

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

Christian Adrián López-Castillo,^{1*} Manuel Alejandro Calderón,² María Mercedes González de S.²

¹ Asistente de Investigación, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.

² Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia.

* Correo electrónico: lopezcastilloc@gmail.com

Fecha de Recepción: 09-12-2012.

Fecha de Aceptación: 10-01-2013.

Resumen

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia, Colombia. Materiales y métodos: Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. Resultados: En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SISBEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. Discusión: No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes (conocimiento contextualizado y útil) convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

Palabras Clave: cáncer; utero; citología; epidemiología; Colombia.

Knowledge, attitudes and practices regard cervix cancer among women of 14-49 years-old from a neighborhood of the comuna 10 of the city of Armenia, Colombia

Abstract

Purpose: To determine the knowledge, attitudes and practices about cervical cancer of women between 14 and 49 years of a neighborhood of the comuna 10 from Armenia, Colombia. Methods: cross-sectional, with convenience sampling. Results: A total of 100 women were interviewed. The average age was 27.22 years. Majority had SISBEN 1 (76%). 89% had a low knowledge about cervical cancer. 51% were clear as to prevent the cervical cancer; 88.8% of women who have had sexual relations had taken the cytology. There is a significant relationship ($p < 0.05$) between low knowledge about the prevention, detection and schedule for making the cytology and lower ages. Discussion: There is no consistency between knowledge, attitudes and practices of women in reproductive age included in this study. Younger women have a lower level of knowledge despite attending school. Our results seek to have elements in order to reorient the educational processes in this community, starting from school education to socio-cultural aspects of the people and on this basis to develop educational projects much more relevant (contextualized knowledge and useful) making them efficient and effective.

Key Words: cancer; uterine; cytology; epidemiology; Colombia.

Introducción

En el mundo, el carcinoma de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer que afecta con mayor frecuencia a la mujer, especialmente en los países con bajo desarrollo económico (1). En el año 2002, se diagnosticaron aproximadamente 493.243 nuevos casos en países en desarrollo y causó al menos 273.606 muertes, correspondiendo a una tasa de mortalidad del 55% (2). En Colombia, según datos de Globocan del mismo año (3), el cáncer de cuello uterino es el más común entre las neoplasias que afectan a la mujer. Aunque no existen datos globales de Colombia, la incidencia por 100.000 mujeres año según el registro poblacional de Cali fue de alrededor de 34 para el año 1992 (4) y una cifra similar fue reportada por Globocan (3). En el municipio de Armenia la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer es de 7,7 por 100000 habitantes (año 2007), por debajo de la tasa nacional que es del 9,4 por 100000 (año 2005), según datos de la secretaría de salud de dicho municipio (5).

Existen diferentes factores de riesgo que conllevan a la aparición de esta enfermedad, entre ellos la infección por el virus del papiloma humano, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, uso de anticonceptivos orales prolongado, infección por clamidia, inmunosupresión, antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, fumar, y una baja condición económica; por lo cual es importante identificarlos oportunamente (6, 7).

Los programas para la prevención y el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino no han tenido un adecuado impacto en la reducción de la mortalidad en la mayoría de los países con bajo desarrollo económico (8-11). En Colombia, la citología cérvico-uterina se ha promovido desde hace más de 30 años y la cobertura se ha considerado aceptable según la prevalencia encontrada en 1998 (68,4%) (12), en 2005 (75 %) (13) y para el municipio de Armenia del 80% para el año 2008 (14). La normatividad Colombiana (resolución 412 del 2000 del Ministerio de Salud de Colombia) garantiza el acceso de todas las mujeres en edad reproductiva al examen de la citología vaginal para la detección temprana del cáncer de cuello uterino (15), siendo este un método que requiere tecnologías relativamente sencillas. Además el plan nacional de salud pública (decreto 3039 de 2007 del Ministerio de la Protección Social de Colombia) plantea como meta reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, a través de la implementación de estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva que incluye

el cáncer de cérvix y el desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan diagnóstico de la enfermedad (16). Sin embargo, el cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema importante de salud pública pues representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Colombia (tasa de mortalidad ajustada por subregistro de 18,1 por 100 000 mujeres) (1).

Se conoce que la prevención para un diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino implica una postura cultural producto de una educación adecuada. Sin embargo, en Colombia, la estructura educativa a nivel de prevención en salud, (especialmente en educación sexual) es deficiente, sobre todo cuando a población deprimida se refiere; debido que no se dan a conocer con los factores de riesgo y métodos de detección precoz, lo que tiene un impacto negativo en la morbi-mortalidad por esta patología. Además, las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención de salud, nutrición deficiente y escasa conciencia acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlas más proclives a enfermarse o a padecer enfermedades que pueden prevenirse, como el cáncer cervicouterino (6).

Debido a esto, nos planteamos el objetivo de determinar cuál es el nivel de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de mujeres entre 14 y 49 años, frente al cáncer de cuello uterino, de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia; y en base en nuestros resultados, ser la base para la construcción de estrategias que conlleven a establecer prácticas preventivas, incluyendo la citología como parte del autocuidado de todas las mujeres que conforman dicha población con el fin de mejorar la detección temprana de esta patología.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia, usando una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) diseñada por los investigadores. Se incluyeron mujeres en edades comprendidas entre los 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia, entrevistadas durante febrero y marzo de 2010. Para conocer el tamaño de la población de mujeres en edad reproductiva del Barrio donde se llevó a cabo el estudio, se realizó un censo por parte de los investigadores durante el mes de noviembre del año 2009, mostrando que para esa época, el total de mujeres en edad reproductiva del barrio era de 410 mujeres en edad reproductiva. El marco muestral fue el listado de mujeres que resultó del censo realizado por los investigadores. La selección de las mujeres sujeto de estudio fue por conveniencia teniendo en cuenta las facilidades de acceso a las casas de las mujeres encuestadas. Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epi info versión 6.0, teniendo en cuenta una proporción esperada (p) de 70% basados en la prevalencia de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino de un estudio previo (17), con un error máximo permisible del 10% y un intervalo de confianza del 95%, para una muestra o población accesible (n) de 67 mujeres como mínimo.

Armenia es la capital del Quindío, uno de los departamentos de Colombia. Ubicada en el Eje Cafetero, uno de los principales núcleos de la economía nacional. La ciudad está situada al oeste de Bogotá, la capital. El barrio que se estudió, es un asentamiento urbano que se organizó después del terremoto del 25 de enero de 1999, formado con población reubicada de damnificados de dicha tragedia lo que permitió una reorganización al interior de su estructura social, convirtiéndolos en una población vulnerable debido a sus limitadas condiciones socioeconómicas y culturales.

Se aplicó un cuestionario elaborado por los autores y estructurado por el juicio de un grupo de expertos (constituido por un investigador, médico cirujano con post grado en ginecología y obstetricia, profesor de la universidad del Quindío, con varias publicaciones científicas en su área; una enfermera de la misma institución especialista en epidemiología, con magister en ciencias biomédicas y diversas publicaciones científicas y otra enfermera, magister en educación, líder a nivel del departamento de estrategias de investigación cualitativa y quien ha realizado los estudios de educación sexual más importantes en la región); previa revisión bibliográfica de estudios similares, que permitió realizar una encuesta estructurada, auto-desarrollada, anónima, previa aplicación de consentimiento informado, la cual incluyó preguntas cerradas y abiertas; constituidas en 4 bloques: a) datos personales: edad, lugar de procedencia, estado civil, religión, número de hijos, ocupación, escolaridad, tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y puntaje del Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN); b) conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino; c) Actitudes frente al cáncer de cuello uterino; d) prácticas frente al cáncer de cuello uterino.

Se realizó un piloto en 30 mujeres del mismo barrio, basado en un cuestionario que permitió corregir el número, la claridad, la dificultad, el orden, el tiempo de duración de las preguntas y formato del cuestionario. Se modificaron las preguntas que no fueron comprendidas o no respondidas por más del 20% de las entrevistadas (índice de dificultad).

El manejo de la información fue confidencial. Se omitieron nombres y toda aquella información que pudiera referenciar a las mujeres de la comunidad que participó en el estudio, para ello el nombre del barrio se omitió en todas las publicaciones o documentos generados de la Investigación y solo se nombró la comuna a la que pertenece. El estudio fue presentado y aprobado por el comité de Bioética de la Universidad del Quindío. Se siguieron las normas científicas técnicas y administrativas establecidas por el ministerio de Salud de Colombia para investigación en salud según resolución 8430 de 1993. Este estudio fue calificado de riesgo bajo.

La información obtenida fue llevada a una base de datos en Microsoft Excel 2007. La calificación de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas se realizó por criterio de los autores, en base a búsqueda bibliográfica y consultoría especializada clasificando los conocimientos en nivel alto, intermedio y bajo, las actitudes en de acuerdo, desacuerdo basados en la escala de Likert y las prácticas en correcta e incorrecta.

Análisis estadístico

Primero, se realizó un análisis univariado. Variables categóricas fueron analizadas por frecuencias. Se asumió normalidad para todas las variables cuantitativas basadas en el teorema del límite central y los datos fueron expresados con su media y respectiva desviación estándar (DE). Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado en búsqueda de asociación entre diferentes características y respuestas de la muestra estudiada usando el test de chi cuadrado en el caso de variables categóricas dicotómicas. Para comparar medias (edad, Sisbén y Número de hijos) entre categorías de variables dicotómicas, se aplicó la t de student. En el caso de comparación de medias de categorías de variables cualitativas politómicas se utilizó la ANOVA. La significancia estadística aceptada fue del $<0,05$. Para dicho análisis se usó el programa SPSS versión 20.0.

Resultados

Características demográficas

En total se entrevistaron 100 mujeres. Con respecto a la distribución por edad la media fue de 27,22 años (DS=10,52). El tipo de afiliación al sistema de salud más frecuente fue el subsidiado (75%). La mayoría de las mujeres encuestadas tenían SISBEN 1 (76%), seguido por el nivel 2 (10%), y el nivel 3 (1%). La religión predominante fue la católica (79%), seguida de la cristiana (9%), 2% evangélica y 10% ninguna. Acerca del estado civil de las entrevistadas, 41% vivían en unión libre, 38% de las entrevistadas eran solteras, 16% eran casadas y 2% eran viudas y divorciadas, respectivamente. 64 de las mujeres encuestadas tenían hijos (n=64), de las cuales 32,4% tenían 1 hijo (n=21), 26,6% 2 hijos (n=17), 18,8% 3 hijos (n=12), 10,9% 4 hijos (n=7), 7,8% 5 hijos (n=5), 3,1% 7 hijos (n=7). La principal ocupación fue el hogar (50%), seguido por estudiante (23%) y oficios varios (10%). 49% de las mujeres entrevistadas tenían como máximo nivel educativo el bachillerato, 39% la primaria, 3% el nivel técnico, 3% universitario y 2% ningún estudio. Con respecto al tipo de vinculación al sistema de salud, 75% pertenecían al régimen subsidiado, 12% al régimen contributivo y 11% al régimen vinculado (Cuadro 1).

Conocimientos

En el Cuadro 2 se resumen los resultados de conocimientos. El 82% de las mujeres entrevistadas afirmaron haber escuchado sobre el cáncer de cuello uterino (n=82). Con relación al concepto de cáncer de cuello uterino 89% de las mujeres entrevistadas tenían un concepto bajo mientras que solo 5% era alto. El 51% de las mujeres que fueron encuestadas tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino identificando la realización de la citología con este objetivo, contra 45% que tenían un conocimiento bajo. Al preguntar cómo se detecta el cáncer de cuello uterino el 57% tenían un concepto bajo y el 40% alto. Finalmente, el 7% de las mujeres respondieron que no van a recoger los resultados de la citología por temor a recibir una mala noticia.

Cuadro 1. Características sociodemográficas, mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia

Características	n (%)
Edad	27,22 (10,52)*
Tipo de afiliación	
Contributivo	12 (12)
Subsidiado	75 (75)
Vinculado	11 (11)
Religión	
Católica	79 (79)
Cristiana	11 (11)
Ninguna	10 (10)
Raza	
Blanca	8 (8)
Mestiza	88 (88)
Mulata	4 (4)

Nivel educativo

Primaria	39 (39)
Bachillerato	49 (49)
Técnico	3 (3)
Universitario	3 (3)
Ninguno	2 (2)
No responde	4 (4)

Ocupación

Ama de casa	50 (50)
Estudiante	23 (23)
Oficios varios	10 (10)
Vendedora	6 (6)
Ninguna	5 (5)
Otros	4 (4)
Desempleada	4 (4)

Tiene hijos 36 (36)

* Media (+/-DE).

Con relación a la citología vaginal solo 17% de la población objeto sabía que es y para qué sirve, mientras que el 41% y 42% tenía un concepto bajo e intermedio respectivamente. Al indagar como se toma la citología solo el 14% tenía un nivel alto de conocimiento mientras que el 44% y el 42% tenían un conocimiento bajo e intermedio respectivamente. Al explorar la periodicidad de la toma de la citología el 59% tenía conocimiento alto y 33% bajo. Y al preguntar cuándo se debe iniciar la toma de la citología 66% de las mujeres respondieron con un nivel alto de conocimiento y el 33% bajo.

Cuadro 2. Nivel de Conocimiento de cáncer de cuello uterino y citología entre mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia, 2010.

Preguntas	Conocimiento		
	Alto n (%)	Intermedio n (%)	Bajo n (%)
¿Qué es el cáncer de cuello uterino?	5 (5%)	6 (6%)	89 (89%)
¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	51 (51%)	4 (4%)	45 (45%)
¿Cómo se detecta cáncer de cuello uterino?	40 (40%)	3 (3%)	57 (57%)
¿Qué es y para qué sirve la citología vaginal?	17 (17%)	42 (42%)	41 (41%)
¿Cómo se toma la citología vaginal?	14 (14%)	42 (42%)	44 (44%)
¿Cada cuánto debe tomarse la citología vaginal?	59 (59%)	8 (8%)	33 (33%)
¿Cuándo debe iniciarse la toma de la citología?	66 (66%)	1 (1%)	33 (33%)
¿Qué es el virus del papiloma humano?	7 (7%)	5 (5%)	88 (88%)

Finalmente al preguntar sobre el virus del papiloma humano (VPH) solo el 7% de las mujeres tenía un concepto adecuado contra 88% que era bajo y 5% intermedio.

Actitudes

En el Cuadro 3 se resumen los resultados de la categoría actitudes. Al realizar la recolección de la información de la categoría actitudinal con relación a los factores de riesgo se encontró que el 31% está en desacuerdo que el número de compañeros aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino, mientras que el 49% está de acuerdo. El 36% de las mujeres entrevistadas está en desacuerdo que el usar condón en las relaciones sexuales disminuye la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino y el 39% está de acuerdo. Al preguntarles a las mujeres entrevistadas si el fumar aumenta el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino, el 46% respondieron de forma neutral, el 21% en desacuerdo y el 33% de acuerdo.

Con respecto a la citología vaginal y el resultado que reporta, cuando se les preguntó, si esta es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto solo el 37% estuvo en desacuerdo. Relacionado a la población objetivo, el 47% de las encuestadas piensa que las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual no deben hacerse la citología. El 74% de las encuestadas respondió que todas las mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse la citología.

En cuanto a la toma de la citología, 56% piensa que no se realiza la citología porque duele, sin embargo 21% respondieron de forma neutral. El 48% respondieron que no se la realizan porque les da pena del que la está tomando. El 57% respondieron que no se realizan la citología porque les da susto darse cuenta que tienen cáncer. Finalmente el 67% de las mujeres encuestadas se sienten más cómodas cuando la citología es tomada por una mujer y no por un hombre, 23% respondieron de forma neutral y 20% en desacuerdo.

Frente a la periodicidad de la toma de la citología, el 57% de las mujeres entrevistadas considera que hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición el cáncer de cuello uterino y el 31% considera lo contrario.

En relación con la calidad de la atención, el 54% piensa que la forma en que la trata cada médico o enfermera en la citología influye para futuras decisiones de tomarse la citología y el 30% está en desacuerdo con lo anterior. El 50% de las mujeres encuestadas respondieron que no se realizan la citología porque el personal administrativo o quien da las citas las atienden mal. El 57% está de acuerdo con que la explicación que brindan los profesionales de la salud motiva a realizarse la citología y el 24% en desacuerdo. El 50% de las mujeres entrevistadas están de acuerdo con que el largo tiempo de espera en el centro de salud el día de la toma de la citología influye en futuras decisiones de realizarse la citología mientras que el 28% están en desacuerdo.

Cuadro 3. Actitudes sobre cáncer de cuello uterino y citología entre mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia, 2

Actividad	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo
Hacerse la citología vaginal periódicamente previene la aparición el cáncer de cuello uterino	31 (31%)	12 (12%)	57 (57%)
La citología es una prueba que permite anticiparse a la enfermedad o descubrirla en su estado oculto	37 (37%)	10 (10%)	53 (53%)
Tener más de un compañero sexual aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino	31 (31%)	20 (20%)	49 (49%)
Usar condón en las relaciones sexuales disminuye la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino	36 (36%)	25 (25%)	39 (39%)
Las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual no deben hacerse la citología	36 (36%)	17 (17%)	47 (47%)
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse la citología	16 (16%)	10 (10%)	74 (74%)
La forma en que la trata cada médico o enfermera en la citología influye para futuras decisiones de tomarse la citología	30 (30%)	16 (16%)	54 (54%)
No hay necesidad de reclamar el resultado de la citología	24 (24%)	14 (14%)	62 (62%)
La entrega de los resultados de la citología es rápido y oportuno	31 (31%)	24 (24%)	45 (45%)
No me realizo la citología porque el personal administrativo o quien da las citas me atiende mal	33 (3%)	17 (17%)	50 (50%)
La distancia al centro de salud más cercano influye para no tomarse la citología	32 (32%)	12 (12%)	56 (56%)
No me tomo la citología porque duele	23 (23%)	21 (21%)	56 (56%)
No voy a recoger los resultados de la citología por temor a recibir una mala noticia	28 (28%)	12 (12%)	60 (60%)
La explicación que brindan los profesionales de la salud motivan a realizarse la citología	24 (24%)	14 (14%)	57 (57%)

El largo tiempo de espera en el centro de salud el día de la toma de la citología influye en futuras decisiones de realizarse la citología	28 (28%)	22 (22%)	50 (50%)
El no tener una EPS influye para no tomarme la citología	20 (20%)	16 (16%)	64 (64%)
La citología es un procedimiento muy costoso	79 (79%)	0 (0%)	21 (21%)
Me siento más cómoda cuando la citología es tomada por una mujer y no por un hombre	11 (11%)	22 (22%)	67 (67%)
No me realizo la citología porque me da pena del que la está tomando	44 (44%)	8 (8%)	48 (48%)
No me realizo la citología porque me da susto darme cuenta que tengo cáncer	20 (20%)	23 (23%)	57 (57%)
Fumar aumenta el riesgo de producir cáncer de cuello uterino	21 (21%)	46 (46%)	33 (33%)

Con relación a la entrega de resultados de la citología 62% de las mujeres encuestadas piensan que no hay necesidad de reclamar el resultado de esta. Por otra parte 31% de las mujeres piensan que la entrega de los resultados de la citología no es rápida y oportuna, el 45% que si lo es y 24% respondieron de forma neutral.

Respecto a la cobertura del servicio el 64% piensa que no tener una EPS influye para no tomarse la citología, el 21% que la citología es un procedimiento muy costoso y el 56% que la distancia al centro de salud más cercano influye para no tomarse la citología.

Prácticas

En el Cuadro 4 se resumen los resultados de la categoría prácticas. El 72% del grupo de mujeres se ha tomado alguna vez la citología. De estas, el 90,3% se la toma cada año. Solo el 21% de las mujeres que se toman la citología acuden por los resultados, el 32,4% se empezó a tomar la citología con el inicio de las relaciones sexuales, el 17,7% de las mujeres usan siempre condón en las relaciones sexuales, mientras que el 82,3% no lo hace; el 32,1% ha tenido más de un compañero sexual, el 7,8% tiene más de un compañero sexual, el 60,8% de las encuestadas utilizan algún método de planificación, siendo los más comunes la ligadura de trompas uterinas con un 35,4%, el dispositivo intrauterino (DIU) con el 20,8% y los anticonceptivos inyectables con el 20,8%; el 46,9% de la población encuestada manifestó ser fumadora. 28,2% y 26,8% respondieron que la falta de tiempo y de dinero son factores que afectan la decisión de la toma de la citología, respectivamente. De igual forma, el 23,9% y 28,2% respondieron que la falta de tiempo y dinero le han impedido ir a recoger los resultados de la citología, respectivamente.

Análisis bivariado

Se puede observar que aquellas mujeres que tenían un bajo conocimiento sobre cómo se previene el cáncer de cuello uterino, tenían un promedio de edad más alto, con diferencias estadísticamente significativas entre las categorías con respecto a la edad y al realizar la prueba de Bonferroni se encontró que la diferencia estaba principalmente entre las categorías de conocimiento bajo e intermedio (Prueba de Bonferroni, $p=0,01$). Para el caso del conocimiento de cómo se detecta, el promedio de edad de las

mujeres con conocimiento alto fue mayor, comparado con las otras categorías y al realizar la prueba de Bonferroni la diferencia estaba principalmente entre las categorías de conocimiento intermedio y alto, sin embargo esta no fue estadísticamente significativa (Prueba de Bonferroni, $p=0,056$). Finalmente, para el caso del conocimiento de cada cuanto debe tomarse la citología, el promedio de edad fue menor entre las mujeres con conocimiento más bajo y la diferencia estaba principalmente entre las categorías de conocimiento Bajo e intermedio (Prueba de Bonferroni, $p=0,04$).

Cuadro 4. Prácticas sobre cáncer de cuello uterino y citología entre mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia, 20

Prácticas	Sí, n (%)	No, n (%)
Se ha tomado alguna vez la citología	72 (72)	28 (28)
Se toma la citología cada año	65/72 (90,3)	65/72 (9,7)
Reclamó los resultados	20/69 (29)	50/69 (71)
La última citología se la hizo hace más de un año	43/71 (59,7)	29/71 (40,3)
Cuando comenzó a tener relaciones sexuales se empezó a tomar la citología	23/71 (32,4)	48/71 (67,6)
Alguna vez le ha salido alterado el resultado de la citología	23/71 (32,4)	48/71 (67,6)
La falta de tiempo le ha impedido tomarse la citología	20/71 (28,2)	51/71 (71,8)
La falta de dinero le ha impedido tomarse la citología	19/71 (26,8)	52/71 (73,2)
La falta de tiempo le ha impedido ir a recoger los resultados	17/71 (23,9)	54/71 (76,1)
La falta de dinero le ha impedido ir a recoger los resultados	20/71 (28,2)	51/71 (71,8)
Ha tenido relaciones sexuales	80/99 (80,8)	19/99 (19,2)
Actualmente tiene vida sexual activa	65/78 (83,3%)	13/78 (16,7)
Inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años	19/77 (24,7)	58/77 (75,3)
Usa condón en todas sus relaciones sexuales	14/79 (17,7)	65/79 (82,3)
Tiene actualmente un solo compañero o compañera sexual	71/77 (92,2)	6/77 (7,8)
Tiene o ha tenido alguna vez mas de un compañero o compañera sexual	25/78 (32,1)	53/78 (67,9)
Usted usa algún método de planificación	48/79 (60,8)	31/79 (39,2)
Usted fuma	46/98 (46,9)	52/98 (53,1)
Ha participado en charlas sobre citología	48/100 (48)	52/100 (52)

Con respecto al número de hijos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de conocimiento de que es y para que sirve la citología vaginal, estando principalmente esta diferencia entre las categorías intermedio y alto (Prueba de Bonferroni, $p=0,072$).

Con respecto a las actitudes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías según la edad para las variables, “No me tomo la citología porque duele” (Prueba de Bonferroni, $p=0,021$) y “El no tener una EPS influye para no tomarme la citología” (Prueba de Bonferroni, $p=0,034$).

Discusión

Para nuestro conocimiento, nuestros resultados proveen el primer reporte CAP sobre cáncer de cuello uterino y la citología, realizado en la población de mujeres en edad comprendida entre los 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de Armenia.

El nivel de conocimientos con respecto al cáncer de cuello uterino y citología vaginal, en la población estudiada en general es bajo. Solo 17% sabe que es la citología contrastado con el estudio realizado por Seminario-Pintado en Perú en el 2010, en donde, y a pesar de ser bajo 44,1% de las encuestadas tuvieron nivel alto de conocimiento (18); y muy contrario a lo reportado en el estudio de Fernandes et al en Brasil, en el que 14% de las mujeres encuestadas no tenían conocimiento sobre la citología (19). Por otro lado, 66% de las entrevistadas sabía cuándo se debe iniciar la toma del Papanicolau, contrastado con el hecho que el 88% de las mujeres con vida sexual activa se han realizado la citología alguna vez, mostrando que, aunque la tasa de cobertura de la citología vaginal encontrada en el presente trabajo es superior a la reportada para el municipio de Armenia (14) y muy superior a lo reportado por Restrepo et al, en la ciudad de Medellín (20), este trabajo permite mostrar que no existe coherencia en lo que saben, piensan y hacen las mujeres del grupo de estudio, y refleja que las estrategias que se han utilizado para la difusión de la información en esta comunidad no están llegando de manera efectiva.

El proceso de cobertura de la citología se da en tres momentos: comienza en la demanda de las mujeres por acceder a estos servicios; continúa con la recolección, traslado, lectura y devolución de las muestras a los proveedores de servicios; y finaliza con la notificación de resultados, tratamiento oportuno y seguimiento continuo a las afectadas (21). En algún momento de este proceso aparecen los problemas y este se interrumpe: puede ser que las mujeres no tengan información suficiente sobre la gravedad del problema o cómo detectarlo; también puede ser que las muestras recolectadas se pierdan o estropeen; quizá las usuarias no regresen al servicio de salud para la lectura de su resultado; que exista una perspectiva negativa del tiempo que tienen que esperar para recibir los resultados y por ende no los reclamen (22), o es muy probable que el acceso al tratamiento para solucionar la lesión sea imposible para la mujer por su costo o por temor y vergüenza (21). Aunque en Armenia las coberturas de toma de la citología son 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 (13). En nuestro estudio encontramos que El 28,2% y el 26,8% de las mujeres están de acuerdo con que la falta de tiempo y dinero respectivamente les impide tomarse la citología, así como El 23,9% y 28,2% están de acuerdo con que la falta de tiempo y dinero respectivamente les impide recoger los resultados de la citología. De allí que la falta de tiempo y dinero influye en un porcentaje bajo para la toma y recolección de los resultados de la citología (Cuadro 4).

En el estudio realizado por Fernandes et al en Brasil, se mostró como la población de mayor edad tiene menos conocimientos sobre el examen de Papanicolau y su finalidad (19). En la población estudiada por nosotros, las mujeres más jóvenes tienen menor conocimiento sobre cómo se detecta el cáncer de cuello uterino, las de mayor edad tienen menor conocimiento de cómo se previene y cada cuanto se

debe hacer la citología al evidenciarse una diferencia estadísticamente significativa entre dichas variables y la edad. Llama la atención este bajo nivel de conocimientos encontrados en la población más joven, a pesar que en su mayoría se trata de niñas que asisten al colegio. Esto refleja una deficiencia en el abordaje de la salud sexual y reproductiva que se realiza en los colegios de influencia al barrio donde habitan las mujeres objeto del presente estudio. Con relación a las prácticas solo se encontró diferencia estadísticamente significativa cuando se comparó la edad con las preguntas “se ha tomado alguna vez la citología” y el inicio de las relaciones sexuales, sin embargo esto se puede explicar dado que ha mayor edad incrementa tanto la posibilidad de realizarse la citología como los encuentros sexuales.

Es importante tener en cuenta las limitaciones que tienen las encuestas CAP para la exploración de 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 desde una perspectiva biomédica. 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. Una mirada reduccionista en este campo puede llevar a exagerar el énfasis en la responsabilidad individual, en relación con la prevención y las intervenciones de la patología ginecológica mencionada. Por ello este tipo de estudio debe complementarse con un trabajo cualitativo que se aborde la conformación de grupos focales, aglutinados alrededor de sectores sociales que estén en riesgo para determinar aspectos de índole sociocultural que no se desarrollaron en este trabajo, lo que permitirá mayor efectividad en la configuración de planes y programas para el abordaje de problemáticas que se relacionan con los conocimientos, actitudes y prácticas del cáncer de cuello uterino y la citología vaginal.

Otra limitación de nuestro estudio, es que la muestra fue seleccionada por conveniencia, lo que no nos permite realizar inferencia en la población seleccionada pero si nos permite hacernos a una idea de lo que sucede en una muestra representativa de la población objeto. Una última de las limitaciones del estudio sería el que tiene validación sólo por expertos y estudio piloto sin cálculo de los coeficientes de alfa de Cronbach, correlación intraclase y análisis factorial. Ello nos impide afirmar que el instrumento utilizado tiene una confiabilidad y validez indiscutible. Sin embargo nos sirve para la toma de datos iniciales; se planea para futuros estudios desarrollar el proceso de validación del instrumento.

En conclusión, este estudio nos permite conocer la forma en que adoptan los conocimientos sobre cáncer de cuello uterino, las mujeres encuestadas en edad reproductiva de un barrio de Armenia de la comuna 10 de Armenia, lo que eventualmente podrá alertar a las autoridades de salud para que realicen campañas preventivas sobre esta patología y especialmente sobre la difusión en esta población de la citología vaginal como medida de tamizaje del cáncer de cuello uterino.

Conflicto de Intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999; 49(1):33-64.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC Cancer Base No. 5, version 2.0* IARC Press, Lyon; 2004.
3. Globocan 2002 database. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. [En página web <http://www.dep-iarc.fr/>]. Consultado 01/12/2012.
4. Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet* 2003;361(9376):2217-2225.
5. Plan de salud territorial. "Armenia saludable, un compromiso de todos". Periodo 2008-2011. Secretaria de Salud municipal de Armenia, Quindío, Colombia.
6. Prevención de cáncer de cuello uterino. [En pagina web http://www.path.org/files/RH_risk_factors_fs_sp.pdf. Versión a 29 de agosto de 2008]. Consultado 01/12/2012.
7. Risk factors for cervical cancer. American Cancer society. [En pagina web http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_cervical_cancer_8.asp. Consultado 01/12/2012.
8. Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. Washington, D.C.: OPS; 2002.
9. Sankaranarayanan R, Budukh MA, Rajkumar R. Effective screening programs for cervical cancer in low and middle-income developing countries. *Bull WHO* 2001; 79(10):954-961.
10. Lazcano PE, Castro R, Allen R, Najera P, De Ruiz PA, Hernández AM. Resistencias a la utilización de programas de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. En: *Cáncer cérvico-uterino: diagnóstico, prevención y control*. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Hernández M México: Editorial Médica Panamericana; 2000.
11. Geisinger K. Obstacles to reducing cervical cancer in Vietnam. *Am J Clin Pathol* 2004; 121(3):313-314.
12. Cuschieri K, Cubie HA. The role of human papillomavirus testing in cervical screening. *J Clin Virol* 2005;32 Suppl 1:S34-S42.
13. Lucumi DI, Gómez LF. Accesibilidad a los servicios de salud de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78(3):367-377.
14. Secretaria de Salud municipal de Armenia, Quindío. Comunicación personal 29 de agosto de 2008.
15. Resolución Número 412 de 2000, Ministerio de Salud, República de Colombia. [En página web http://www.saludsantander.gov.co/documentos/res_412_2000.pdf Versión a 25 de Agosto de 2008]. Consultado 01/12/2012.
16. Decreto número 3039 de 2007, ministerio de protección social. Plan nacional de salud pública. [En página web <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16491DocumentNo4870.PDF>]. Consultado 01/12/2012.
17. Mon MM, Mon M, Than KK. Women's awareness, knowledge and perceived magnitude regarding common female cancers in Yangon, Myanmar. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009;10(6):1047-50.
18. Seminario-Pintado M, Chero-Farro D, Colorado-Julca F, Gómez-Palacios S, Lamas-Ramírez Z, León-Jiménez FE, Parraguez-Mendoza C, Villalobos ML, Villalobos-Aguinaga MA. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. *Rev Cuerpo Méd HNAAA* 2011;4(2):94-98.
19. Fernandes SM, Hardy E, Zeferino LC, Namura L. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública* 1991;17(4):909-914.
20. Restrepo-Zea J, Mejia-Mejia A, Valencia-Arredondo M, Tamayo-Acevedo L, Salas-Zapata W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81(6):657-666.
21. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. [En página web http://www.mariestopes.org.bo/files/recursos/Investigacion_CCU.pdf]. Consultado 01/12/2012.
22. Pinho AA, de Mattos MC. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J Brasil Patol Med Lab* 2002;38(3):225-231.