reparativos, Inflamación por atrofia, Cambios por radioterapia, Cambios por dispositivo intrauterino.

La cuarta parte se refiere a la evaluación hormonal, que si bien es cierto no corresponde con el propósito de la citología cervicouterina, se encuentra útil para inducir algunas conductas terapéuticas. El reporte en esta parte es como sigue:

- ✓ Patrón hormonal compatible con edad e historia
- ✓ Patrón hormonal no compatible con edad e historia
- ✓ Evaluación hormonal no factible (causa).

En general se acepta que no más de un 10% de las citologías tomadas deben ser remitidas para colposcopia. De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

- ✓ Si la citología es reportada como normal satisfactoria, continúa el esquema de tamizaje descrito.
- ✓ Si la citología reporta cambios benignos, se analizan las causas, se ordena el tratamiento necesario y continúa el esquema de tamizaje.
- ✓ Si la citología es reportada como anormal, la paciente debe ser remitida a una unidad de patología cervical y colposcopia.

Se debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de CITOLOGÍA ANORMAL u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, post coito o post menopaúsico) se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

Cuando el reporte de la citología es NEGATIVO PARA NEOPLASIA, se le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. Es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-3. Es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte (Sanabria et al., 2005).

En el documento Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, emanado por el Ministerio de la Protección Social en febrero del 2003, se establecen las metas en relación a la cobertura de detección temprana de cáncer de cuello uterino, con citología vaginal en el 90% de la población objeto, y la adopción de medidas tendientes a la disminución de la mortalidad; promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la citología vaginal y el tratamiento adecuado de los casos (Figueroa & Milene, 2011).

## **Colposcopia**

Dado que la citología de cuello uterino no es diagnóstica, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de las lesiones pre neoplásicas o neoplásicas, y la colposcopia y biopsia dirigida son los métodos ideales para realizarlo. Estos procedimientos deben ser realizados por un ginecólogo debidamente entrenado y certificado como colposcopista por una institución autorizada, para que además de realizar la biopsia

dirigida tenga la suficiente autonomía para orientar el tratamiento adecuado y de ser posible realizarlo él mismo o remitir a un nivel superior de complejidad.

La colposcopia se ha considerado el método de evaluación y manejo de lesiones cervicales por excelencia. La utilización de la colposcopia como método de pesquisa ha sido practicado en algunos países, aunque en otros no se utiliza debido a su poca especificidad y en algunos casos a su alto costo comparado con la citología. El uso de la citología sola puede producir una tasa de falsos negativos de hasta 50 %, pero asociado a la colposcopia pudiera haber una reducción de estos falsos negativos y disminución del número de lesiones intraepiteliales no diagnosticadas (Cortiñas, P., Ríos, K., & Sánchez, L. J., 2008).

Teniendo en cuenta la Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino (Colombia Ministerio de Salud, 2000), el reporte de la colposcopia debe hacerse con base en los siguientes criterios:

- ✓ Satisfactoria
- ✓ Insatisfactoria
- ✓ Negativa o normal
- ✓ Positiva o anormal

Se deberá hacer descripción de los diferentes hallazgos colposcópicos, localización, extensión, causas por las cuales la colposcopia es insatisfactoria, de los cambios inflamatorios y en caso de

colposcopia anormal indicar los diferentes cambios menores, mayores y los relacionados con la presencia de lesiones virales. Finalmente se debe hacer una impresión diagnóstica y señalar los sitios de donde fueron tomadas las biopsias. Siempre debe haber una adecuada correlación entre la citología, la colposcopia y las biopsias para tener un diagnóstico definitivo y sobre esta base tomar una conducta. La ausencia de esta correlación conlleva a tomar una segunda serie de biopsias.

La biopsia dirigida y el curetaje endocervical pueden arrojar cualquiera de los siguientes resultados anatomopatológicos:

- ✓ Negativa para neoplasia
- ✓ Infección por VPH
- ✓ NIC de bajo grado: NIC I
- ✓ NIC de alto grado: NIC II, NIC III
- ✓ Neoplasia microinfiltrante: escamocelular o adenocarcinoma.
- ✓ Neoplasia infiltrante: escamocelular o adenocarcinoma

Una vez realizado el diagnóstico definitivo, la mujer debe ser informada de una forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de su situación y solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. Para esto es necesario que exista un equipo interdisciplinario capaz de prestar atención médica y soporte psicológico y social adecuado. De igual forma es indispensable hacer claridad sobre el pronóstico clínico, sobre vida en los casos de lesiones infiltrantes, los efectos secundarios del tratamiento, la posibilidad de nuevos embarazos y calidad

de vida, porque sólo con éste tipo de información es posible lograr el compromiso necesario de la usuaria para el exitoso tratamiento.

Los tratamientos para las lesiones pre invasivas deben hacerse por ginecólogos debidamente capacitados y en instituciones con los recursos físicos para realizar tratamientos con métodos destructivos locales o métodos escisionales locales o incluso de histerectomía abdominal ampliada, de tal forma que estos recursos físicos y técnicos garanticen a las usuarias un adecuado servicio.

Ante el diagnóstico de lesiones micro filtrantes o infiltrantes es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, en donde la paciente además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer del cuello uterino (Sanabria et al., 2005).

### **4.3. Representaciones Sociales**

Las representaciones sociales son entendidas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986); son las imágenes inmediatas del mundo presentes en una

comunidad lingüística cualquiera. Representación refiere, en este contexto, a la imagen mental que tiene un individuo cualquiera, acerca de alguna cosa, evento, acción, proceso no mental que percibe de alguna manera. Esta representación en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra, constituye una creencia o es elemento de una creencia y es la base del significado que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso (Raiter,2010).

Para entender y asimilar bien la teoría de las representaciones sociales, es importante reconocer los diferentes conceptos que han llevado al estudio de estas, sus orígenes y demás tal como lo plantea Vergara M.C. (2006), en la que se refiere a las Representaciones Sociales así:

“Es ya un lugar común que, para el pensamiento griego, había una distancia entre la doxa y la filosofía, entre el sentido común y el saber verdadero. La verdad tenía que ver con el valor de la demostración lógica que producía lo apodíctico, la construcción necesaria de concatenaciones de ideas, que permitían abrigar confianza en una afirmación. La doxa, en cambio, se movía en el mundo de lo asertórico, es decir, en las afirmaciones gratuitas, que no eran demostradas mediante la lógica. Los criterios de verdad se transformaron y se multiplicaron hacia el siglo XIV, cuando Galileo, asomado a un telescopio, quiso demostrar mediante la observación, el sistema racional de Copérnico. De esta manera, los tribunales de demostración de lo apodíctico variaron y la doxa ya no fue desmentida por falta de lógica sino porque provenía del pueblo. Entonces, las verdades populares, el sentido común, la vieja

doxa, fueron consideradas como el pensamiento ingenuo, sin la consistencia de la demostración, de la razón o de la ciencia. La verdad se encriptó en los claustros de la academia que cerró sus ojos y sus oídos a los dichos populares, a sus representaciones y a sus mitos. Sólo hasta mediados del siglo pasado, con el interés de la antropología y la etnología por las culturas remotas, se empezó a dar crédito a verdades que no provenían de la lógica formal y se descubrieron migraciones de conceptos que invadían, en avalanchas temerarias, el mundo aséptico de la ciencia y la razón. Y desde entonces, al menos como objeto de estudio, las representaciones sociales, ese mundo inasible, inestable e imponderable de los saberes construidos sin método, interesaron a diferentes disciplinas” (Vergara, 2006, p25).

Es así como, dentro de los antecedentes teóricos sobre las representaciones sociales, Émile Durkheim uno de los fundadores de la sociología, afirmó que existen diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos colectivos (Mora, 2002). Al respecto, Ignacio Martín Baró señala que una sociedad mantiene su unidad debido a la existencia de una conciencia colectiva. La conciencia colectiva consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad e irreductible a la conciencia de los individuos, ya que constituye un hecho social. (Mora, 2002).

La crítica a este concepto constituyó el punto de partida para que Moscovici en la década de los ochenta ofreciera su propuesta, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión), son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar, manera que crea la realidad y el sentido común. Es para enfatizar esta distinción que se utilizó el término "social" en vez de colectivo. (Moscovici, 1984).

Denise Jodelet, (citado por Perera, 1999, p10) quien en 1986 incorpora nuevos elementos esclarecedores a la teoría de Moscovici, definió las representaciones sociales como:

“...imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver...formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana... un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual”.

De modo general las Representaciones Sociales constituyen una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su constitución. (Perera, 1999). El contexto social determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación social. La mayor parte de estos materiales provienen del fondo cultural acumulado en la sociedad

a lo largo de la historia; este fondo cultural circula a través de toda sociedad bajo la forma de creencias compartidas, de valores considerados como básicos, de referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y constituyen la identidad de las comunidades (Ibáñez, 1994).

Para Vergara (2006) las representaciones sociales son guía de acción y marco de lectura de la realidad. Son sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales. Expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros, relaciones que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público. Las representaciones se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas, en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo de la vida (Vergara, 2006). En este sentido, podemos pensar que las representaciones sociales hacen posible abordar los conocimientos y prácticas que orientan la experiencia de vida frente a la citología cérvico uterina.

La noción de representación social nos sitúa en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social. La representación concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, capturamos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En esta forma, constituyen el conocimiento espontáneo e ingenuo, que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese saber que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico o experto (Vergara, 2006).

Las Representaciones Sociales se construyen así de manera particular y están influenciadas en gran parte por el contexto en el cual se ubican los individuos, estas se van interiorizando y asimilando de manera particular, por cada persona, por lo tanto es importante reconocerlas e intentar descubrirlas para identificar las conductas de los individuos. Se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Son imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, y aún, dar sentido a lo inesperado. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes tenemos algo que ver. Son teorías que permiten diseñar la actuación cotidiana. A menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones sociales son todo esto junto (Moscovici, 1986).

Las representaciones sociales varían de un sexo a otro debido a las diferencias en los papeles que se encarnan y a las situaciones sociales implicadas, entre las cuales se pueden mencionar las relaciones de poder, la inserción laboral y los contactos sociales. Estas diferencias condicionan los significados y la interpretación de las manifestaciones y efectos de un padecimiento a cuatro fuentes de información para la configuración de las representaciones sociales. La primera se relaciona con la vivencia de las personas; la segunda a su pensamiento; la tercera es la comunicación social y la observación; y la cuarta, son los conocimientos adquiridos a través de medios formales, tales como las lecturas, la profesión, y los medios de comunicación de masas. Estos últimos han tenido una función importante en la vulgarización de los conocimientos

científicos, puesto que las representaciones funcionan como sistemas de conocimiento favorables o desfavorables a la asimilación del conocimiento científico o técnico (Jodelet, 1997).

La revolución de las comunicaciones, primero a través de los libros y los periódicos y luego a través de los medios audiovisuales, ha permitido la difusión de imágenes, nociones y lenguajes que la ciencia inventa incesantemente. Estos se convierten en parte integrante del bagaje intelectual de las audiencias. Es un conocimiento de segunda mano que se extiende y establece constantemente nuevos consensos de acuerdo con los descubrimientos realizados y las teorías propuestas (Moscovici y Hewstone, 1986).

Es así como, las representaciones sociales albergan un gran volumen de informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, ritos, técnicas, costumbres, modas, sentimientos, creencias, nomos, miedos, entre tantas y diversas cosas que nos permiten vivir. Este contenido se relaciona con un objeto, un trabajo, un acontecimiento económico o un personaje social. Puede ser también la representación social de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase, etc.), en relación con otro sujeto. En esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura. Toda representación social es representación de algo y de alguien (Vergara, M.C., 2006).

Las representaciones sociales son un determinante a la hora de hablar de colectivos o incluso en el caso individual, cada persona posee una serie de información que ha ido adquiriendo a lo

largo de su vida y que determina su actuar de muchas maneras; Moscovici (1986), las define como “universos de opinión” y las clasifica por: la información, el campo de representación y la actitud.

Entre las características de las representaciones sociales se pueden encontrar las siguientes:

- ✓ Siempre es la representación de un objeto o de una persona.
- ✓ Tiene un carácter de imagen y la propiedad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- ✓ Tiene un carácter simbólico y significante.
- ✓ Tiene un carácter constructivo.
- ✓ Tiene un carácter autónomo y creativo

### **Formas de organización**

La información es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y calidad de los mismos, carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito.

La escuela francesa considera necesario clarificar algunos elementos que han sido considerados parte de las representaciones sociales; éstos son: las creencias, los saberes de sentido común y el papel del ser humano como productor de conocimientos. Existen dos tipos de creencias, resistibles e irresistibles. Las primeras hacen referencia a creencias presentadas como respuesta a estímulos sociales, y que luego son abandonados por el sentido común para adoptar representaciones nuevas. Las segundas, las irresistibles, son como ilusiones perceptuales: nosotros no tenemos la libertad de desecharlas, tenerlas o corregirlas, si se necesita hacerlo; son las ideas, memorias, o rituales que toman posesión de nosotros y son inadvertidamente asociadas en su forma, como si fueran independientes de nuestro razonamiento. Ejemplos de esto último son los prejuicios, trivialidades, proverbios, significados compartidos y también los paradigmas (Moscovici 1993).

En cuanto al saber popular, éste se compone de conocimientos, creencias y valores representados por símbolos, que son descifrables con sentido pleno, para quienes los han creado y los utilizan en su cotidianidad (Leis 1989, mencionado por López, 2002). Es una mezcla de ideas del saber-hacer, saber vivir, saber-oír, etcétera. Es un tipo de saber que excede a la determinación y la aplicación de criterios de verdad, pero en cambio comprende criterios de eficiencia, justicia, dicha, y belleza sonora y cromática. El consenso permite circunscribir el saber y diferenciar al que sabe del que no sabe; en suma, es lo que constituye la cultura de un pueblo (Lyotard 1989, mencionado por López, 2002).

El saber de sentido común es la forma en que las personas comparten su vida cotidiana, y le dan sentido a través de la comunicación. Por tanto, es un cuerpo de conocimientos basado en tradiciones socializadas y enriquecido por miles de observaciones y de experiencias sancionadas por la práctica. En dicho cuerpo, las cosas reciben nombres, los individuos son clasificados en categorías, se hacen conjeturas de forma espontánea durante la acción o la comunicación cotidianas. Todo esto es almacenado en el lenguaje, el espíritu y el cuerpo de los miembros de la sociedad. Esto otorga a dichas imágenes, a estos lazos mentales, un carácter de evidencia irrefutable, de consenso en relación con lo que todo el "mundo conoce". El último elemento es el que plantea la visión del hombre como productor de conocimientos, es decir, concebir al ser humano como un sujeto productor de historia, un ser activo que incide sobre su ambiente, y no como un ser pasivo que busca adaptarse a un ambiente (Moscovici y Hewstone 1993).

El campo de representación expresa la organización del contenido de esta en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas, nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto del objeto de representación.

Las representaciones sociales tienen un arraigo cultural muy fuerte y determinan por decirlo así el actuar de los individuos dentro de un contexto específico, ellas poseen funciones sociales dentro de un colectivo, según Jodelet (1986) estas son:

- ✓ El mantenimiento de la identidad social.
- ✓ El equilibrio socio cognitivo.
- ✓ Orientación de conductas y comunicaciones
- ✓ Justificación anticipada o retrospectiva de las interacciones sociales.

Por otro lado los autores como Moscovici, Abric y Doise (citados por Pérez, 1991), atribuyen a las representaciones sociales un papel fundamental en la dinámica de las relaciones. Y en la práctica responde a funciones esenciales como son:

- ✓ Funciones de conocimiento o saber: Las representaciones permiten comprender y explicar la realidad. Adquirir conocimientos e integrarlos en un marco comprensible para los individuos, que responda a los valores a los cuales ellos adhieren y faciliten la comunicación, coherente con sus esquemas cognitivos y valores. Las representaciones definen un marco de referencia común, que posibilita el intercambio social, la transmisión y la difusión de un conocimiento "espontáneo" e "inocente", que en las ciencias sociales es denominado como el "conocimiento del sentido común".
- ✓ Funciones identitarias: Las representaciones también tienen la función de situar a los individuos en el campo social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, es decir, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados"

- ✓ Función de guía para el comportamiento: Al ser la representación un sistema de pre-codificación de la realidad, se constituye en una guía para la acción, a partir de factores esenciales. La representación permite conformar un sistema de anticipaciones y expectativas; constituyendo por tanto una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.
  
- ✓ Funciones Justificativas: Las representaciones, permiten justificar la toma de posición y los comportamientos a posteriori en la interacción. En el caso de grupos que interactúan a nivel competitividad, unos elaboraran representaciones del otro grupo, atribuyéndoles características que les permitan justificar o explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.
  
- ✓ Función Sustitutiva: Las representaciones actúan como imágenes que sustituyen la realidad a la que se refieren, al tiempo que participan en la construcción del conocimiento sobre dicha realidad.
  
- ✓ Función Icónico-Simbólica: Permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de las imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad (Perera, 1999).

Las Representaciones Sociales son determinantes para los individuos, determina que actitudes, conocimientos o actividades poseen las personas en torno a las diferentes acciones que realizan

cotidianamente, como ya se mencionó existen formas de generar problemas en la salud por un manejo o prácticas inadecuadas, es precisamente este aspecto el que se pretende evaluar en esta investigación y poder conocer como las diferentes actitudes, conocimientos y creencias influyen en las mujeres para realizarse la citología.

## **Estructura de las Representaciones Sociales**

Respecto a la estructura Moscovici (1979) ha señalado que las representaciones se articulan en torno a tres ejes o dimensiones, ellos son:

- ✓ La Actitud: Es la dimensión afectiva, imprime carácter dinámico a la representación y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma; dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Los estudios han demostrado que desde el punto de vista de la génesis, es casi siempre, la primera dimensión de una representación; pues nos representamos "algo" luego y en función de la toma de posición hacia ese "algo". Los elementos afectivos tienen entonces una importancia trascendental en la constitución de toda representación, al jugar un papel estructurante o desestructurante. La actitud es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación, se deduce que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y quizá primera desde el punto de vista genético, en consecuencia es

razonable concluir que nos informamos y representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición.

- ✓ La información: Es la dimensión que da cuenta de los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos la pertenencia grupal y la inserción social juegan un papel esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediada por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.
  
- ✓ La Representación: Nos sugiere la idea de "modelo", está referido al orden y jerarquía que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que es la parte más estable y sólida, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. Esta dimensión es "construida" por el investigador a partir del estudio de las dos anteriores (Moscovici, 1979).

Dada la importancia de estos tres factores en el campo de la estructuración de las representaciones sociales, el presente estudio se propuso describir los conocimientos, prácticas y actitudes frente a la toma de citología cérvico uterina de las mujeres de Red Unidos del Municipio de Manizales.

## Mecanismos de formación de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Son imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, y aún, dar sentido a lo inesperado. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes tenemos algo que ver. Son teorías que permiten diseñar la actuación cotidiana. A menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones sociales son todo esto junto

Para Moscovici (1986), es importante referir que las representaciones sociales no se generan sobre cualquier fenómeno, tema u objeto, sino que tiene que darse una serie de condiciones que afecten tanto al fenómeno social, como al grupo. En lo que se refiere al objeto, éste debe tener un carácter social, es decir, debe establecer relaciones entre dicho objeto y las personas, ya que los grupos sociales no elaboran un pensamiento compartido más que a propósito de los objetos que son significativos para ellos y este proceso debe cumplir con alguna de las siguientes características:

- ✓ Suponer un cambio importante en la concepción del mundo y del ser humano, por ejemplo, desarrollos tecnológicos que tienen impacto social como la telefonía celular.
- ✓ Desarrollar fenómenos o procesos que modifiquen las condiciones de vida de una sociedad de tal modo que se produzcan cambios en las concepciones de los objetos sociales.
- ✓ Se debe relacionar con acontecimientos dramáticos normalmente dolorosos que afecten a una sociedad, tales como el SIDA.

- ✓ Debe partir de fenómenos o procesos que estén presentes de forma importante en la vida social de las personas y afecten los procesos básicos de comunicación, interacción social o de la visión del mundo, de sí mismo y de los demás (Páez, 1987; Elejabarrieta, 1995 citados por Vergara, M.C. 2006).

De otro lado, se pueden esbozar otras características para que se constituya una representación social sobre algún objeto o tema:

- ✓ Que haya una dispersión de la información sobre ese objeto por una transmisión indirecta de las informaciones, y esa dispersión dé lugar a numerosas distorsiones en la información.
- ✓ Que exista una localización determinada por la posición específica del grupo social frente al objeto social que consiste en que los miembros del grupo prestan un interés particular a ciertos aspectos del objeto y un desinterés relativo a otros aspectos, lo que impide a las personas tener una comprensión global del fenómeno.
- ✓ Que el proceso de presión de la inferencia, que consiste en que las personas contrasten lo que conocen del objeto social con las opiniones dominantes en el grupo (anclaje), permita la estabilidad del conocimiento que tiene el grupo y el desarrollo de conductas y discursos coherentes con el objeto y con el grupo (Moscovici, 1986).

Es importante tener en cuenta que una representación social sólo se crea y funciona en un grupo de carácter reflexivo, es decir, aquel donde sus miembros reconocen su pertenencia y disponen de criterios para saber quiénes pertenecen al grupo y quiénes no, a diferencia del grupo nominal que se caracteriza porque sólo existe desde el punto de vista del observador externo.

Estos grupos nominales pueden tener en común una actitud o un esquema cognoscitivo, pero no tienen identidad social. En los grupos reflexivos, el conocimiento implícito en las representaciones sociales debe ser público, circular libremente en el grupo e insertarse en el discurso cotidiano de las personas, para que las representaciones sociales puedan cumplir sus funciones de permitir una comprensión de la realidad y de orientar las prácticas cotidianas. El grupo reflexivo se caracteriza por el pensamiento grupal. (Moscovici 1993)

Lo que caracteriza a las representaciones sociales es que se refieren a un objeto socialmente relevante para un grupo y que se generan a través de procesos comunicativos particulares como la objetivación y el anclaje (Jodelet, 1993).

La objetivación es la transformación de conceptos abstractos o extraños en experiencias y materializaciones concretas, comprende la transformación icónica y la naturalización. La transformación icónica consiste en sintetizar las informaciones que se tienen sobre el objeto social en un esquema icónico, lo abstracto sufre una especie de cosificación y se convierte en algo concreto y familiar lo esencialmente conceptual y ajeno (Perera, 1999). Consta de tres fases:

- ✓ Construcción selectiva, permite la apropiación de los conocimientos relativos al objeto de representación, se seleccionan y descontextualizan los elementos que resultan significativos para el individuo y donde la pertenencia social juega un papel vital.
- ✓ Esquematación estructurante, permite la organización coherente de la imagen simbólica del objeto, dotando a los sujetos de su visión de esa realidad. Los elementos seleccionados se

estructuran y organizan en el esquema o núcleo figurativo, en torno al cual se vertebra la representación.

- ✓ Naturalización, la imagen, los elementos que constituyen el núcleo adquieren existencia propia, despojado en lo posible de niveles de abstracción funcionan como categorías sociales del lenguaje (Perera, 1999).

Esta transformación opera mediante una selección y descontextualización de las informaciones sobre el objeto. La selección se produce porque, dada la imposibilidad de tener acceso a todos los datos del objeto socialmente relevante, los integrantes del grupo se centran en uno de ellos y descartan otros. Además, la representación para ser funcional debe limitarse a algunos elementos accesibles a la memoria, y la descontextualización surge de la transformación de las ideas científicas en conocimiento cotidiano, las informaciones deben ser separadas (descontextualizadas) de la fuente que las han generado inicialmente. De otro lado, la naturalización es la tendencia a dotar de realidad a ese esquema figurativo y a sus elementos, de tal manera que las imágenes reemplacen la realidad (Moscovici, 1986).

El anclaje es la integración cognoscitiva del objeto, representado dentro del sistema de pensamiento grupal preexistente. Implica la incorporación de lo desconocido en un sistema de categorías y especificaciones conocidas, designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad, es así como a través del anclaje la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes (Moscovici, 1979). En

otras palabras, este proceso permite integrar las nuevas representaciones a todo el sistema representacional pre existente, reconstruyendo permanentemente la visión de la realidad, permite explicar el proceso continuo y contradictorio en que transcurre la formación-transformación de las representaciones. Lo novedoso se lleva al plano de lo conocido, donde se clasifica a partir de un sustrato cognoscitivo y emocional previo donde las experiencias vividas juegan un papel importante. (Perera, 1999).

Para Moscovici (1986), este proceso tiene cuatro dimensiones:

- ✓ Primera Dimensión: consiste en la inserción en un cuadro de referencia conocido y preexistente, se trata de amortiguar el impacto de lo nuevo, insertándolo en lo conocido.
- ✓ Segunda Dimensión: es la instrumentalización social del objeto representado, es decir, la representación social sirve a unos fines ya que se vuelve instrumento de comunicación y de comprensión mutua, que permite a los miembros de un grupo disponer de un mismo lenguaje para comprender los eventos, las personas y los otros grupos.
- ✓ Tercera Dimensión: la representación social guarda relación con las funciones de clasificación y de discriminación, que permiten ordenar el entorno en unidades significativas y facilitar así su comprensión.
- ✓ Cuarta Dimensión: la representación social guarda relación con los procesos de categorización social, es decir, con la auto identificación como miembro de un grupo y, a la inversa, identifica quiénes no son miembros del grupo.

Moscovici en 1979 aclara ambos procesos argumentando que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el del hacer, así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también cómo se expresan (mencionado en Mora, 2002).

Toda representación social se organiza alrededor de un nodo central y de un sistema periférico. En los últimos años ha venido tomando solidez y auge la llamada Teoría del Núcleo Central, que pretende explicar la estructura de las representaciones desde una perspectiva que privilegia un tanto la arista cognitiva. Su autor Jean-Claude Abric, plantea que una representación puede ser descrita e identificada cuando se aprehende su contenido y estructura. Supone la existencia de un sistema central y otro periférico. El primero es un subconjunto de la representación, cuyos componentes la estructuran y la dotan de un significado que ante transformaciones profundas del contexto social que impactan al objeto de representación, modifican la representación en su conjunto. Este sistema central tiene una doble función: generadora y organizadora, cada uno de estos sistemas (central y periférico) tienen un papel específico y complementario entre ellos. Esta teoría retoma las ideas de Moscovici respecto al rol genético del núcleo y profundiza en el significado y organización interna que el mismo proporciona a la representación en su conjunto (Perera, 1999).

El nodo central es el sistema que da significado a la representación social y está constituido por aquellos elementos que son importantes no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente.

Está ligado a los eventos históricos, sociológicos e ideológicos del grupo, se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación. El sistema periférico se caracteriza por que está determinado por la historia individual de las personas, por sus experiencias particulares. Esto determina que los elementos sean más influidos por el contexto social inmediato en el que los sujetos se desenvuelven y han de expresarse, y actúan en relación con el objeto de la representación. Por esto, los elementos del sistema periférico son más dúctiles e inestables, más vulnerables a las presiones de elementos extraños a la representación.

En esta variante particular de la teoría de la representación social la noción de núcleo central proporciona una interesante respuesta a la cuestión epistemológica clave respecto al vínculo entre representaciones individuales y realidad social. El núcleo central es el principio organizador que hace estable la representación social, y esta estabilidad resulta de su objetificación. Ese proceso crea un núcleo figurativo, un núcleo de imágenes, el cual descontextualiza los principales elementos de una representación al punto donde asumen una vida por sí mismos como parte de un contexto social que conforma las mentes individuales (Ruiz Oleabuénaga, 1996).

Cuando los sujetos perciben como reversibles los cambios en las circunstancias que afectan las prácticas, se mantiene la antigua representación social por el principio de economía cognoscitiva. Las personas prefieren soportar las contradicciones entre sus prácticas actuales y su representación social antes que modificar ésta totalmente, ya que al cesar las circunstancias que

motivaron las nuevas prácticas, la representación social antigua resulta más confiable. De acuerdo con lo anterior, los tipos de transformación que puede tener una representación social son tres:

- ✓ Transformación resistente: Ocurre cuando las prácticas nuevas y contradictorias con la presentación pueden ser integradas por el sistema periférico y tratadas mediante interpretaciones, justificaciones, racionalizaciones o referencias a normas externas a la representación. Aparecen elementos extraños en el sistema periférico, sin afectar en un principio al nodo central, que sólo sería afectado si los elementos extraños se multiplican de manera persistente.
- ✓ Transformación progresiva: Ocurre cuando las nuevas prácticas no son totalmente contradictorias con la representación, por lo cual ésta transforma sin cuestionamiento esencial del nodo central, aunque al enriquecerse y fusionarse éste con los nuevos elementos genera un nuevo nodo central; es decir, una representación social distinta de la anterior.
- ✓ Transformación brutal: Ésta tiene lugar cuando las nuevas prácticas, percibidas como permanentes e irreversibles, actúan directamente sobre el nodo central, sin dar posibilidad de actuar a los mecanismos de defensa, por lo que producen el cambio radical en la representación. Este caso es hipotético, pues la investigación aplicada no ha encontrado aún algún caso que lo muestre.

## **Fuentes de las Representaciones Sociales**

En sentido amplio, básicamente se trata de la experiencia acumulada por la humanidad a lo largo de su historia, escenario donde cristaliza la cultura, que asume particularidades en cada contexto socioeconómico concreto, y que en forma de tradiciones, normas, creencias, valores llega a cada hombre como expresión de la memoria colectiva. Se afirma que una modificación o transformación en las condiciones de vida de una sociedad es lo que provoca reelaboraciones, transformaciones y cambios en las concepciones sobre los objetos sociales. Un fenómeno desconocido hasta el momento, y por tanto no familiar, si es evidentemente relevante no por sus atributos o cualidades sino por su relación con los sujetos, da lugar a procesos de comunicación colectiva, que lo hacen inteligible y manejable, dando origen así a la constitución de una representación social (Perera, 1999).

Mediante el lenguaje, vehículo por excelencia de la comunicación en sus diversos niveles y formas, se transmite todo el arsenal de la cultura, determinante en la conformación de las representaciones sociales. De tal modo al referirnos al contexto sociocultural que determina una representación, debemos tener en cuenta las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de representación que estudiamos. Son importantes además las instituciones u organizaciones con las que interactúan los sujetos y los grupos, así como la inserción social de los individuos, en términos de pertenencia a determinados grupos (clasistas, de género, étnico, raza, etc.) y las prácticas sociales mediante las que producen y reproducen su cotidianidad. Otra importante fuente de las

representaciones es la comunicación social en sus diversas formas: los medios de comunicación social como transmisores de conocimientos, valores, modelos, informaciones y la comunicación interpersonal. Respecto a esta última se deben destacar las conversaciones cotidianas, en las que recibimos y ofrecemos todo un caudal de informaciones determinantes en la estructuración de toda representación social. En el curso de estas interacciones comunicativas se configura el llamado "trasfondo comunicacional", que sirve de escenario permanente a las representaciones y deviene en fuente inagotable de contenidos para las mismas (Perera, 1999).

Teniendo en cuenta el papel tan importante de las fuentes de información en la conformación de las representaciones sociales, esta investigación centró uno de sus objetivos en identificar y analizar estas y su papel determinante en la construcción de las Representaciones Sociales que sobre la toma de citología vaginal, tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Enfoque y tipo de estudio**

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio, este se abordó desde un enfoque cualitativo- comprensivo, pues mediante este enfoque se pretendió comprender el significado subjetivo que tienen las mujeres del programa Red Unidos sobre la toma de la citología vaginal como el procedimiento que permite detectar de manera temprana el cáncer de cuello uterino; contiene un análisis explícito de los datos desde una perspectiva ontológica y epistemológica que conduce a la interpretación y comprensión de las representaciones sociales relacionadas con la toma de la citología.

### **5.2. Metodología**

Para esta investigación se buscó comprender las representaciones sociales, tomando como base la metodología abordada en el estudio realizado por Vergara M.C 2006, “Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes en la ciudad de Manizales”, en el cual se realiza un estudio semejante desde una vertiente más procesual que estructural de las Representaciones Sociales, siguiendo los planteamientos de María Auxiliadora Banchs (citado por Vergara, 2006), en el que se trata de develar el carácter histórico cultural, que implica por un lado que las representaciones no surgen de la nada, sino que están ancladas en una

cultura, con sus saberes populares, mitos, tradiciones, y por lo tanto responden a las características particulares de cada tradición histórico cultural, lo que las hace cambiantes.

### **5.3. Unidad de trabajo**

Las mujeres de la estrategia Red Unidos que no se han hecho nunca la citología cérvico uterina o con más de 3 años de la última citología; entre los 25 y 69 años de edad, residentes en las diferentes comunas de la zona urbana en donde se encuentra la estrategia Red Unidos en el Municipio de Manizales.

El proceso para la selección de las mujeres participantes en el estudio se desarrolló en dos fases:

- ✓ La primera fase consistió en la ubicación de las bases de datos del programa Red Unidos previa solicitud de autorización a las directivas, ésta contenía los datos de identificación de las mujeres tales como nombre completo, documento de identificación, fecha de nacimiento, edad, dirección de residencia, teléfono de contacto entre otros, así como el registro del cumplimiento del Logro 19: “Las mujeres de la familia asisten a los programas de tamizaje de cáncer de cuello uterino y seno y conocen los resultados” (ANSPE, 2011). De esta base de datos se seleccionaron aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión ya descritos tales como edad entre los 25 y 69 años, residentes en el área urbana de Manizales y que no se habían hecho nunca la citología cérvico uterina o con más de 3 años de la realización de la última citología. En total se identificaron 540 mujeres con estos criterios. Esta base de datos se entregó a ASSBASALUD ESE, como IPS del primer nivel de atención

del Régimen Subsidiado, para que confirmara desde la historia clínica la toma de citología cervicouterina en un período de tres años atrás. Se identificaron 479 mujeres que nunca se habían realizado la toma de citología cérvico uterina o llevaban más de 3 años desde la última vez que se la había tomado. De acuerdo a la comuna de residencia de estas mujeres, se logró agruparlas así:

**Tabla 3. Distribución de la población de mujeres de la Estrategia Red Unidos por Comunas según su lugar de residencia.**

COMUNA	N° DE MUJERES SIN CITOLOGIA
LA ESTACION	1
PALOGRANDE	1
ECOTURISTICA	2
CUMANDAY	6
TESORITO	8
ATARDECERES	12
UNIVERSITRIA	21
RURAL	24
LA FUENTE	29
LA MACARENA	47
SAN JOSE	51
CIUADAELA DEL NORTE	88
VACIAS/SIN DATO	189
<b>TOTAL</b>	<b>479</b>

Fuente Archivos de la investigación

Es importante mencionar que según la verificación de la información consignada en la base de datos, se encontró un total de 189 registros incompletos situación que no permitió la ubicación de las mujeres, es así como fueron convocadas para las actividades programadas un total de 236 mujeres que cumplían con todos los criterios de selección.

- ✓ La segunda fase de la convocatoria, según lo propuesto inicialmente, fue seleccionar las cinco comunas con mayor concentración de población para realizar el estudio, estas fueron Ciudadela del Norte, San José, La Macarena, La Fuente y Universitaria. En reunión realizada con las Coordinadoras de Red Unidos, se planteó la posibilidad de lograr el contacto con la comunidad y hacer la convocatoria de las mujeres a los eventos programados por intermedio de las cogestoras de la estrategia Red Unidos; se es así como se les presentó el proyecto con sus beneficios a las coordinadoras y a las cogestoras y se hace el cronograma para la aplicación de las encuestas y los grupos de discusión.

**Figura 1. Presentación del proyecto a funcionarias de la Estrategia Red Unidos**



Fuente Fotos de archivo de la Investigación.

Se solicitó el apoyo de ASSBASALUD para llevar a cabo las actividades en los centros de atención ubicados en cada Comuna, como actividad adicional se solicitó a esta Institución Prestadora de Servicios de Salud, tener la disponibilidad de hacer la toma de la citología vaginal a las mujeres asistentes. En la tabla 4, se presenta el cronograma de actividades, lugar, fecha, mujeres invitadas, mujeres asistentes y mujeres que se realizaron la citología después de la reunión.

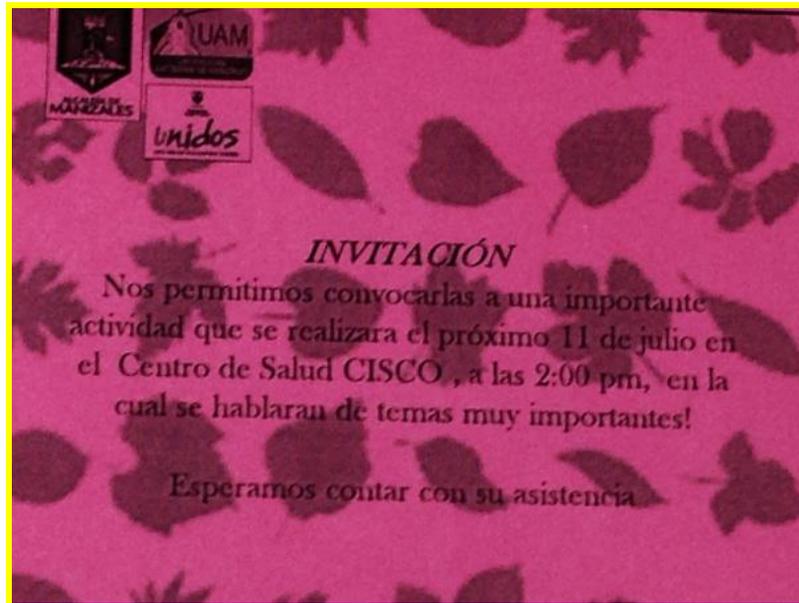
**Tabla 4. Cronograma de actividades, fecha y sitio de la convocatoria, mujeres asistentes.**

COMUNA	FECHA	LUGAR DE LA REUNION	N° DE MUJERES INVITADAS	MUJERES QUE ASISTEN	MUJERES QUE SE TOMA LA CCU
Universitaria	25 de junio de 2014	Centro de Salud Aranjuez	21	1	1
La Fuente	2 de julio de 2014	Centro de Salud El Prado	29	1	0
La Macarena	3 de julio de 2014	Centro de Salud El Bosque	47	7	3
San José	8 de julio de 2014	Centro de Salud PIC Galán	51	11	3
Ciudadela del Norte	10 de julio de 2014	Centro de Salud Cisco	88	14	4
Total			236	34	11

Fuente Archivo de la Investigación.

Se diseñaron tarjetas de invitación las que fueron entregadas por las cogestoras de Red Unidos, a cada mujer que cumplía criterios de inclusión con la fecha y el lugar de convocatoria.

**Figura 2. Invitación a participar en la investigación, fecha y lugar de convocatoria.**



Fuente Archivo de la Investigación.

#### **5.4. Unidad de análisis**

Para el presente estudio, se definió como unidad de análisis las transcripciones realizadas de la información recolectada en las preguntas abiertas de las encuestas, grupos de discusión y entrevistas en profundidad realizadas para identificar las representaciones sociales de las mujeres, logrando con ello identificar los conocimientos, actitudes y prácticas, de igual manera las fuentes de información que han permitido la construcción de las representaciones sociales frente a la toma de la citología cérvico uterina y su relación con los aspectos más sobresalientes en el desarrollo del nodo central y el sistema periférico en las mujeres del programa Red Unidos.

## 5.5. Categorías de Análisis

En el siguiente cuadro se resumen las categorías de análisis seleccionadas para la presente investigación las cuales fueron abordadas en la encuesta inicial, y que se fueron profundizando con la aplicación de técnicas que permitían analizar en profundidad la información recolectada.

**Tabla 5. Categorías de Análisis**

CATEGORÍAS DE ANALISIS		DEFINICIÓN
Socio demográficos	Edad	Tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.
	Estado civil	Condición de unión o vínculo de un individuo con otra persona. (ENDS, 2010).
		Soltera
		Vive en pareja hace más de un año
		casada
		Está separada o divorciada
		Viuda
		Otro
Escolaridad	Última capacitación recibida según la estructura del sistema educativo formal, independiente de si terminó completamente, según Decreto 088	

		de 1976.
		Ninguno
		Educación preescolar
		Primaria incompleta
		Primaria completa
		Secundaria incompleta
		Secundaria completa
		Técnico
		Tecnólogo
		Universidad incompleta
		Universidad completa
		Post grado incompleto
		Post grado completo
	Ocupación	Tarea o función que desempeña y que puede estar relacionada o no con su nivel de educación, y por la cual recibe un ingreso en dinero o especie.
		Trabajando
		Buscando trabajo
		Estudiando
		Oficios del Hogar
		Otros

<p>Conocimientos sobre la citología vaginal</p>	<p>Conocimientos sobre el tipo de examen, lugar de la toma de la muestra para la citología vaginal (parte del cuerpo), beneficios de la citología vaginal (para que sirve), frecuencia para la realización de la citología vaginal (cada cuanto), por qué es importante reclamar los resultados.</p>	<p>Se refiere al conocimiento que poseen las mujeres sobre la citología vaginal</p>
<p>Prácticas relacionadas con la citología vaginal</p>	<p>Antecedentes de la práctica de citología, seguimiento de la citología vaginal, interés por conocer resultado del examen.</p>	<p>Se refiere al contacto previo de las mujeres con el programa de tamizaje del Cáncer de cuello uterino o sus familiares cercanos</p>
<p>Actitud de las mujeres</p>	<p>Formas de actuar de las mujeres, comportamientos que emplean para hacer o no hacer uso de las citologías. Acciones y predisposiciones.</p>	<p>Actitud de las mujeres del programa Red Unidos frente a la toma de la citología vaginal, en un tiempo determinado</p>
<p>Nodo central y sistema periférico</p>	<p>Conocimientos, prácticas arraigados en</p>	<p>Sistema Periferico: conocimientos arraigados en las personas.</p>

	las personas de manera individual o de manera colectiva.	Nodo central: conocimientos arraigados en el grupo.
Fuentes de información	Definir de dónde han aprendido las personas lo que saben de la citología	De los padres
		Escuela
		Medios de comunicación
		Personal de salud

Fuente Archivo de la Investigación.

## 5.6. Trabajo de campo

En el planteamiento inicial se propuso aplicar la encuesta a todas las mujeres del programa Red Unidos asistentes a la convocatoria, con el fin de conocer aspectos socio demográficos generales de estas mujeres y de sus conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de la citología vaginal que permitieran perfilar la población; se tenía programado realizar cinco actividades (encuestas y grupos de discusión) en las cinco comunas con mayor número de mujeres del programa Red Unidos identificadas que evitan la toma de la citología vaginal (Universitaria, La Fuente, La Macarena, San José y Bosques del Norte).

Para complementar las actividades propuestas, se acordó en conjunto con ASSBASALUD tener disponibilidad de la toma de citología cérvico uterina en los centros de atención el día de la convocatoria con prioridad para las mujeres del programa Red Unidos, de manera que las asistentes a la actividad previa sensibilización y motivación con el programa, pudieran tener

acceso a la prestación del servicio de salud. Es así como once (11) de las mujeres asistentes se tomaron la citología vaginal (32,3%), con resultados normales en todos los casos.

## **5.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de información**

A continuación se describen las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información lo que permitió el acercamiento a lo que piensan, creen y motiva la acción y la demanda de la citología cérvico uterina de las mujeres del programa Red Unidos.

### **Encuesta**

La encuesta se puede definir como una técnica primaria de obtención de información sobre la base de un conjunto objetivo, coherente y articulado de preguntas, que garantiza que la información proporcionada por las personas pueda ser analizada (Abascal, 2005).

Según Latorre (1996), la encuesta es un método de recolección de información, basado en una serie de preguntas dirigidas a sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio, con la finalidad de describir y/o relacionar características personales. De acuerdo al autor “mediante la elaboración y la realización adecuada de una encuesta, un investigador social puede llegar a responder preguntas sobre el qué, el cómo, el cuándo, el quién y también el porqué de la realidad”. (p.40).

Las encuestas aplicadas tuvieron como objetivo identificar de manera individual los conocimientos, prácticas, actitudes de las mujeres frente a la toma de la citología cérvico uterina e identificar las características sociodemográficas de las mujeres participantes, así como evidenciar las fuentes de información que permitieron la construcción de las representaciones sociales. Permitiendo después de su análisis, la definición de las preguntas para los grupos de discusión.

Las preguntas de la encuesta fueron formuladas buscando dar cumplimiento a los objetivos propuestos por la investigación (Anexo 3); para definir la validez de esta se aplicó una prueba piloto a quince (15) mujeres con características similares a las mujeres del programa Red Unidos y que cumplieran con los criterios de selección. Las preguntas fueron ajustadas según las dificultades identificadas buscando mejorar la redacción, reducir la extensión de las mismas, generar claridad y facilitar el entendimiento por parte de las mujeres encuestadas.

La encuesta fue diligenciada por 34 mujeres asistentes a la convocatoria, previa explicación del proyecto y diligenciamiento del consentimiento informado, de estas se debieron rechazar cinco (5) encuestas por no cumplir con los criterios de inclusión para la investigación.

## Grupos de discusión

Los grupos de discusión pueden definirse como una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador, se trata de una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés (Escobar & Bonilla, 2011), en este estudio los grupos de discusión tuvieron como objetivo analizar de manera grupal con las mujeres las representaciones sociales creadas alrededor de la citología cérvico uterina, obteniendo información valiosa que permitió identificar categorías emergentes para el presente estudio.

A pesar de la convocatoria realizada no fue posible la realización de los cinco grupos de discusión, por la limitada acogida de las mujeres citadas, logrando la realización de tres (3) de ellos en las comunas La Macarena, San José y Ciudadela del Norte.

Para los grupos de discusión se estableció un protocolo guía (Anexo 4) que permitió el desarrollo de esta actividad, en este se incluyeron las instrucciones, las funciones de cada integrante del grupo (moderador, investigadores y participantes), así como las preguntas guía para el moderador del grupo.

## Entrevistas en profundidad

Se definen como la entrevista profesional que se realiza entre un entrevistador/a y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. Para Ruiz (1996), con estas se pretende identificar los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas frente a cualquier situación, en este caso de las mujeres frente a la toma de la citología cérvico uterina; de manera especial esta técnica permitió en este estudio triangular la información de la información recogida en los grupos de discusión y en las encuestas.

De las mujeres que participaron de los Grupos de Discusión, se seleccionó un grupo de mujeres cuya opinión y respuestas sobre el tema marcaron diferencia con respecto a las otras respuestas obtenidas, se logró ubicar a tres (3) de ellas quienes aceptaron participar. A medida que se avanzaba en el desarrollo del estudio se realizó un proceso de comparación constante de la información para luego realizar la triangulación de la misma en las entrevistas en profundidad.

Para realizar las entrevistas se diseñó un protocolo (Anexo 5) que incluía las preguntas y la metodología utilizada; se citó a las mujeres y se hizo grabación del momento de la entrevista.

Con las entrevistas se dio por terminada la etapa de recolección de información; previo análisis del número de mujeres participantes y la calidad de la información recopilada se concluyó que por tratarse de un estudio cualitativo y por haberse obtenido la saturación de las

categorías, era suficiente el número de mujeres que participaron para dar validez a la investigación.

## **5.8. Sistematización de la información**

Para el ordenamiento de los datos recopilados en la encuesta se utilizó el software SPSS versión 19.

Los grupos de discusión y las entrevistas, fueron registrados mediante la filmación y grabación; luego se realizaron las transcripciones lo que permitió y facilitó el análisis e integración con los datos recogidos previamente, se utilizó el Atlas ti, software para el análisis cualitativo de los datos y que permitió la identificación de categorías emergentes.

## **5.9. Plan de análisis**

*“Reflexionar haciendo y hacer reflexionando”*. (Osse, 2006).

El análisis cualitativo de los datos estuvo orientado mediante un proceso no matemático de interpretación, llevado a cabo con el propósito de descubrir conceptos, relaciones y de organizarlos en esquemas teóricos explicativos, en el que se produce un entrelazamiento de las operaciones de recolección de datos, codificación, análisis e interpretación de la información a lo largo de todo el proceso, lo cual, refleja de algún modo, el carácter holístico de la investigación

cualitativa. Teniendo en cuenta a Osses B., Sonia, Sánchez T., Ingrid, & Ibáñez M, Flor, (2006), el análisis de la información fue abordado de forma sistemática, orientado a generar constructos y establecer relaciones entre ellos, constituyéndose en un camino para llegar de modo coherente a la teorización, la comprensión de los conocimientos, actitudes y prácticas, a través de ordenar y relacionar lógicamente la información recolectada.

En este estudio, como ya se mencionó, se partió del análisis de las respuestas obtenidas de las encuestas, lo que permitió identificar el perfil de las mujeres participantes y sus opiniones frente a la toma de la citología vaginal; la información recopilada en los grupos de discusión y en las encuestas fueron revisadas con el propósito de determinar qué nuevas preguntas podían ser planteadas y contestadas fructíferamente hasta llegar a la saturación de las categorías. Se tuvo en cuenta el criterio de saturación teórica o sea hasta cuando el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene, lo que permitió definir que el número de mujeres participantes y la calidad de la información recopilada fue suficiente para dar validez a la investigación.

El análisis de la información estuvo acompañado de un proceso continuo de codificación de la información, interpretación, comparación constante entre actores y técnicas, con el fin de lograr una triangulación de la información que permita como lo propone De la Cuesta (1998), llegar a la saturación de categorías, tomando como fundamento aspectos de la teoría fundamentada.

Vale la pena resaltar que si bien no se utilizó la teoría fundamentada en toda su expresión se tomaron aspectos básicos para una mejor comprensión de las representaciones sociales.

La teoría fundamentada se describe como un modo de hacer análisis. De la Cuesta (1998), considera que su objetivo es el de generar teoría a partir de textos recogidos en contextos naturales y sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad. La teoría fundamentada: “Es una Metodología General para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar a cerca de los datos y poderlos conceptualizar (Sandoval, 1997).

Uno de los procesos metodológicos es la “comparación constante”, que connota una continua revisión y comparación de los datos capturados para ir construyendo teoría de la realidad. Para elaborar la teoría, es fundamental que se descubran, construyan y relacionen las categorías encontradas; estas constituyen el elemento conceptual de la teoría y muestran las relaciones entre ellas y los datos. La teoría fundamentada, puede partir de teorías bien fundadas, donde se extraen una serie de hipótesis, las cuales buscan ser demostradas mediante la comparación constante con la realidad cultural (Choque, 2011).

Tal como lo menciona De la Cuesta (2006), el investigador debe asegurarse que la comparación constante va caracterizando el proceso. La saturación teórica se logra recogiendo información hasta que ya no surgen nuevas evidencias o sucesos que pueden informar del desarrollo del proceso. No hay una norma clara de corte, pero es importante saturar la información obtenida. Cuando se van produciendo situaciones similares a las ya registradas, el investigador deberá confiar en que la categoría se va saturando.

Es así como dentro del proceso de recolección y análisis de la información se hizo comparación constante de la información recolectada, se trianguló y se buscaron nuevas evidencias hasta lograr la saturación de las categorías, las cuales permitieron hacer una descripción de las categorías iniciales, conocimientos, actitudes, prácticas, fuentes de información y los componentes del nodo central y sistema periférico, posteriormente se paso a un segundo nivel de codificación emergente para finalmente identificar un corpus textual que permitiera la comprensión de las representaciones sociales.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio con su respectivo consentimiento informado (Anexo 1), fue sometido al análisis del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales, el cual fue aprobado según consta en el acta N° 032 del 12 de marzo de 2014, según lo estipulado en la Resolución 08430 de 1993 esta investigación se consideró sin riesgo para la población objeto en consideración de que se trata de personas adultas y porque no se realizan acciones que les causen daño.

Por tratarse este de un proyecto que beneficia a la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE), Estrategia Red Unidos Manizales, como medio para alcanzar el cumplimiento del logro 19, y que de igual manera beneficia a la Secretaria de Salud Pública del Municipio de Manizales en el sentido de que es un aporte para lograr la adherencia de un grupo importante de mujeres al programa detección precoz del cáncer de cuello uterino, se logró la iniciativa de la Secretaria de Salud Pública quien mediante oficio (Anexo 2) solicitó a las directivas de la estrategia Red Unidos Manizales colaboración para llevar a cabo el presente proyecto, es así como se obtuvo una alianza estratégica entre ambas Entidades que facilitó definitivamente la realización del estudio “Representaciones Sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina”.

Es importante mencionar que con el fin de proteger la identidad de las mujeres participantes en este estudio, les fue asignado un código que fue utilizado durante la elaboración del presente informe, tal como se muestra en el Capítulo de Resultados.

## **7. RESULTADOS**

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el proyecto, a continuación se presentan los resultados obtenidos de las respuestas dadas por las mujeres del programa Red Unidos en cuanto a sus pensamientos, actitudes y prácticas frente a la toma de la citología cérvico uterina como mecanismo de detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino, permitiendo establecer aspectos relacionados con el nivel de identificación de las mujeres con el grupo y de qué manera estas manifiestan las experiencias propias que influyen en su decisión frente a la toma de la citología vaginal. Es necesario aclarar, que este estudio se apoyó en el análisis cuantitativo de la información recopilada en las encuestas como estrategia para conocer aspectos socio demográficos generales de estas mujeres y de sus conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de la citología cérvico uterina lo que permitió perfilar la población, este fue el punto de partida para la comparación constante de la información.

### **7.1. Características sociodemográficas**

Según las respuestas dadas a la encuesta aplicada a 29 mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales, se pudieron identificar como características sociodemográficas que el 34,5% de ellas viven en la Comuna Ciudadela del Norte, 27,6 % en la Comuna San José y 17,2% en la Comuna La Macarena.

El rango de edad de estas mujeres en un 62.1% se ubicó entre los 35 a 50 años, de ellas el 44,8% vive en pareja hace más de un año y el 6,9% de ellas está divorciada. La mayoría de las mujeres participantes en la investigación se dedican a los oficios del hogar (55,17%). De otro lado, el nivel educativo en 37,9% es de primaria incompleta y solo una de las participantes tiene como nivel educativo una tecnología.

**Tabla 6. Características socio demográficas de las mujeres participantes**

<b>Comuna de Residencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Atardeceres	3	10,34
Ciudadela del Norte	10	34,48
La Estación	2	6,9
La Macarena	5	17,24
San José	8	27,6
Universitaria	1	3,45
<b>Rangos de Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
25-30 años	4	13,79
31-35 años	3	10,34
36-40 años	6	20,69
41-45 años	6	20,69
46-50 años	6	20,69
51-55 años	1	3,45
56-60 años	1	3,45
66-70 años	2	6,9
<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Soltera	4	13,79
Vive en pareja hace más de un año	13	44,82
Casada	7	24,14
Está separada o divorciada	2	6,9
Viuda	3	10,34
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Trabajando	8	27,58
Buscando trabajo	2	6,9
Estudiando	1	3,45
Oficios del hogar	16	55,17
No responde	2	6,9
<b>Nivel Educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Primaria incompleta	11	37,93
Primaria completa	5	17,24
Secundaria incompleta	9	31,03
Secundaria completa	1	3,45
Técnico	1	3,45
No responde	2	6,9

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de Estrategia Red Unidos Manizales.

## 7.2. Conocimientos sobre la citología vaginal

Al indagar sobre los conocimientos que tienen las mujeres sobre la citología cérvico uterina, y de acuerdo a las respuestas dadas en la encuestas se logró establecer que el 69% de las mujeres conocen en que parte del cuerpo es tomada la muestra para la citología vaginal, un poco más de la mitad (51,7%) sabe que la citología cérvico uterina sirve para detectar el cáncer de cuello uterino, el 65,5% de ellas respondieron que cada año se deben realizar la citología y el 17,2% dice que debe realizarse cada año si se está sana y cada seis meses si sale el resultado alterado.

**Tabla 7. Conocimientos sobre la citología cérvico uterina**

<b>Parte del cuerpo donde se toma la muestra para la citología vaginal.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No sabe/Noresponde	6	20,68
Cuello del útero	20	68,96
Vagina	3	10,34
<b>¿Para qué sirve la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No sabe	2	6,9
Para descartar enfermedades	8	27,58
Para descartar enfermedades como el cáncer de cuello uterino o de transmisión sexual	15	51,72
Para estar con buena salud	4	13,79
<b>¿Cada cuánto se debe realizar la citología vaginal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	1	3,45
Cada seis meses cuando sale alterada	2	6,9
Cada año	19	65,51
Cada año si sale bien y cada seis meses si sale con alguna alteración	5	17,24
Nunca me la he hecho	1	3,45
Según lo que diga el médico	1	3,45

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de Estrategia Red Unidos Manizales.

Frente a este interrogante las mujeres de Red Unidos participantes en los grupos de discusión, y en las entrevistas manifestaron sus conocimientos según se describe a continuación:

Grupo uno: Mujer 2 (M2) “que ahí le detectan a uno un cáncer o alguna enfermedad que tenga uno...que es el método seguro para detectar el cáncer, la verdad no es un método tan seguro, no tan confiable porque no siempre el resultado es confiable o no dan el resultado... yo creía que solo los que teníamos hijos teníamos que hacerla ahora dicen que hasta las señoritas deben hacérsela”.

Grupo dos: Mujer 2 (M2) “... que es muy importante porque previene muchas enfermedades, si, en los ovarios, en las trompas... que previene para que no le quiten a uno todo el cuello, mejor dicho es muy importante”. Mujer 1 (M1) “... que es importante para que no le dé a una infección...”.

Grupo tres: Mujer 2 (M2) “... que previene el cáncer, porque eso es una enfermedad que le va acabando a uno la vida, si uno no se afana hasta lo mata así como le paso a una hermana mía, estaba en embarazo y supo que tenía cáncer le sacaron todo, sino lo descubren a tiempo la mata, si no se hace la citología a tiempo y tiene infecciones la mata...”. Mujer 1 (M1), Mujer 4 (M4) y Mujer 2 (M2) “... para prevenir una enfermedad más grave...”, Mujer 6 (M6) “... para prevenir un cáncer que miedo que a uno le de eso y se muera muy horrible...”.

### 7.3. Actitudes frente a la toma de citología vaginal

El 86,9% de las mujeres participantes, afirma que alguna vez en su vida se realizó la citología cérvico uterina, al indagar sobre el motivo por el cual se la realizaron el 37,4% de ellas afirma que fue por prevenir enfermedades y el cáncer, lo que es coherente con lo que ya se manifestó en cuanto a que las mujeres tienen conocimientos claros sobre la importancia de la citología en la prevención del cáncer de cuello uterino. Las restantes afirman que nunca se han realizado la citología cérvico uterina por temor y/o porque no les gusta.

El 20,6% de las mujeres lleva más de tres años de la última citología cérvico uterina o nunca se la han realizado. El 44,8% de las mujeres entrevistadas consideran que la citología debe hacerse periódicamente para prevenir a tiempo la enfermedad (el cáncer) y gozar de buena salud. Frente a la afirmación de que la citología cérvico uterina solo se realiza si el médico lo recomienda, 24 de las mujeres entrevistadas no están de acuerdo (89,6%), las tres mujeres (10,34%) que piensan que solo si el médico lo recomienda se hacen la citología cérvico uterina, informan que se la toman porque es un deber, que siempre deben hacérsela y que se la deben hacer por salud y para prevenir un cáncer, lo que del todo no es coherente con la pregunta inicial.

**Tabla 8. Actitudes de las mujeres frente a la toma de la citología vaginal**

<b>¿Usted se ha realizado alguna vez la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	26	89,65
No	3	10,34
<b>¿Por qué se realizó la citología?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	8	27,2
Es un deber	2	6,8
Me parece muy importante	1	3,4
Para estar tranquila	1	3,4
Para prevenir enfermedades y cáncer	11	37,4
Para saber si estoy bien	1	3,4
Por decisión	1	3,4
Por indicación del medico	1	3,4
Por seguridad y salud	2	6,8
Porque es lo normal	1	3,4
<b>¿Cuál fue el motivo por el que no se realizó la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No aplica	26	89,65
Me da temor	2	6,9
Porque no me gusto	1	3,45
<b>¿Cuánto hace que se hizo la última citología?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	4	13,79
Menos de un año	2	6,9
1 a 2 años	12	41,38
2 a 3 años	5	17,24

Más de 3 años o nunca	6	20,69
<b>¿Por qué considera que debe hacerse la citología vaginal en un periodo de tiempo determinado?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No sabe/No responde	7	24,15
Es importante	1	3,45
No se sabe que puede transcurrir en el tiempo	1	3,45
Para estar en una especie de control	1	3,45
Para estar tranquila de que si estoy bien aliviada	6	20,7
Para prevenir el cáncer uterino y gozar de buena salud	13	44,82
<b>¿Usted cree que las mujeres se deben hacer la citología vaginal solo si el medico lo solicita?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	3	10,34
No	26	89,64
<b>¿Por qué cree que las mujeres se deben hacer la citología vaginal solo si el medico lo solicita?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	26	82,8
Porque es un deber	1	3,4
Siempre debe hacérsela	1	3,4
Uno se la debe hacer por salud y para prevenir un cáncer	1	3,4
<b>¿Por qué cree que las mujeres se deben hacer la citología vaginal sin solicitud del médico?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	8	27,58
Debe hacerla para saber si está bien	7	24,14
Debe ser una decisión personal	3	10,34
Debe ser una iniciativa	1	3,45
Es cada año	1	3,45
Es necesaria	3	10,34
La salud está en riesgo	2	6,9

Porque debemos estar en control	1	3,45
Porque debemos estar pendiente de nuestra parte íntima	1	3,45
Porque el cáncer ataca en cualquier momento	1	3,45
Porque es una obligación	1	3,45

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de Estrategia Red Unidos Manizales.

En este aspecto llama la atención que en la pregunta inicial sobre si se ha realizado la citología cérvico uterina alguna vez, solo tres mujeres responden que nunca, y al responder la pregunta de control ¿Cuánto hace que se hizo la última citología? Seis (6) responden que hace más de tres años o nunca, lo que permite deducir que a pesar de haberse realizado la citología alguna vez las mujeres no son adherentes al esquema propuesto para la prevención del cáncer de cuello uterino con la periodicidad establecida (1-1-3), el 62,1 % de las mujeres participantes no se han realizado la citología cérvico uterina en el último año.

#### **7.4. Prácticas de las mujeres frente a la toma de la citología**

Una vez las mujeres deciden buscar la toma de la citología cérvico uterina es vital tener conocimiento sobre la importancia de reclamar los resultados. En el presente estudio se logró establecer que aquellas mujeres que dicen haberse realizado la citología (10 para un 20%) informan que no reclamaron el resultado por mala información o porque antes les había salido normal.

La mayoría de las mujeres dice hacerse la citología cérvico uterina por conocer a tiempo cualquier enfermedad (34,48%), pero un alto porcentaje de ellas no reclama el resultado. Llama la atención la declaración de una de las mujeres relacionada con las barreras que se presentan al momento de la toma de la citología vaginal cérvico uterina, factor este determinante al momento de toma de decisión de las mujeres. Así mismo es determinante para ellas, el hecho de que no se les entreguen los resultados de la citología, pero contradictoriamente tampoco buscan la manera de reclamarlos.

**Tabla 9. Actitudes frente a la toma de citología vaginal**

<b>¿Se ha practicado la citología vaginal en el último año?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	1	3,45
Si	10	34,48
No	18	62,06
<b>¿Reclamó el resultado?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No aplica	19	65,51
Si	8	27,58
No	2	6,9
<b>¿Por qué no reclamó el resultado?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No aplica	27	93,1
Hace dos años salió bien	1	3,45
Por mala información	1	3,45
<b>¿Por qué se realizó la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	10	34,48
Me la hice hace año y medio y como el resultado salió bueno me dijeron que me la volviera a hacer en dos años	1	3,45
No me la he hecho porque me da mucho miedo que me digan que estoy mal	1	3,45
No me la he tomado porque pido mucho permiso en el trabajo y cuando voy dispuesta a hacerme la citología no me atienden que porque primero tienen que atender los exámenes de la gente y después de las 9:00 am, he ido en total 3 veces y he perdido la ida.	1	3,45
Para saber cómo estoy de salud y así prevenir cualquier enfermedad	13	44,83
Porque me llamaron del puesto de salud	1	3,45
Porque sentí molestias	1	3,45
Siempre trato de realizármela periódicamente	1	3,45

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de Estrategia Red Unidos Manizales.

En los grupos de discusión y entrevistas realizadas, las mujeres revelan aspectos interesantes sobre las actitudes y prácticas frente a la toma de la citología cérvico uterina, que permitieron descubrir los motivos aparentes por los que existe dificultad frente a la decisión de buscar la toma de la citología cérvico uterina como mecanismo de detección temprana del cáncer de cuello uterino, es así como a continuación se presentan las respuestas obtenidas:

✓ Sobre la calidad en la prestación del servicio:

Grupo uno: Mujer 3 (M3) "... no entregan el resultado a uno, uno viene por el coso ese y no se lo dan, no dan nada a uno, lo hacen de mala gana...", Mujer 4 (M4) "... no dan el resultado a tiempo...", Mujer 2 (M2) "... nunca entregan ni llaman... además la mala atención, si uno va a un puesto de salud y le dicen espere ahí... que no le ayudan a uno usted con niños pequeños y cuando ha venido no la atienden... además por ejemplo si a uno le sale mala la citología se queda en el proceso de que ahhh pues como le dijera los exámenes se los hacen a medias porque el proceso no lo terminan porque la salud está en este momento está muy mal entonces que se ganan con hacerse la citología si saben que se van a quedar en la mitad del proceso que no lo van a terminar". Mujer 1 (M1) "... además he conocido a otras personas que les huele maluco, que tienen mucho flujo y siempre les sale bien la citología, de pronto llaman a una persona porque uno escucha pero no es más, además siempre dicen lo mismo que todo está bien una ya no les cree ... vea yo por ejemplo ya había cogido ritmo cada año me la hacía y yo le preguntaba a la Doctora y ella siempre me decía que estaba bien que no tenía nada pero no explicaba nada ... afortunadamente no me ha pasado nada pero a uno no le gusta que no le expliquen bien las cosas que solo se dediquen a decir que todo está bien y ya, por eso hace más de dos años que ya no me

la hago ... y lo peor es que todavía sigo con flujo y nada que la doctora dice algo... también le dicen hoy no se puede, hoy no hay, no venga tal día por eso uno se va dejando, así nadie le dan ganas de ir... Un familiar, la esposa de un primo mío cada año se la hacía en el puesto de salud y siempre le resultaba buena, un día se sintió mal y fue a la liga contra el cáncer y resulto con cáncer y al año se murió porque el cáncer lo tenía muy avanzado y se murió entonces esas cosas son las que lo desmotivan a uno para hacer la citología, sí, eso es un bien para uno pero por ejemplo... es más uno le pregunta al que le está haciendo la citología si uno está bien, ¿cómo me ve por dentro?, hay que preguntar cómo me ve cuando lo abren a uno, ahh que no, que está bien cuando uno está podrido, si uno está mal no le van a decir a uno”.

✓ Aspectos personales (temor, pena, vergüenza).

Grupo dos: Mujer 5 (M5) “... yo nunca me la he hecho por temor que me digan que tengo algo, una amiga me dice que me acompaña pero yo no voy por allá que miedo... ese es mi temor que yo tenga algo que miedo... el problema no es que me hagan eso no, me da miedo es lo que me digan que tenga algo malo...”, Mujer 3 (M3) “... me da pena, todo mundo piensa que porque uno tiene hijos o tiene marido es más fácil eso es muy penoso a mí me da pena por eso no me la hago”. Mujer dos (M2) “... Ahora es muy bueno uno antes decía si es un hombre que horrible pero ahora la niña de aquí es muy humana, yo ahora años venía y me devolvía de la puerta de pensar que fuera un hombre, que tal, yo hacía la fila y dejaba que todas pasaran pero me he ido decidiendo aunque no soy tan juiciosa y hace mucho que no me la hago ahora es mejor”. Mujer 6 (M6): “... yo tengo una experiencia que contarles yo tuve el virus del papiloma humano, el VPH ... así como me explico el ginecólogo es como una infección adquirida con el paso del tiempo he

oído y leído que hay muchas clases de papilomas yo lo que le entendía al ginecólogo es que el hombre en el pene tiene un mugresito alrededor del glande y como nosotras somos tan bobitas que no exigimos un condón o que el hombre se bañe para tener una relación sexual el esposo llevo cansado y listo tengamos una relación así, resulta que ese mugre que se produce en el hombre se queda dentro de la matriz de nosotras y allá adentro hay un calorcito muy bueno donde las bacterias se propagan y multiplican a la carrerita y ellas no prestan síntomas hasta que no han hecho el daño más horrible hasta un cáncer, a mí me daba pereza y yo tenía la idea errónea que aquí en los puestos de salud envolataban las cosas...”.

Grupo tres: Mujer 2 (M2) “... por pena porque duele mucho y eso da mucha pena...”, Mujer 6 (M6) “... porque eso da mucho dolor de estómago cuando termina de hacerla y eso dura como varios días y el dolor es muy fuerte por eso mejor no hacérsela... mire la verdad eso es muy maluco y además que miedo que le digan a uno que tiene uno cáncer, a mí me da mucho miedo por eso no me la hago prefiero morirme y ya sin saber que tengo”. Mujer 7 (M7) “... además después que a una le han hecho cirugías uno no vuelve porque se vuelve muy doloroso y mejor uno no va...”, Mujer 4 (M4) “... eso duele mucho que miedo mejor no ir...”.

En las entrevistas en profundidad, frente al resultado inicial de que las mujeres del estudio en su gran mayoría tenían conocimientos claros sobre la citología cérvico uterina, su utilidad y periodicidad, y el hecho de que a pesar de ello las mujeres no acuden a los servicios de salud para la toma de esta, se planteó como inquietud esta situación cuyas respuestas se relacionan a continuación:

Entrevista uno: "... manejamos muy poquita autoestima fuera de eso pensamos que es doloroso o penoso desde pequeñitas nos han enseñado que es pecaminosa que no, nosotros actualmente nos da dificultad mostrar no lo hemos superado, mostrar eso, más fácil vamos al otorrino que al ginecólogo ... por creencias, por mitos todavía no hemos derribado los mitos y tomar conciencia que nos debemos querer y otras veces puede ser pereza, mañana voy cuando vaya con una amiga con un familiar siempre quedamos esperando que un cáncer me ataque".

Entrevista dos: "... porque yo mantengo de acá para allá, mantengo en Cartago y como allá no la hacen con los papeles de acá yo me demoro tiempo y cuando vengo para acá me tranquilice y cuando eso empezaron a cambiar el Salud Córdor y yo tenía era Salud Vida y yo no iba a la citología ni nada por que no iba por descuido en esas cambie el carne y baje a la citología al cisco con el carne y no figuraba en el sistema me mandaron para san Rafael y el muchacho me dijo hay mamita es que usted figura muerta hace dos años y por eso no me la hicieron, estuve en vueltas, mandaron papeles para Bogotá esta semana me llamaron de la Secretaría de Salud que me daban el resultado que fuera a san Rafael por los papeles casi que no me lo dan cuando se la va hacer, mañana. Que es tan difícil de hacérsela, que es lo difícil, difícil no es, lo que pasa es que uno siente como temor, temor del resultado me da miedo el resultado más miedo dá no hacérsela".

Entrevista tres: "Yo creo que una de las causas de que no se toman la citología es porque el resultado nunca se lo dan a las personas, no sé si es mala información o mal manejo de sí mismo, de uno, la verdad no porque uno por ejemplo yo personalmente siempre me he tomado la citología y a mí nunca me han entregado el resultado, esa es una de las causas de ella...".

Algunas respuestas de las mujeres que llaman la atención están relacionadas con la calidad y confianza en la atención recibida por parte de la Institución Prestadora de servicios, así como con las dificultades que se presentan con los trámites administrativos al momento de recibir o solicitar la atención, se mencionan a continuación:

Entrevista uno: "...si he escuchado casos que ha sido detectado a tiempo pero por no dar las ordenes a tiempo para el cáncer han muerto de cáncer del útero escuche de una señora que no le dieron las ordenes no puedo dar fe, claro que hay que ponerse las pilas y buscar donde le pueden ayudar yo creo que aquí en la secretaria de salud es una oficina de puertas abiertas y aquí nos pueden ayudar, además el cáncer no ataca de una uno tiene tiempo para poder hacerse el tratamiento, hay que ponerse las pilas".

Entrevista tres; "...No, no porque yo soy una víctima de esas mismas que llevo más de dos años luchando para que realmente me pusieran una atención, demostrado pues en los papeles, que yendo viniendo, yendo a una parte empezando de nuevo para que mi tratamiento siguiera. Gracias a Dios y a la doctora que me ha colaborado, que en este momento está presente que con ella es que se han gestionado las cosas porque de resto con la EPS no encontré ninguna respuesta...".

Con lo descrito anteriormente queda planteada la posibilidad de que la calidad en la prestación de servicios de salud, las barreras de acceso y las dificultades con los trámites administrativos así

como los sentimientos de temor, pena y miedo sean factores determinantes en la decisión de las mujeres para la toma de la citología vaginal.

### **7.5. Nodo Central y Sistema Periférico- Relación entre las Representaciones Sociales de las mujeres y su influencia frente a la demanda de la toma de la citología cérvico uterina**

Para identificar argumentos de las mujeres objeto del presente estudio, que permitieran identificar el nodo central y sistema periférico que influyeron en la conformación de las representaciones sociales, se trianguló la información obtenida desde lo expresado por las mujeres tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas en profundidad.

Tomando como ejemplo la metodología expuesta en la tesis de grado “Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes en la ciudad de Manizales” (Vergara, M.C., 2006), en el siguiente cuadro se presentan diferentes enunciados desde las experiencias individuales y de grupo, de estas mujeres relacionadas con la toma de la citología vaginal:

**Tabla 10. Enunciados de las mujeres de la Estrategia Red Unidos que permitieron identificar el sistema periférico y nodo central sobre la toma de la citología vaginal**

<b>Sistema Periférico (experiencia individual)</b>	<b>Nodo Central (identificación grupal)</b>
Afortunadamente no <b>me</b> ha pasado nada pero a uno no le gusta que no le expliquen bien las cosas que solo se dediquen a decir que todo está bien y ya, por eso hace más de dos años que ya no me la hago	personalmente para que las mujeres <b>nos hagamos</b> la citología terminar, hay que terminar el proceso completo
si <b>uno</b> va a un puesto de salud y le dicen espere ahí	podría ser que <b>manejamos</b> muy poquita autoestima
la esposa de un primo <b>mío</b> cada año se la hacía en el puesto de salud y siempre le resultaba buena	fuera de eso <b>pensamos</b> que es doloroso o penoso desde pequeñas
que no le ayudan a <b>uno</b> usted con niños pequeños y cuando ha venido no la atienden	nos han enseñado que es pecaminosa que no, <b>nosotros</b> actualmente nos da dificultad mostrar no lo hemos superado
si a <b>uno</b> le sale mala la citología se queda en el proceso	todavía no <b>hemos</b> derribado los mitos y tomar conciencia que nos debemos querer
es más <b>uno</b> le pregunta al que le está haciendo la citología si uno está bien,	si <b>nos</b> cobraran lo haríamos más fácil
si <b>uno</b> está mal no le van a decir a uno nada	<b>estamos</b> obrando mal con la citología sabemos si estamos bien o mal
lo dejan a <b>uno</b> en la mitad del camino	es efectiva la campaña <b>somos</b> muchas que no van, es rebeldía y no pensamos en la salud de uno
como <b>me</b> salió bien no tengo que pedir cita, eso es lo que siempre me han respondido a mi	
<b>yo</b> nunca me la he hecho por temor que me digan que tengo algo, una amiga me dice que me acompaña pero yo no voy por allá que miedo	
el problema no es que <b>me</b> hagan eso no, me da miedo es	

lo que me digan que tenga algo malo	
yo tengo una experiencia que contarles yo tuve el virus del papiloma humano	
si <b>uno</b> no se afana hasta lo mata así como le paso a una hermana mía,	
así también le paso a una tía <b>mía</b> se murió porque nunca se hizo la citología	
los argumentos <b>míos</b> serian pues mi propia historia personal, lo que estoy viviendo	

Fuente: Algunas respuestas dadas por las mujeres de Estrategia Red Unidos, Manizales.

Según se observa con la información consignada, dentro de las mujeres objeto de estudio se encuentran fuertemente arraigados los conceptos del sistema periférico, traducido en las experiencias previas de las mujeres, sean propias o de familiares cercanas, frente a la toma de la citología cérvico uterina como mecanismo de identificación temprana del cáncer de cuello uterino, la información entregada por los profesionales de la salud y el acceso a la prestación de los servicios de salud entre otros.

Los conceptos que son generados en el transcurso de las interacciones entre los sujetos y procesos de referenciación a través de los cuales conciben el mundo y se vinculan con él, lo que una persona conoce y cree lo ha obtenido de su interacción con otros, mediante los relatos entre pares, la adquisición de un lenguaje y sus convenciones, el saber contenido en los objetos que emplea y en las prácticas aprehendidas durante la vida en común (Cortassa, 2010); estos conceptos manifestados desde el nodo central, se encuentran menos definidos en la información

recolectada que los desde el sistema periférico, lo que permite concluir que tienen más peso las experiencias personales en la conformación de las representaciones sociales de las mujeres de la estrategia Red Unidos frente a la toma de la citología cérvico uterina.

Ante un problema de salud pública como es el cáncer cérvico uterino es importante que las mujeres se apropien de una cultura del autocuidado de la salud; es en los procesos de comunicación entre los distintos actores sociales que se deben coordinar acciones que garanticen el desarrollo de la cultura de la salud y el autocuidado de la misma (Chávez M., 2010).

Como ya se mencionó, las experiencias previas de las mujeres son factores determinantes a la hora de definir la actitud frente a la toma de la citología cérvico uterina, esto es las experiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la calidad de la información entregada por los profesionales de la salud, la credibilidad en la calidad de los servicios de salud, las barreras administrativas así como el conocimiento que tienen las mujeres frente al cáncer de cuello uterino y la asociación que se tiene de este con la muerte influyen a la hora de la toma de decisión; las mujeres a pesar de tener información clara sobre la citología vaginal como mecanismo de detección temprana del cáncer de cuello uterino y sobre sus implicaciones en la prevención del mismo, no toman la decisión de buscar la prestación de este servicio de salud.

Algunos ejemplos claros extraídos de los grupos de discusión y de las entrevistas en profundidad que nos llevan a esta conclusión, se presentan a continuación:

Grupo tres: Mujer 2 (M2) "...porque eso es una enfermedad que le va acabando a uno la vida, si uno no se afana hasta lo mata así como le paso a una hermana mía, estaba en embarazo y supo que tenía cáncer le sacaron todo, sino lo descubren a tiempo la mata, si no se hace la citología a tiempo y tiene infecciones la mata...". Mujer 6 (M6) "... así también le paso a una amiga mía pero ella si se vació y se murió...le dieron muchos sangrados y ya al final no pudieron hacer nada y se murió... un cáncer que miedo que a uno le de eso y se muera muy horrible...". Mujer 4 (M4) "... así también le paso a una tía mía se murió porque nunca se hizo la citología y cuando se dio cuenta ya estaba llena de cáncer y se murió....".

Entrevista Uno: "... si he escuchado casos que ha sido detectado a tiempo pero por no dar las ordenes a tiempo para el cáncer han muerto de cáncer del útero escuché de una señora que no le dieron las ordenes...".

Entrevista Tres: "...Yo creo que una de las causas de que no se toman la citología es porque el resultado nunca se lo dan a las personas, no sé si es mala información o mal manejo de sí mismo, de uno, la verdad no porque uno por ejemplo yo personalmente siempre me he tomado la citología y a mí nunca me han entregado el resultado, esa es una de las causas de ella... yo soy una víctima de esas mismas que llevo más de dos años luchando para que realmente me pusieran una atención, demostrado pues en los papeles, que yendo viniendo, yendo a una parte empezando de nuevo para que mi tratamiento siguiera...con la EPS no encontré ninguna respuesta".

Es revelador el hecho de que las mujeres participantes tienen muy claro desde su experiencia las implicaciones del diagnóstico tardío del cáncer de cuello uterino, y lo asocian con la muerte, entonces se hace necesario identificar el motivo por el cual no acuden para la toma de la citología cérvico uterina como método de detección temprana del cáncer de cuello uterino.

## **7.6. Fuentes de información**

Otro objetivo específico propuesto para el presente estudio fue analizar las fuentes de información que han permitido construir las Representaciones Sociales que sobre la toma de citología tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales, según las respuestas de las mujeres en la encuesta, se logró identificar que la mayoría de ellas han escuchado sobre la citología cérvico uterina y su importancia; respondieron que el lugar donde recibieron la información fue en el servicio médico para el 37,9% de las mujeres, y ésta información fue brindada por funcionarios (médicos o enfermeras) en un 44,8%; en menor proporción en charlas informativas, medios de comunicación, en el colegio y otros (personal de Red Unidos, por el estudio, el colegio y la gente)

**Tabla 11. Fuentes de Información**

<b>¿De dónde aprendió sobre la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	5	17,24
Charlas que hacían	4	13,79
Desde que tuve mi primer hijo	3	10,34
En el servicio médico	11	37,93
En programas escuchados	1	3,45
Lo que he vivido y he asistido a varias capacitaciones	1	3,45
Por el estudio y por la gente	1	3,45
Por la secretaria de salud	1	3,45
Por los medios de comunicación y por red unidos	2	6,9
<b>¿Quién le informó sobre la citología vaginal?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No responde	5	17,24
De las charlas que dan en muchas partes	2	6,9
El médico, personal de la salud	13	44,82
Funcionaria red unidos	4	13,79
Los comentarios	3	10,34
No me informaron	1	3,45
Siempre me ha orientado mi cogestora siempre le doy la misma respuesta me da miedo	1	3,45

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres de Estrategia Red Unidos Manizales.

En los grupos de discusión se evidenciaron de la misma manera las fuentes de información sobre la citología cérvico uterina, las respuestas se describen a continuación:

Grupo uno: Mujer 1 (M1): “...En la liga contra el cáncer, más que todo, allá dicen a uno como empieza, también hablan del papiloma que es una enfermedad muy grave y ya”.

Grupo dos: Mujer 1 (M1): “... en todo lugar, si pues hay mucha información por todas partes sobre el tema”. Mujer 4 (M4): “... si es verdad todo mundo habla sobre el tema, en la televisión, en el centro de salud, si en todas partes”.

Grupo tres: Mujer 4 (M4) "...es lo que recomiendan en los centros de Salud, allá hablan mucho de eso, lo dicen sobre todo por prevenir, en la radio también. Mujer 1 (M1): "... en mucha parte hablan de eso, hay mucha información".

Según lo manifestado un varias de las mujeres incluidas en el estudio ha recibido alguna vez en su vida información relacionada con la citología cérvico uterina como método de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a pesar de ello se ha presentado el rechazo por parte de ellas para la toma de ésta, entonces se hace necesario establecer estrategias novedosas de Información, Educación y Comunicación que permitan transformar las formas de ser, sentir, reaccionar y comportarse de las mujeres de manera que se logre la adherencia de ellas al programa de tamizaje.

Es interesante encontrar que la principal fuente de información sobre la toma de la citología proviene del servicio médico y los profesionales de la salud y no de la familia o los amigos como se esperaría. Por ser el cáncer de cuello uterino una patología asociada a la edad adulta, es posible que en la familia no se inculque desde la niñez las prácticas de autocuidado que permitan a la mujer en su edad adulta tener en mente la actitud para la toma de la citología cérvico uterina. Esta conclusión permite replantear el enfoque de las actividades educativas con énfasis en la familia, y de la responsabilidad de los profesionales de la salud en lo relacionado con la claridad y asertividad de la información brindada a las mujeres.

Al analizar las respuestas dadas por las mujeres participantes en los grupos de discusión y en la entrevistas en profundidad, estas hicieron énfasis en las dificultades que se presentaron con la calidad y claridad de la información entregada por los funcionarios que prestan los servicios de salud, lo que ha generado ambigüedades y desinformación dentro de las usuarias de los servicios de salud en relación con la importancia de la citología cérvico uterina para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Este hallazgo es de gran utilidad para el presente estudio pues permitirá promover dentro de las IPS la propuesta de evaluar dentro de su estructura los procesos de actualización y reinducción de sus funcionarios, con el fin de aumentar o mejorar la calidad de la información entregada a los usuarios.

Al realizar las entrevistas en profundidad se indago sobre recomendaciones de las mujeres participantes con el fin de idear campañas educativas en las que se involucren estrategias adicionales que permitan generar confianza en las mujeres hacia los servicios de salud. Estas recomendaciones se relacionan a continuación por temas así:

Entrevista dos: "...No es efectiva la campaña... somos muchas que no van, es rebeldía y no pensamos en la salud de uno... yo era porque no me la hacían porque tenía ese problema, es que no tengo tiempo por la mañana a veces voy por la tarde, deben seguir insistiendo, llamar, hacerles más seguimiento, animarlas, hacerles ver muchas cosas es la única salida, porque si nos dejan no hacemos nada, hacerle seguimiento, lo otro es que si le ponen trabas a uno vea que sin el carne no me atienden, yo fui varias veces y me dijeron que sin el carne no me atienden, uno se cansa de llamar al 125 para pedir una cita, uno se alivia es con bebidas, vea madrugó al centro piloto y nada, no le contestan el teléfono, tiene que estar uno muy grave para que lo atiendan, ese

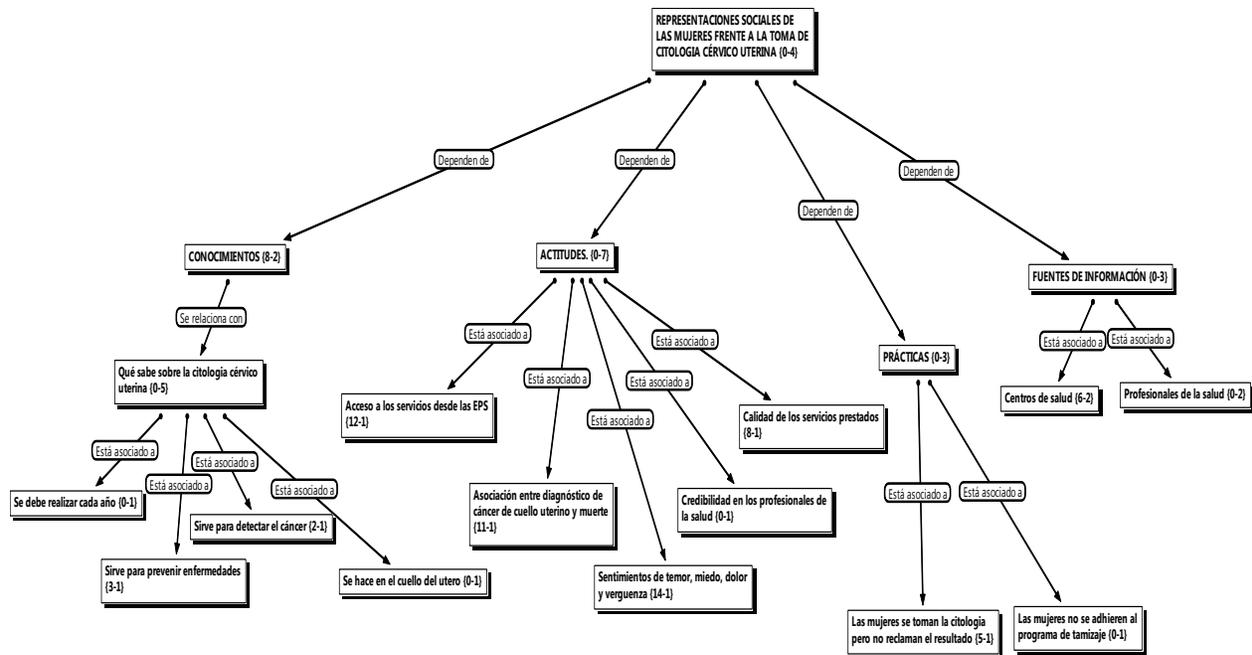
es el problema no lo atienden a uno, por eso yo digo que deben hacer más seguimiento y mirar como hacen para que a uno lo atiendan mejor”.

Entrevista tres: “...Hoy en día los argumentos míos serían pues mi propia historia personal, lo que estoy viviendo , y la convencería con las cosas que estoy viviendo en el momento, para que ella se concientice de que se tome la citología, y que tome los resultados o que los investigue por lo menos o que consiga ayuda por otro lado... Una de las campañas que yo creo que más me gustaría, que tuvieran en las mujeres sería que los tratamientos desde que empiezan hasta que terminen sean los más adecuados, que no los dejaran a medias como yo. Gracias a la doctora., estoy todavía pasando por mi proceso de todos los tratamientos y Dios me la bendiga”. Yo creo que de verdad promoviendo como hicieron la doctora en el puesto de salud el Bosque, que antes de entrar a la citología hicieron una campaña y estuvimos más enteradas de cómo era, porque antes no sabíamos, no teníamos conocimiento. Este programa que hicieron en el bosque es el mejor, es un incentivo que le podían dar a las mujeres, yo lo doy como testimonio... te digo antes no teníamos información, gracias a la charla que nos dieron anterior de entrar a la citología fue que entendimos mejor y nos quitaron las dudas, que así fue”.

## 8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se hará especial mención a las categorías que emergieron y que sustentan las representaciones sociales construidas alrededor de la decisión para la toma de la citología cérvico uterina y que se representan en la siguiente figura.

**Figura 3 Representación gráfica de las categorías emergentes que sustentan las Representaciones Sociales.**



Con la introducción de los programas de detección, basados en realizar citología cérvico uterina, la incidencia y especialmente la mortalidad por patología cervical tienden a disminuir. Se calcula que la realización de la citología cérvico uterina reduce las posibilidades de que la mujer fallezca de cáncer de cuello uterino desde un 4/1000 aproximadamente a un 5/10000, una diferencia de casi 90%. Cabe destacar que la tasa de supervivencia, con tratamiento adecuado, será mejor entre más tempranamente se haga el diagnóstico de la enfermedad. Para aquellos casos identificados en etapas tempranas, la supervivencia a cinco años es 90%, mientras que en etapas avanzadas es de solo 13%. En los países escandinavos, la mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino después de la introducción de estos programas se ha reducido en más de 50% (Dávila, 2010).

Teniendo en cuenta el impacto en la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino generado por las actividades de prevención y diagnóstico temprano del mismo, así como el supuesto de que el modo de pensar, sentir y actuar de las mujeres está relacionado con sus propias visiones acerca del mundo, la enfermedad, la vida y la muerte, los patrones de cuidado adquiridos en la socialización, las representaciones, las redes de apoyo social y de comunicación y las acciones y omisiones de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud (Cardozo, 2004), fue pertinente identificar las representaciones sociales en torno a la participación de las mujeres de la Estrategia Red Unidos en los programas de tamizaje. En esta investigación, se encontró una diversidad de experiencias y percepciones que las mujeres tienen sobre la toma de la citología cérvico uterina y el papel que esta desempeña en la detección temprana del cáncer de cuello uterino, los factores asociados y la prevención.

## **El nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico influyen en la construcción de las Representaciones Sociales sobre la toma de la citología cérvico uterina.**

El presente estudio muestra que dentro de la caracterización socio demográfica de las mujeres participantes, la mayoría viven en barrios con clasificación del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) nivel 1 ó 2, el 57% se dedica a los oficios del hogar y el nivel educativo es de primaria incompleta en un 47,9%. Estos resultados reflejan unas condiciones socio económicas limitadas de baja escolaridad y situación laboral deficiente que podrían tener relación con la actitud de las mujeres frente a la toma de la citología cérvico uterina.

Cogollo Z., et al (2010) sostiene que los conocimientos bajos sobre la detección temprana del cáncer de cuello uterino pueden deberse a la relación existente entre el nivel socioeconómico y el acceso a la educación; en un estudio realizado en el 2010 por Profamilia sobre detección temprana del cáncer de cuello uterino, se indago por algunas de las razones por las cuales las mujeres no acceden a realizarse la citología encontrando que las razones más comunes fueron las de tipo cultural y que a pesar de la información que poseen sobre los efectos que tiene el cáncer en la salud de las persona esto no es determinante a la hora de buscar la toma de la citología vaginal; el mismo estudio demostró que las mujeres con menor educación presentan más resistencia y menos interés por la realización del procedimiento (Profamilia 2011). En otro estudio sobre acceso de las mujeres del área urbana a la citología cérvico uterina realizado por Lucumi C., (2004), este afirma que las condiciones socioeconómicas que predominan en las mujeres que presentan la enfermedad son: bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso económico y

baja cobertura de servicios de salud, en especial, los destinados a la prevención secundaria de este tipo de cáncer.

Para Figueroa S., (2011), existe una relación entre el nivel educativo y la no realización de la citología. Al igual que en otros estudios, se encontró una asociación, estadísticamente significativa, entre la práctica de la citología y algunas variables socio demográficas como son el nivel de escolaridad (primaria) y la ocupación (ama de casa) de las participantes; entre mayor escolaridad más posibilidad de practicarse la citología.

Estos resultados son consistentes con los reportados en otros estudios realizados como en Hidalgo M., (2006) en Méjico, Urrutia (2008) en Chile, Restrepo Z., et al (2007) en Colombia, Figueroa S., (2006) en Barranquilla, Barrios G., (2011) en Sincelejo y Cartagena, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) en Colombia, Ortiz S., (2004) en Colombia, Piñeros M., et al (2007) en Colombia, Peña (2014) en Sincelejo. Por ser el cáncer de cuello uterino un gran problema de salud pública identificado, ha sido objeto de innumerables estudios que arrojan resultados similares, estos indican la necesidad de esfuerzos adicionales por mejorar las coberturas en la población más pobre y vulnerable; la alta mortalidad a pesar de la buena cobertura general sugiere la necesidad de esfuerzos en la oportunidad del diagnóstico definitivo y el manejo de las lesiones.

**Las mujeres reciben información que les permite saber que la citología cérvico uterina es un mecanismo de detección temprana del cáncer de cuello uterino, sin embargo no toman la decisión de realizarse la prueba.**

Al describir los conocimientos frente a la toma de citología cérvico uterina de las mujeres de la estrategia Red Unidos del municipio de Manizales, se encontró que el 69% tiene conocimientos claros sobre la citología cérvico uterina y el cáncer de cuello uterino; estos resultados fueron similares a lo encontrado en el estudio realizado por Figueroa (2011) sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en condiciones de desplazamiento en la ciudad de Barranquilla, en el que aproximadamente el 83.3% de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen de citología cérvico uterina.

En contraste en un estudio similar realizado en la ciudad de Armenia por López C., en el año 2013 se encontró que el nivel de conocimientos con respecto al concepto de cáncer de cuello uterino y la forma de prevenirlo en el 89% de las mujeres entrevistadas era bajo y con relación a la citología vaginal cérvico uterina solo 17% de la población objeto sabía qué es y para qué sirve. De igual manera estos hallazgos son similares en el estudio realizado por Ruoti (2008) en Paraguay en el que el 45% de las mujeres no tenían conocimientos claros sobre la citología y su papel en el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino.

De acuerdo a los resultados del presente estudio y de las investigaciones descritas, no es clara la relación existente entre el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino y el papel que representa la toma de la citología cérvico uterina en la detección temprana de éste y la práctica de la misma, pues a pesar de que las mujeres conocen la utilidad o las ventajas del examen no toman la decisión de realizarse la prueba.

**Las mujeres no se realizan la citología cérvico uterina dentro de los tiempos recomendados, además no tienen interés en conocer los resultados.**

En lo relacionado con las actitudes y prácticas frente a la toma de la citología cérvico uterina, en este estudio se encontró que el 86,9% de las mujeres manifiesta que alguna vez en su vida se realizó la citología y que no se la volvió a tomar o no reclamó los resultados, mientras que el 13,1% restante nunca se la ha realizado, este último valor es considerablemente menor que el encontrado por Ruoti (2008) en Paraguay, en donde se estableció que el 46.4% del total de participantes no se ha realizado nunca la citología; en el estudio realizado por Barrios en el año 2011 sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la toma de citología vaginal en las ciudades de Sincelejo y Cartagena, se encontró que solo el 5.5% de las mujeres encuestadas no se ha realizado la citología cérvico-uterina con anterioridad; los resultados obtenidos por Piñeros en el año 2005 sobre Cobertura de la citología de cuello uterino, y factores relacionados en Colombia, se logró identificar que el 23,5 % de las mujeres no se han practicado la citología cérvico uterina en los últimos tres años.

En este punto se hace necesario aclarar que el éxito del programa de tamizaje para la detección temprana del cáncer de cuello uterino basado en la realización de la citología, radica en que las mujeres tengan una práctica correcta del esquema propuesto por el Ministerio de Salud ya mencionado (1-1-3); la realización de una sola citología cérvico uterina habiendo transcurrido varios años desde el inicio de las relaciones sexuales no basta para considerar a la mujer protegida contra esta enfermedad. En este estudio se identificó que el 21% de las mujeres llevaba más de tres años desde la toma de la última citología cérvico uterina y la mayoría de ellas reconocieron que no reclamaron el resultado. Este hallazgo es coherente con lo encontrado por Cogollo Z., et al en 2010, en el cual el 56% de las mujeres participantes realizaron prácticas incorrectas frente a la Citología Cervico Uterina (no se la realizaban de acuerdo a lo establecido en la norma técnica del Ministerio de Salud Citología de Cuello Uterino). Además del conocimiento, uno de los factores que más afecta la utilización de los servicios de prevención del Cáncer de Cuello uterino en lugares de bajos recursos es la falta de conciencia que tienen las mujeres del autocuidado y por ende de la preocupación por su propia salud (Valencia M, 2008), aspecto que se ve reflejado en este estudio por el desinterés manifiesto de las mujeres por conocer el resultado de la citología.

Como ya se mencionó, de las mujeres que se habían realizado la citología cérvico uterina alguna vez en su vida el 20% de ellas reconoció no haber reclamado los resultados de ésta, las cifras son inferiores a lo encontrado en el estudio realizado por López C., et al (2013) en una comunidad de la ciudad de Armenia, los autores manifiestan que solo el 21% de las mujeres que se tomaron la citología acudieron por los resultados, quedando el 79% restante que consideraron que no era importante reclamarlos. En contraste, en el estudio realizado por Zapata (2013), cuyo

objetivo era identificar la conducta frente a la toma de la citología cérvico uterina en estudiantes de enfermería superior en la ciudad de Bogotá, el autor señaló que el 93 % de las mujeres manifestó que reclamó los resultados de la citología, un 4% afirmó que no los reclamó y un 3% no recuerda si los reclamó o no. Este hallazgo reafirma el argumento que el nivel educativo es un factor determinante al momento de definir la actitud de las mujeres frente a la toma de la citología cérvico uterina y su adherencia al programa de tamizaje; la decisión de cuidar la propia salud no escapa a la influencia de factores socio económicos, culturales, biológicos y del entorno.

En un estudio realizado en la ciudad de Cartagena por Cogollo Z., et al en 2010 se logró establecer referente a la actitud desfavorable y las practicas incorrectas, como factores influyentes, los sentimientos de vergüenza de las mujeres al realizarse la prueba de Citología Cervico Uterina (CCU), probablemente factores relacionados con “el tabú hacia la sexualidad”, el cual refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las zonas íntimas pueden explicar este hecho; estos aspectos fueron mencionados por algunas de las mujeres las que manifestaron que por ese sentimiento de pena o vergüenza no se habían tomado la citología cérvico uterina. Barrios-García et al., (2011) señala en su estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico uterina en Sincelejo y Cartagena, que en solo el 3.6% de las mujeres afirmaron sentirse avergonzadas al momento de la toma de la citología y por este motivo preferir que la muestra le fuera tomada por funcionarias mujeres, resultados consistentes con lo mencionado por el estudio de Urrutia (2008) realizado en Chile y el realizado en el municipio de Soacha por Wiesner C. et al., (2006), en el que las mujeres afirmaron que la vergüenza y la incomodidad que les causa el examen es otra de las barreras

percibidas por las mujeres para acudir a realizarse la citología, señalan: “...por vergüenza, sobre todo si las atiende un hombre”. Estos conceptos arraigados en las mujeres desde su percepción y desde lo colectivo, deben ser objeto de intervención por parte del Sistema de Salud y de los profesionales, pues en la medida que desde las campañas educativas se logre desvirtuar este concepto se alcanzará que las mujeres que albergan este sentimiento frente a la toma de la citología se adhieran al programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino.

**La falta de confianza y credibilidad en la calidad de la atención recibida son factores determinantes a la hora de decidir la toma de la citología cérvico uterina.**

Las mujeres además afirman que las barreras de acceso a los servicios de salud, la confianza y credibilidad en la calidad de la atención recibida son factores definitivos que afectan su comportamiento frente a la toma de la citología; estos resultados reafirman lo encontrado en los estudios realizados por Huaman en el año 2010 sobre Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas, López C., (2013) sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino en la ciudad de Armenia y en el realizado por Wiesner et al (2006), La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones, los autores identificaron que una de las barreras para la realización de la citología fue la percepción de mala calidad de algunos servicios de salud del sector público, comentan además que los profesionales de la salud ofrecen poca información sobre la citología y que existe una clara desarticulación en la información que se brinda sobre las rutas de atención.

Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre la importancia que tienen los factores relacionados con la calidad de la atención, las condiciones en que se lleva a cabo la consejería, la calidad y la forma en la que brinda información el personal de salud a la mujer, la capacidad de la mujer para hacer preguntas, el proceso de consentimiento informado, el respeto a la privacidad y la confidencialidad, en la experiencia de una mujer que participa del cuidado de su salud a través de un programa preventivo y su adherencia a este (Galán Rodas, 2013), la observación sobre la calidad del servicio a partir de la percepción que tienen las usuarias del mismo, brinda una información valiosa que contribuye al mejoramiento de los servicios de salud en general, beneficiando no sólo a los prestadores sino también a las usuarias.

### **Las barreras administrativas refuerzan la decisión de la NO toma de la citología**

Otro aspecto importante que fue mencionado por las mujeres, está relacionado con las dificultades que se les presentaron con los trámites administrativos en la Entidades Promotoras de Salud (EPS) una vez les fue identificada alguna anormalidad en la citología cérvico uterina, representado en barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud necesarios para el manejo de su patología según el protocolo; según señala Wiesner et al., (2006) en su estudio realizado en Soacha, la tramitología, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad y la percepción de un cierto caos administrativo se convierten en su conjunto en la barrera sobre la cual hacen más énfasis para el cumplimiento del esquema de tamizaje. Otro estudio realizado en Bogotá por Lucumi C., (2004) propone que aunque las coberturas sean altas, esto solo es importante si el programa cumple el ciclo completo “desde la captación de la mujer hasta la atención adecuada y oportuna cuando se diagnóstica la neoplasia”.

Los anteriores hallazgos pueden estar evidenciando las limitaciones que existen en el país para lograr incrementos en las coberturas de citología vaginal rápidos y significativos, las cuales pueden estar asociadas al alto porcentaje de oportunidades perdidas para su realización (43,6%) y a limitaciones en el acceso a los servicios de salud, específicamente el de toma de citología vaginal (Hidalgo, 2004).

### **El temor a la muerte se convierte en un marcador en la toma de decisión.**

Otros aspectos relevantes que se dieron en los grupos de discusión y entrevistas realizadas con las mujeres del Programa Red Unidos que no se han realizado la citología, están relacionados con la concepción de sus conceptos y creencias sobre la muerte y su papel importante dentro de las prácticas que tienen éstas, se evidencia que la muerte es un factor relevante a la hora de no hacerse la citología, no precisamente como algo que las motive para promover acciones de autocuidado, sino por el contrario las paraliza para no realizarse el procedimiento por temor a un diagnóstico de cáncer. Es evidente que estas mujeres relacionan la enfermedad con muerte y la ven como una situación catastrófica.

Las personas tienen diferentes conceptos e información sobre lo que significa la salud, la enfermedad y la muerte, al contrario de lo que se piensa habitualmente en cuanto hecho biológico o natural, son varias las implicaciones socioculturales de los términos salud y enfermedad. En un sentido amplio, la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad. Se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia ni sintomatología. Estos dos enunciados deben ir juntos, pues pueden ocurrir interesantes paradojas. No es extraño que la

construcción sociocultural de la enfermedad vaya acompañada de una sintomatología, la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación. Nuestra medicina tradicional occidental opera bajo estas premisas, sin embargo, puede desarrollarse una enfermedad asintomática, donde la persona puede incluso negar la existencia de la dolencia; o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad, éste es el caso de las dolencias somáticas (Flórez G., 2004).

Los conceptos de salud, enfermedad y muerte pueden ser muy diferentes para cada población es así como en esta construcción de imaginarios intervienen múltiples factores entre ellos los aprendizajes adquiridos, el dialogo de pares, las construcciones colectivas y demás acciones que conllevan a que los individuos vayan construyendo sus propios conceptos, en el caso del cáncer como enfermedad existen muchos mitos y creencias que hacen más compleja la intervención de la patología, más cuando se tiene en cuenta que está asociada en muchas ocasiones a la muerte, a la posibilidad de no recuperarse, de fracasar en los diferentes tratamientos, estos aspectos pueden ser bien traumáticos y difíciles de asumir para muchas personas y más si se tiene en cuenta que se identifica en muchas ocasiones en estadios muy avanzados, que obligan a utilizar tratamientos intensivos para lograr mejores resultados, es así como pese a contar con mayores avances y mejores oportunidades de tratamiento las personas continúan viendo la enfermedad como catastrófica y mortal; el cáncer se percibe como una enfermedad mortal que no tiene cura y que puede acabar con la vida de quienes son diagnosticados , sin evidenciar muchas posibilidades de continuar con su vida de manera normal. La fatalidad de la muerte se hace más evidente si se concibe como una característica intrínseca al propio ser vivo desde su origen. En opinión de Metchnikoff (mencionado en Hernández, 2006), la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia, tras el cumplimiento de un

ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural (Hernández, 2006).

Este tipo de situaciones tienen relación directa con la imposibilidad de manejar la incertidumbre y ver en la enfermedad la posibilidad de dar fin a la existencia, de no conocer lo que se va a presentar mañana y de ser emocionalmente incapaz de asimilar las nuevas situaciones que se presentan en la vida; en las personas que han tenido experiencias cercanas con enfermedades graves o catastróficas esta incertidumbre es cada vez más fuerte y en muchas ocasiones les impide ver más allá del diagnóstico de la patología e inmediatamente asumen enfermedad con muerte. La incapacidad de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad es un estado cognitivo que se crea cuando una persona no puede estructurar adecuadamente o categorizar hechos relacionados con la enfermedad por falta de suficientes pistas. Esta sensación ocurre cuando la persona que tiene que tomar una decisión es incapaz de asignar valores definitivos a objetos o hechos y es incapaz de predecir resultados. La incertidumbre existe en situaciones de enfermedad que son ambiguas, complejas, impredecibles y cuando no se tiene información o es inconsistente (Mishel, 1990).

El hecho de no realizarse la citología por temor al resultado está directamente relacionado con la incapacidad de manejar la incertidumbre, de no poder controlar lo desconocido situación que evita el contacto con la realidad evadiendo las responsabilidades y prefiriendo ocultar posibles situaciones de riesgo.

La salud y la enfermedad son conceptos socialmente construidos definidos y tipificados por cada cultura. A su vez, cada cultura crea sus alternativas terapéuticas así como procedimientos para recuperar la salud. Por ello, hay que considerar en la enfermedad como expresión, un componente biológico y otro cultural. Independientemente de su contenido biológico, siempre es una forma de expresión cultural y para que sea considerada como enfermedad, es necesario que la sociedad lo estime como tal.

Contemplar la cultura en el proceso salud-enfermedad de las minorías permite conocer de qué manera es recibida, por parte de los/as pacientes, la información sobre la atención sanitaria, se expresan los síntomas, expectativas y preocupaciones sobre la enfermedad y la percepción de la salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006).

Teniendo en cuenta que cada persona construye de manera individual sus conceptos sobre la salud, la enfermedad y la muerte resulta vital tratar de entenderlos con el fin de prestar un mejor servicio y evitar asumir posiciones definitivas y subjetivas de la realidad de los seres humanos; reconocer el temor ante la muerte de las mujeres que no se realizan la citología vaginal se define como una herramienta para entender su realidad e intervenirla de la mejor manera y favorecer la toma de la prueba, es una responsabilidad que debe ser asumida tanto por el personal de salud como por la misma familia.

Sin duda alguna cada persona va construyendo su historia de vida de acuerdo a sus propias experiencias, a sus conocimientos y a su relación con su entorno social; es así como se van haciendo propios los diferentes conceptos y conocimientos. Éste tipo de conocimientos se han

ido arraigando entre las diferentes mujeres generando desconfianza y evitando el tamizaje, son estas situaciones las que van amarradas a las diferentes representaciones sociales que se construyen tanto individual como de manera colectiva, tal como lo refiere Vergara (2006) en su documento, “Es a través de las representaciones sociales —colectivamente elaboradas— como adquirimos sentido del mundo y nos comunicamos ese sentido unos a otros. Como prueba de nuestra existencia social, las representaciones sociales se originan en la vida diaria en forma espontánea, en el curso de la comunicación interindividual. Nos permiten construir un marco de referencias que facilita nuestras interpretaciones de la realidad y guían nuestras relaciones con el mundo, por lo que llegan a estar profundamente embebidas en nuestro tejido cultural”.

Es indispensable tratar de descubrir todas estas características sociales que se han ido construyendo desde el día a día y que han trascendido del mundo subjetivo para convertirse en un conocimiento apropiado y transmitido a sus pares; entre otras características que han influido en la construcción de este tipo de conocimiento están las experiencias propias y las relatadas por otras lo cual conlleva a la construcción de conocimiento.

Las representaciones sociales se enfocan en el conocimiento social, y por eso los procesos de memoria, percepción, obtención de información y de disonancia trabajan juntos para proporcionar el conocimiento real dentro de un contexto social. Sin embargo, este proceso va más allá de estos límites y comprende valores, historias, mitos, convenciones y símbolos, que se adquieren a través de la experiencia directa, principalmente de las relaciones con el grupo de amigos y amigas, los padres y madres, la escuela, las organizaciones, los grupos religiosos, las

iglesias, los medios de comunicación y, según encontré en mis estudios recientes, la calle (Vergara, et al., 2007) (Vergara, 2006).

Es evidente que existen motivos de peso que han ido desmotivando a estas mujeres para realizarse el procedimiento, el hecho de creer que el sistema de salud no responde de manera adecuada a estos casos, de concebir que por no tener los suficientes medios económicos no pueden acceder a los servicios de calidad, hace que los conceptos sobre la citología no se acerquen a la realidad y por el contrario, pese más el voz a voz de estas mujeres que la información impartida tanto por los profesionales como por los medios de comunicación. En el conocimiento que compartimos existe un elemento potente que es la confianza (Moscovici, 2001), que se halla en el origen y en el límite del conocimiento social y permite apropiarse de la información científica como parte del saber cultural.

Por lo tanto conocer estas situaciones favorece la intervención del fenómeno y permite ampliar el panorama de acción para dar respuesta a la realidad y no a los supuestos que se construyen desde el querer ser de aquellos que diseñan las acciones a desarrollarse con la población, y que de una u otra manera impactan en la salud pública de las comunidades.

Desde la construcción de conocimiento es importante validar todo aquello que está relacionado con el desarrollo del ser humano, es decir todo lo referente a su experiencia de vida a la construcción de significados individuales y sociales al diseño de estrategias de supervivencia dentro de un contexto y porque no decirlo dentro de una sociedad que determina los parámetros de acción de los seres humanos, que normatiza y cuestiona los diferentes comportamientos de las

personas, en ese desarrollo social existe una gran diversidad de patrones que determinan la relación del hombre con su entorno.

En lo referente al campo de las mujeres ya hablando de manera más específica se encuentra que hay una serie de situaciones que condicionan su quehacer dentro de la sociedad que suelen ser en su mayoría tácitos pero que son válidos y han sido aprehendidos por las diferentes mujeres, en el caso de la citología cérvico uterina, aunque parece ser un tema común y sencillo teniendo en cuenta su componente de prevención y por el hecho de estar relacionado con la salud se creería que es un tema sencillo y entendido por todas las mujeres y que no discrimina características sociales, tales como formación académica, edad, estrato socioeconómico, entre otras, pero la realidad es otra, alrededor de este procedimiento se entrelazan una serie de ideas y comportamientos introyectados y asimilados por las mujeres que distan mucho de la realidad científica y que impiden en muchas ocasiones la utilización de la prueba con la demanda que debería tener, máxime si se concibe como una estrategia para prevenir la aparición del cáncer y evitar muertes.

En la realidad las mujeres del Programa Red Unidos se identifican una cantidad de creencias y aprendizajes que dificultan que las mujeres se practiquen el procedimiento, afectando no solo su salud individual, sino que a su vez afecta la Salud Pública.

En esta investigación se logró identificar ese tipo de conocimientos que influyen en las mujeres para no acceder a la prueba. Las representaciones sociales permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales; expresan las relaciones que las personas

mantienen con el mundo y con los otros, por lo que se puede comprender cuáles son los nodos centrales y los sistemas periféricos que construyen las personas alrededor de las diferentes realidades sociales.

Para identificar la esencia de las representaciones sociales que tiene las mujeres del Programa Red Unidos y lograr entender tanto el nodo central como el sistema periférico fue necesario realizar varios acercamientos a ellas para poder percibir, identificar y porque no decirlo descifrar todo ese tipo de información que han ido introyectando hasta convertirla en conocimiento validado tanto por ellas como por su grupo de pares.

Una de las situaciones que hacen parte del nodo central en el cual se logra identificar la razón por la cual no se hacen la citología está el hecho de ir validando y confirmando la idea que el Sistema de Salud en este país no es lo suficientemente robusto para atender las necesidades de la población, así lo han referido ellas; “por ejemplo si a uno le sale mala la citología se queda en el proceso de que ahhh pues como le dijera los exámenes se los hacen a medias porque el proceso no lo terminan porque la salud está en este momento está muy mal entonces que se ganan con hacerse la citología si saben que se van a quedar en la mitad del proceso que no lo van a terminar”. Esta información cada vez va cogiendo más adeptos y va teniendo más peso, basta con mirar los diferentes periódicos, las revistas de circulación nacional para encontrar eco en este concepto que han ido interiorizando cada vez más las personas y específicamente las mujeres, un ejemplo de ello es la publicación del periódico económico del Tiempo, el cual es de circulación nacional donde cita lo siguiente: La crisis de la salud es una cruda realidad que viven 46 millones de ciudadanos, especialmente aquellos que no tienen alternativas distintas a las EPS e IPS

colombianas. Como todo se plantea en términos de buenos y malos, las razones de la crisis y, por consiguiente, sus salidas, son absolutamente diferentes entre los que mantienen que el mercado regula y aquellos que demuestran que no. Los primeros no quieren que se toque el mercado de la salud y los segundos reclaman que este es un derecho público, y que es al Estado al que le corresponde responder, lo cual no excluye la participación del sector privado, como creen algunos (López M., C. 2012).

Este artículo es solo una pequeña muestra sobre la cantidad de noticias diarias que las personas escuchan sobre las dificultades que tiene el Sistema de Salud Colombiano, sobre las interminables filas para poder acceder al servicio, sobre pacientes que mueren esperando una remisión, sobre EPS que están liquidando o que son intervenidas, sobre tutelas en aumento por la falta de oportunidad para poder lograr una cita, una autorización o un procedimiento, entre otras, todo esto se va introyectando en las personas y se va convirtiendo en un discurso aprehendido para justificar muchas acciones entre ellas el no acudir a los servicios de salud para tomarse la citología cérvico uterina y si a esto se le suma haber tenido una mala experiencia en cualquier momento, el ejercicio está condenado al fracaso, tal como lo refiere una de las personas incluidas en el estudio: “Porque hay veces la citología no se la hacen bien a uno, por lo mismo que les digo la citología cuando se toman las muestras no les entregan el resultado a las personas , entonces como va a saber si salió alterado o no le salió alterado, usted se la toma y ya no se vuelve a dar cuenta de nada hasta el próximo año que te das cuenta que tienes un papiloma humano o un cáncer avanzado y ya no hay nada que hacer... es más uno le pregunta al que le está haciendo la citología si uno está bien, ¿cómo me ve por dentro?, hay que preguntar cómo me ve cuando lo

abren a uno, ahh que no que está bien cuando uno está podrido, si uno está mal no le van a decir a uno, es verdad no le dicen a uno”.

Es así como todo este tipo de situaciones se van quedando de manera permanente en el conocimiento de las personas y hace que este tipo de acciones preventivas como es el caso de la citología cada vez pierdan más peso, importancia y credibilidad, lo cual sin duda alguna va afectar la salud de la población y específicamente de las mujeres.

En este sentido es como se va construyendo el nodo central de las representaciones sociales. Tal como lo refiere el autor, “Toda representación social se establece alrededor de un nodo central y de un sistema periférico. El nodo central es el sistema que da significado a la representación social y está constituido por aquellos elementos que son importantes no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente. Está ligado a los eventos históricos, sociológicos e ideológicos del grupo; se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación (Vergara, M.C., 2006).

Ahora bien esto en lo referente a lo colectivo, a lo social ya en lo referente a las situaciones individuales, estas toman cada vez más peso convirtiéndose en razones para construir e interiorizar una información o un conocimiento, tal como lo refieren las siguientes entrevistadas cuando se les indaga por los motivos que les impiden hacerse la citología cérvico uterino “... yo nunca me la he hecho por temor que me digan que tengo algo, porque eso da mucho dolor de estómago cuando termina de hacerla y eso dura como varios días y el dolor es muy fuerte por eso mejor no hacérsela, además después que a una le han hecho cirugías uno no vuelve porque se

vuelve muy doloroso y mejor uno no va, eso duele mucho que miedo mejor no ir, mire la verdad eso es muy maluco y además que miedo que le digan a uno que tiene uno cáncer, a mí me da mucho miedo por eso no me la hago prefiero morirme y ya sin saber que tengo”.

La teoría de rango medio, propuesta por Mishel en 1990, evalúa cuáles son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, ya sea la propia o la de un ser querido, para lo cual conceptualiza el nivel de incertidumbre ante la enfermedad; por ejemplo, la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados; este fenómeno es motivado por la falta de información y/o conocimiento. Si el evento es evaluado de forma efectiva, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro. Así mismo, la teoría puede ser utilizada en una amplia gama de posibilidades, ya que tanto la persona enferma, como sus familiares, se enfrentan a situaciones estresantes generadoras de incertidumbre. Es por esto que el profesional de enfermería, al conocer la teoría, puede guiar u orientar a la persona para que enfoque su evaluación como una oportunidad, y dirija sus estrategias a lograr la adaptación (Mishel, 1990).

Tanto en la práctica científica como en la vida cotidiana, los conocimientos, las creencias y las teorías juegan un papel fundamental en la determinación de lo que se percibe. Es necesario el saber previo para poder interpretar los hechos que se van presentando. El reconocimiento o la interpretación preliminar de algo suponen su inserción en un marco conceptual preexistente, en

un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida (Mishel, 1990).

Todo este tipo de constructo está relacionado con lo que en la teoría de las representaciones sociales se define como el sistema periférico; el sistema periférico se caracteriza porque está determinado por la historia individual de las personas, por sus experiencias particulares. Esto hace que los elementos sean más influidos por el contexto social inmediato en el que los sujetos se desenvuelven y han de expresarse, y actúan en relación con el objeto de la representación. Por esto, los elementos del sistema periférico son más dúctiles e inestables, más vulnerables a las presiones de elementos extraños a la representación (Vergara, 2007).

Por lo tanto y teniendo en cuenta toda la información encontrada es importante tener en cuenta que las mujeres no se realizan la citología de cuello uterino, por motivos individuales y sociales que han ido validando desde su experiencia y que las ha llevado a sentirse más cómodas y tranquilas frente a su realidad, es en este sentido que se deben diseñar acciones para que las mujeres se sientan más seguras y convencidas de realizarse la prueba, dejando de lado un poco las concepciones científicas y clínicas para incluir las razones psicosociales (Mishel, 1990).

**La principal fuente de información sobre la toma de la citología cérvico uterino proviene del servicio médico y los profesionales de la salud.**

Al analizar las fuentes de información que han permitido la construcción de las Representaciones Sociales que sobre la toma de citología, tienen las mujeres del programa Red

Unidos de Manizales, estas respondieron que el lugar donde han recibido la información para el 37,9% de las mujeres fue en el servicio médico, y esta información fue brindada por funcionarios (médicos o enfermeras) en un 44,8%, en menor proporción en charlas informativas, medios de comunicación, en el colegio y otros (personal de Red Unidos, por el estudio, el colegio y la gente) . Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Routi en el 2008 donde se identificó que el médico es quien entrega esta información para el 32,7% de las mujeres, enfermera el 19,2%, charlas 9% y medios de comunicación 5,7%. En contraste Arredondo (2008) en su estudio sobre Percepciones de las usuarias asistentes al servicio de citología en Medellín, y con respecto a las actividades educativas sostiene que el 59,5 % de las mujeres afirman que no tienen información sobre ellas.

## **9. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio, es importante mencionar que aunque las investigadoras laboran dentro del sistema de salud se mantuvo una posición objetiva ante el proceso de investigación, al igual que ante la posición que asumieron las mujeres del Programa Red Unidos, ante sus comentarios, actitudes y creencias, las cuales fueron tomadas con respeto y objetividad.

La información suministrada por las mujeres participantes en el estudio, se manejó con absoluta reserva, protegiendo en todo momento su identidad.

## 10. CONCLUSIONES

En Colombia, la mortalidad por cáncer de cuello uterino no presenta tendencia a disminuir, a pesar de los programas de tamizaje organizados. La evaluación de estos programas se fundamenta en la cobertura, sin que esta se relacione con el comportamiento de las cifras de mortalidad. Teniendo en cuenta la alta incidencia del cáncer de cuello uterino, se hace necesario hacer esfuerzos aún mayores por convencer a las mujeres para que sean adherentes a los programas de tamizaje. Como conclusiones del presente trabajo cabe resaltar las siguientes:

- ✓ Las representaciones sociales que tienen las mujeres de la estrategia Red Unidos sobre la citología cérvico uterina son determinantes a la hora de la participación activa de estas en el programa de tamizaje del Cáncer de Cuello uterino. Estas están influenciadas tanto por el nodo central como el sistema periférico.
- ✓ Las condiciones socio económicas limitadas de baja escolaridad y situación laboral deficiente se pueden relacionar con la actitud de las mujeres frente a la toma de la citología vaginal.
- ✓ Dentro de las actitudes, creencias y prácticas se identificó que las mujeres a pesar de estar informadas sobre la importancia de la prueba hay factores individuales que influyen en la no realización del examen, es así como el miedo, la vergüenza y el temor a lo desconocido las paraliza al punto de preferir no saber si tienen alguna patología grave.

- ✓ No se encontró una relación clara entre el conocimiento y la práctica de la citología, pues según lo manifestado por las mujeres participantes, la mayoría de ellas tienen información clara sobre la citología vaginal y su papel en el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, sin embargo y a pesar de ello no acuden para la toma de la misma, al parecer el temor a la muerte por cáncer de cuello uterino, representa una de las causas manifiestas que impiden la acción en la toma de la citología vaginal.
  
- ✓ Los sentimientos de miedo al cáncer, pena, vergüenza, el dilema entre el sentirse y el saberse enferma, influyeron en la práctica de la toma de citología vaginal.
  
- ✓ Las barreras de acceso a los servicios de salud, la confianza y credibilidad en la calidad de la atención recibida y el papel determinante de las EPS-S para dar continuidad a los tratamientos requeridos, son factores definitivos que afectan el comportamiento de las mujeres participantes frente a la toma de la citología vaginal.
  
- ✓ Las mujeres no muestran interés por realizarse la prueba y en el caso de realizársela no reclaman los resultados, además no tienen una práctica correcta del esquema propuesto por el Ministerio de Salud para el programa Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino, no cumplen con la periodicidad establecida de toma de las muestras.

## 11. RECOMENDACIONES

En el presente capítulo, se presentan las recomendaciones y sugerencias resultado del presente estudio, con el fin de que sirvan como punto de partida para la estrategia Red Unidos y los integrantes del Sistema de Salud del Municipio de Manizales, para el diseño de estrategias desde lo educativo que permitan incrementar la demanda de la citología cérvico uterina por parte de las mujeres del Municipio y al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia en general.

- ✓ Replantear las estrategias de promoción de la salud con el fin de transformar las formas de ser, sentir, reaccionar y comportarse de las mujeres de manera que se logre la adherencia de ellas al programa de tamizaje, con el apoyo de las mujeres de la comunidad que brinden acompañamiento durante todo el proceso.
- ✓ Realizar un estudio similar en las mujeres de estratos 4, 5 y 6 así como en el área rural del municipio.
- ✓ Las **Entidades Promotoras de Salud** garantizar desde su competencia el acceso oportuno a los servicios de salud.
- ✓ El **Sector Salud** promover la humanización de la atención en salud, así como en capacitar a los profesionales de la salud en lo relacionado con la claridad y asertividad de la información brindada a las mujeres dado que es el personal de salud la fuente primaria de información sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención.

- ✓ El **Sector Educativo**: diseñar programas educativos estructurados con énfasis en la familia, y la responsabilidad de los padres y colegios de generar en las niñas desde la edad escolar que se apropien de una cultura del autocuidado de la salud y no dejarlo como un tema de la vida adulta.

## 12. LIMITACIONES

En este capítulo es importante tener en cuenta las limitaciones que tienen los estudios cualitativos que exploran las actitudes y prácticas relacionadas con el cáncer de cérvix, ya que este tema toca un universo complejo de vivencias, experiencias, creencias, temores, muchas veces imperceptibles. Es necesario tener en cuenta que las dimensiones que se exploran no dependen de manera exclusiva del individuo, sino que tienen connotaciones importantes de tipo cultural, relacionadas con el cuerpo y con el género.

En el desarrollo del presente estudio, la primera limitante que es importante mencionar está relacionada con el proceso de convocatoria de las mujeres de la estrategia Red Unidos a las actividades programadas tales como la aplicación de encuestas y la realización de los grupos de discusión; la asistencia a la convocatoria fue limitada, esta situación refleja el rechazo de las mujeres frente a lo relacionado con la toma de la citología vaginal y el cáncer de cuello uterino.

En lo relacionado con la información registrada en la de bases de datos, se tuvieron dificultades con la fidelidad y coherencia de la información, pues al verificarlas se pudo constatar que no se tenían los datos correctos o actualizados lo que impidió la ubicación de las mujeres de la Estrategia Red Unidos objeto del estudio.

El nivel educativo de las participantes en la investigación, que en un alto porcentaje de ellas fue de primaria incompleta, además de ser un factor predisponente frente al rechazo a la toma de la citología vaginal represento una limitante para el estudio en lo relacionado con la coherencia de las respuestas dadas. De otro lado se debe tener en cuenta este aspecto pues sirve para definir estrategias diferentes de Información, Educación y Comunicación (IEC) enfocadas a intervenir las dificultades generadas por el bajo nivel educativo de las mujeres que participan en las investigaciones.

También se debe tener en cuenta la fidelidad y veracidad de los datos por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo importante. En este punto es necesario revisar estos aspectos frente a las respuestas dadas por las mujeres a la encuesta, pues se presenta un sesgo de memoria que impide tener datos más confiables sobre la pregunta “¿Cuánto hace que se hizo la última citología?”.

### 13. REFERENCIAS

- Abascal, E. &. (2005). Análisis de encuestas. ESIC Editorial.
- Agencia Nacional para la superación de la pobreza extrema. (diciembre de 2011). *Dimensiones y logros*. Obtenido de <http://www.anspe.gov.co/es/programa/estrategia-unidos/dimensiones-y-logros>
- Arredondo, M. V. (2008). Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín. *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín*, 3(1), 28.
- Balestena Sánchez, J. M. (2003). Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Barrios Garcia, L. B. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cérvicouterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomedicas*, 2(2), 249-255.
- Cardozo, J. (2004). Conocimientos Actitudes y Practicas respecto al cáncer de cuello uterino en el Municipio de Sucre, Bolivia. Sucre. 2-40.
- Cardozo, J. (2004). *Conocimientos Actitudes y Practicas respecto al cáncer de cuello uterino en el Municipio de Sucre, Bolivia. Sucre*. Obtenido de En página web [http://www.mariestopes.org.bo/files/recursos/Investigacion\\_CC U.pdf](http://www.mariestopes.org.bo/files/recursos/Investigacion_CC U.pdf)].

Cervical Cancer Action . (2012). *Progreso en la prevención del cáncer cérvicouterino. .*

Obtenido de [http://www.cervicalcanceraction.org/pubs/CCA\\_reportcard\\_sp\\_med-res.pdf](http://www.cervicalcanceraction.org/pubs/CCA_reportcard_sp_med-res.pdf).

Chávez Méndez, M. G. (2010). Representación Social sobre el cáncer cérvico uterino por mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad de Colima, México, a través de la aplicación de las redes semánticas naturales como estrategia metodológica. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 16(32), 41-61.

Choque Aspiazu, G. (2011). *Etnofotografía del textil andino con teoría fundamentada*. Obtenido de Recuperado a partir de [http://www.espe.edu.ec/portal/files/sitio\\_congreso\\_2011/papers C, 1](http://www.espe.edu.ec/portal/files/sitio_congreso_2011/papers_C_1).

Cogollo, Z. e. (s.f.). Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 40 años frente a la citología cervico uterina en Instituciones de Salud Publica de Cartagena /Colombia.

Colombia., M. d. (2003). Política nacional de salud sexual y reproductiva.

Cortassa, C. G.-0. (2010). El aporte de la Teoría de las Representaciones Sociales a los estudios de Comprensión Pública de la Ciencia:. *Cienc. docencia tecnol. [online]. .40 [citado 2015-0, 9-44*.

Cortiñas, P. R. (2008). Citología cervical como pesquisa: factores para mejorar la sensibilidad. *Gac Méd Caracas*, 116, 37-40.

Creswell, J. W. (2002). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. *pper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc. (2nd ed.)*.

Cuesta, L. (s.f.).

- Dávila, B. L. (2010). Alteraciones citológicas y algunos factores de riesgo para patología de cuello uterino en pacientes mayores de 15 años. Ambulatorio urbano tipo i “santa rosa”. Municipio iribarren estado l.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los cuidados. *Revista de enfermería y humanidades*, (20), 136-140.
- De La Cuesta, B. C. (1998). Taller de investigación cualitativa. Memorias del seminario taller de Investigación Cualitativa, Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Manizales.
- Escobar, J., & Bonilla Jimenez, F. (2011). Grupos Focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, Vol. 9 No. 1. Universidad El Bosque, 51-67.
- Figuerola Solano, M. N. (2011). Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. *Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia*.
- Florez G., R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la Antropología socio cultural. *Revista Mad*. 10.
- Galán-Rodas, E. V. (2013). Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 6(2), 52-54.

- Graterol, I. J. (2011). Virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cuello uterino. Tipificación y ultraestructura. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*, 26(2), 89-94.
- Hernández A., F. (2006). El significado de la muerte.
- Hidalgo M., A. C. (2006). El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección temprana. *Revista Biomédica*, Vol. 17/No. 1/Enero-Marzo, 2006, 83-86.
- Huaman Cubas, M. M. (2010). Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas.
- Ibáñez, T. (1994). Psicología social construccionista. En U. d. Guadalajara. Guadalajara.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *Barcelona: Paidós*, 469-494.
- Jodelet, D. (1997). *Seminario de representaciones sociales*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, julio.
- Latorre, A. d. (1996). Bases metodológicas de la investigación educativa.
- León C, G. &. (2005). Infección por el papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31(1),.

- León Cruz, G. &. (2005). Infección por el papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. . *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31.
- López M., C. (23 de julio de 2012). La esencia de mal del sistema de la salud actual está en el contrato establecido por el Estado y el sector privado. *El Tiempo*.
- López Saavedra, A. &. (2006). Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina.
- López, T. M. T. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. (2002). Ciencias sociales y ciencias de la salud Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara-Numero 23*.
- López-Castillo, C. A. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 14-20.
- Lucumí C., D. I. (2004). 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*, 367-377.
- M, F. S. (2011). Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del Distrito de Barranquilla. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Encuesta Nacional de Salud*. Bogota: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas JAVEGRAF.

Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Profamilia .  
(2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Colombia-ENDS*.

Ministerio de Salud de Colombia, Dirección General de Promoción y Prevención. (2000). *Norma técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino*. Bogotá.

Ministerio de Salud de Colombia. (2000). Resolución 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de Colombia.

Ministerio de Salud Pública, O. P. (2010). *Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino*. Paraguay.

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de marzo de 2013). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. Bogotá, Colombia: Grupo de Publicación.

Ministerio de Salud y Protección Social, I. N. (2013). Plan Nacional de Cáncer. Bogotá.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2006). *Guía para la atención de la población Gitana en los servicios de salud*. España.

Mishel H., M. (1990). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*, volumen 2.

Moscovici, S. ( 1986. ). Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales.

*Psicología social II. Barcelona: Paidós.*

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.

Moscovici, S. (1986). Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales.

*Psicología social II. Barcelona: Paidós.*

Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representations? . Representations of the social

USA. . *Blackwell Publishers Ltda.*

Organización de las Naciones Unidas. (septiembre de 2000). Objetivos del Milenio.

Organización Panamericana de la Salud-Unidad de Enfermedades no Transmisibles. (2004).

*Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe.*

Washington.

Ortiz S., R. U. (2004). Factores de riesgo para Cáncer de Cuello Uterino . *Revista Colombiana de*

*Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.2, 146-160.*

Osses B., S. S. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a

través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos 32(1), 119-133.*

Peña, E. Y. (2014). Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal

Sincelejo 2013–2014. *REVISALUD Unisucre, 31-41.*

Perera Pérez, M. P. (1999). A propósito de las representaciones sociales. apuntes teóricos,

trayectoria y actualidad. Obtenido de Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu>.

[ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf](http://ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf).

Piñeros M., C. R. (2007). Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y factores relacionados en Colombia. *Rev. salud pública*. 9 (3), 327-341.

Presidencia de la Republica de Colombia, Departamento Admnsitrativo de la Función Pública. (2 de noviembre de 2011). Decreto 4107 de 2011. Bogota.

Profamilia. (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia: resultados encuesta nacional de demografía y salud*.

Raiter, A. Z. (2010). En A. Z. Raiter, *Representaciones Sociales*. Buenos Aires: Eudeba.

República de Colombia Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 3039 de 2007:" Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010". Colombia.

República de Colombia Ministerio de Salud. (2000). Resolución 3384 de 2000:" Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 del 2000. Colombia.

Restrepo Z, e. a. (2007). Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia during 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 657-666.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996). Metodología cualitativa. Bilbao, Universidad de Deusto.

Ruoti de G. Z. MI, A. d. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolau en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, Vol. 4(2), 48-58.

- Sanabria, J. G. (2005). Sensibilidad y especificidad de la citología orgánica cervical. Pinar del río. Cuba. *7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica*.
- Sandoval, C. (1997). Investigación cualitativa, módulo 4, programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Universidad de Antioquía. Medellín. 433.
- Tamayo, L. S. (2013). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México). *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 16(32), 41-61.
- Urrutia, M. T. (2008). ¿Porqué las mujeres no se toman el Papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cérvicouterino . *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73., 98-103.
- Valencia M, S. W. (2008). Percepciones de la usuarias del servicio de citología en unidades prestadoras de la ESE Metrosalud de la zona nororiental de Medellín, 2006. *Rev Salud Pública de Medellín 2008*;3(1):27-35., 27-35.
- Vergara Q., M. (2007). La naturaleza de las representaciones sociales. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv.*, 105-133.
- Vergara Q., M. D. (2006). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv.*, 105-133.
- Wiesner-Ceballos, C. V.-V.-M.-M.-D. (2006). La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública*, 8(3), 185-196.

Zapata, A. L. (2013). Conducta frente a la toma de Citología Vaginal en estudiantes de enfermería superior pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Bogotá (Colombia). *Archivos de Medicina (Manizales)*, 14(1), 83-91.

## 14. ANEXOS

### 14.1. Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN**

**EN INVESTIGACIONES**

**“REPRESENTACIONES SOCIALES QUE TIENEN LAS MUJERES DEL PROGRAMA RED UNIDOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES FRENTE A LA TOMA DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA”.**

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Paula Andrea Serna Murillo y Gloria Lucia Pava Miranda, estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de las siguientes actividades:

- ✓ Aplicación de Encuesta.
- ✓ Entrevista en profundidad.
- ✓ Grupos de Discusión.
- ✓

Adicionalmente se me informó que:

- ✓ Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- ✓ No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de prestación de servicios de usuarias en condiciones similares a las mías.
- ✓ Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- ✓ Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

\_\_\_\_\_

Firma



Documento de identidad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella Índice derecho:

***Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 032 del 12 de marzo de 2014***



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

**FACULTAD DE SALUD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN**

**EN INVESTIGACIONES**

**NOMBRE:** “Representaciones Sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina”.

**OBJETIVOS:**

Comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina.

**JUSTIFICACIÓN:**

En Colombia el cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de mortalidad por cáncer. En las últimas estimaciones de incidencia de cáncer para el país, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar con 5,600 casos nuevos. En la mortalidad por cáncer, desafortunadamente el cáncer de cuello uterino continúa ocupando el primer lugar en muchos departamentos. La incidencia de cáncer de cuello uterino en Colombia se estima en 21.5 casos nuevos por 100,000 mujeres (ENDS, 2010).

A pesar de los programas de Detección precoz de cáncer de cuello uterino implementados y de las facilidades relativas que se tienen frente al acceso de las mujeres objeto del programa, a la citología cérvico uterina, se observa que la detección de esta enfermedad cada vez se hace en estadios avanzados donde la intervención es más difícil y costosa desde lo económico y lo social. Las mujeres pese a tener

información sobre las formas de prevención y autocuidado del cáncer cérvico uterino, carecen de la incorporación de una cultura del autocuidado de la salud en sus vidas.

**PROCEDIMIENTOS:**

- ✓ Aplicación de Encuesta.
- ✓ Entrevista en profundidad.
- ✓ Grupos de Discusión.

**RIESGOS ESPERADOS:**

Esta investigación es considerada sin riesgo, según la Resolución 008430 de 1993; además será sometida a análisis del Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Manizales para dar su concepto sobre la investigación.

**BENEFICIOS:** son los siguientes:

**Productos de nuevo conocimiento:** Al identificar las razones sociales y culturales por las cuales las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales no demandan la citología cérvico uterina, es posible replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura de las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, la mortalidad y los costos de atención de los tratamientos para cáncer de cuello uterino.

**Apropiación social del conocimiento:** se realizará un foro que permita difundir los resultados de la investigación con el equipo de trabajo de Red Unidos. **Formación:** se realizará el proceso de formación de dos maestrantes en salud pública, autoras del proyecto.

## 14.2. Anexo 2. Encuesta

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**ENCUESTA DIRIGIDA A:**  
**MUJERES DEL PROGRAMA RED UNIDOS**

**ENCUESTA**

*Esta encuesta es realizada por estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales, quienes a su vez son funcionarias de la Secretaría de salud de Manizales. Su información será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la presente investigación. A este cuestionario se le asignará un número de formulario lo que dará garantía de su anonimato.*

**Objetivo:** Identificar los conocimientos que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología vaginal.

### **PARTE A: CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA**

A continuación encontrará unas preguntas las que puede responder en el espacio correspondiente o marcando una X frente a la respuesta seleccionada, según sea el caso.

## Datos Personales

Nombre del barrio donde vive actualmente \_\_\_\_\_

Edad (Años cumplidos) \_\_\_\_\_

## Estado Civil

### 1. ¿Cuál es su estado civil actual?

a. Soltera

b. Vive en pareja hace más de un año

c. Está casada

d. Está separada o divorciada

e. Esta viuda

f. Otro?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Ocupación

### 2. ¿En qué actividad ocupa la mayor parte de su tiempo?

a. Trabajando  ¿Cuál es su actual trabajo? \_\_\_\_\_

b. Buscando trabajo

c. Estudiando

d. Oficios del Hogar

e. Otra actividad  ¿Cuál actividad? \_\_\_\_\_

## Nivel educativo

4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted?

¿Cuál es el último año estudiado por usted?

- a. Ninguno
- b. Preescolar
- c. Primaria incompleta
- d. Primaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Secundaria completa
- g. Técnico
- h. Tecnólogo
- i. Universitaria incompleta
- j. Universitaria completa
- k. Postgrado incompleto
- l. Posgrado completo

## PARTE B: CONOCIMIENTO SOBRE LA CITOLOGÍA VAGINAL

### Citología Vaginal.

5. ¿Para usted que es la citología vaginal?

---

---

---

**6. ¿ En qué parte del cuerpo se toma la citología vaginal?**

- a. Cuello del Útero
- b. Vagina
- c. Ovarios
- d. No se

**7. ¿Usted considera que la citología vaginal sirve para?**

---

---

---

**8. ¿Cada cuánto se debe realizar la citología vaginal?**

---

---

---

**PARTE C: ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE A LA CITOLOGÍA VAGINAL**

**9. ¿Usted se ha realizado alguna vez la citología vaginal?**

- a. Sí  ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- b. No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**10. ¿Cuánto hace que se hizo la última citología vaginal?**

---

**11. ¿Por qué considera que debe hacerse la prueba en un período de tiempo determinado?**

---

---

---

**12. ¿Usted cree que las mujeres se deben hacer la citología vaginal solo si el medico lo solicita?**

- a. Si  ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
b. No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
c. No sabe

**13. ¿Se ha practicado la citología vaginal en el último año?**

- a. Si   
b. No   
c. No sabe

**14. Si se ha realizado la citología vaginal, ¿reclamó el resultado?**

- a. Si   
b. No

**¿Por qué no reclamó el resultado?**

---

---

---

**15. Si se tomó la citología vaginal, por qué se la tomó?**

---

---

---

**PARTE D: FUENTES DE INFORMACION**

**16. ¿De dónde ha aprendido sobre la citología vaginal?**

---

---

---

**17. ¿Quién le informó sobre la citología vaginal?**

---

---

---

***MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION***

### **14.3. Anexo 3. Protocolo grupo de discusión**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**  
**FACULTAD DE SALUD**  
**GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA**  
**LÍNEA CULTURA DE LA SALUD**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**  
**PROTOCOLO GRUPOS DE DISCUSION**

**Título de la Investigación:**

Representaciones Sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos del Municipio de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina.

**Objetivo de la Investigación:**

Comprender las representaciones sociales que tienen las mujeres del programa Red Unidos de Manizales frente a la toma de la citología cérvico uterina

## **Grupos de Discusión:**

Esta metodología permite que surjan de manera espontánea actitudes, creencias, experiencias, pensamientos y reacciones en las participantes frente a la toma de la citología cervico uterina, así como que se obtengan diferentes miradas y emociones dentro del contexto del grupo.

## **Pautas**

1. Los datos que se obtengan serán utilizados de manera confidencial.
2. El tamaño ideal de participantes esta entre 10 y 12 mujeres.
3. Duración: una a dos horas, máximo dos horas.
4. Se partirá del diligenciamiento del consentimiento informado y la aplicación de la encuesta dirigida a las mujeres del programa Red Unidos con el objetivo de comprender las representaciones sociales que tienen estas frente a la toma de la citología cérvico uterina.
5. Invitación a participar: invitación directa a quienes quieran participar con cupo limitado.  
Selección de un moderador: se elegirá un moderador(a) para el grupo de discusión que puede ser alguna integrante del grupo o una de las investigadoras; tendrá la función de orientar la guía de preguntas y dar la palabra a los participantes así como propiciar diferentes respuestas. Además debe tener habilidades para saber escuchar, interpretar, observar y entender el lenguaje verbal y no verbal de las participantes; todas estas cualidades generan confianza lo que permitirá una participación más abierta e interactiva.
6. Describir el protocolo de la discusión e indicar que la conversación será grabada.

7. Papel de las participantes. Las participantes del grupo de discusión serán quienes desarrollen las respuestas a la guía de preguntas.
8. Papel de las investigadoras. Las investigadoras serán observadoras activas; tomarán datos sobre las actitudes que tenga el grupo, sólo intervendrán cuando se presenten dudas sobre el desarrollo de alguna pregunta.
9. Material de apoyo: se tendrá la guía de preguntas, filmadora para plasmar los diálogos surgidos del grupo de discusión

**Preguntas guía:**

1. ¿Dónde y que ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?
2. ¿Qué conoce sobre la citología cervico uterina?
3. ¿Cuál es el motivo por el que no se ha hecho nunca la citología?
4. ¿Qué cree que piensa la persona que no se ha hecho la citología cervico uterina?
5. ¿Cuál experiencia en la vida cree que ha influido para que las mujeres no se realicen la citología cervico uterina?
6. Si se fuera a idear una campaña para promover la realización de la citología cervico uterina, ¿qué aspectos se deben tener en cuenta para lograr convencer a las mujeres?.
7. De todo lo expuesto ¿qué es lo más importante?

#### **14.4. Anexo 4. Preguntas para la entrevista en profundidad**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**  
**MUJERES DEL PROGRAMA RED UNIDOS**

#### **GUIA DE PREGUNTAS:**

- ✓ ¿Por qué a pesar de tener conocimientos sobre la importancia de la toma de la citología vaginal, las mujeres no acuden a los servicios de salud para la toma de esta?
  
- ✓ Teniendo en cuenta que existe un protocolo de manejo para las citologías con resultados alterados, que está incluido en el Plan de Beneficios, ¿Considera usted que las EPS-S no dan respuesta oportuna a las necesidades de las mujeres con esta enfermedad?
  
- ✓ Desde su experiencia, ¿Cómo le pareció la calidad de la atención brindada cuando fue a la toma de la citología vaginal? ¿Entendió la información que le dieron en el sitio donde le tomaron la citología vaginal?

- ✓ ¿Por qué si las mujeres conocen casos de muertes por cáncer de cuello uterino así como la forma de identificarlo a tiempo, no asisten a la toma de la citología vaginal?
  
- ✓ Si usted tuviera que convencer a otra mujer para que asista a la toma de citología vaginal ¿Cómo lo haría?
  
- ✓ ¿Qué aspecto le gustaría que se tuvieran en cuenta en el diseño de una campaña educativa para las mujeres que no se han hecho la citología vaginal?

***MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION***