

Experiencias relacionadas con la Citología Cervicouterina en mujeres de Sogamoso –
Boyacá

Neiry Yolima Pirajón Soler

Universidad El Bosque
Maestría Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Enfermería
Bogotá
2018

Experiencias relacionadas con la Citología Cervicouterina en mujeres de Sogamoso –
Boyacá

Neiry Yolima Pirajón Soler

Línea Salud Colectiva del grupo Salud Sexual y Reproductiva

Investigación de Postgrado

Asesora

Olga Stella Díaz Usme

Universidad El Bosque
Maestría Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Enfermería
Bogotá
2018



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

• • Acta de Calificación y Aprobación de Trabajo de Grado

Los suscritos directores de la División de Posgrados y el Programa Académico, con base en los criterios científicos, metodológicos y éticos que se han establecido para el efecto y después de haber oído el concepto de los respectivos evaluadores asignados para calificar

EL TRABAJO DE GRADO:

"EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA CITOLOGÍA CERVICOUTERNA EN MUJERES DE SOGAMOSO – BOYACÁ"

Presentado como requisito parcial por la estudiante:

NEIRY YOLIMA PIRAJON SOLER

Para optar el título de:

MAGISTER EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Deciden asignar la calificación final de:

APROBADO

Firmado en Bogotá D.C. el 30 de Noviembre de 2018

JUAN CARLOS SÁNCHEZ PARIS
Director
División de Posgrados

MARTHA C. LOPEZ MALDONADO
Directora de Posgrados
Facultad de Enfermería

ELSA MARINO SAMPER
Directora

Maestría en Salud Sexual y Reproductiva

NOTA DE SALVEDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Esta investigación la dedico a las mujeres: Olga Usme, Juliana, Abby, Marcela, Tatiana, Sarita, Catalina, Francy Johana, Cecilia Soler e Isabella Manrique, quienes fueron protagonistas, educadoras, colaboradoras, acompañantes de ésta parte de mi proyecto de vida.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROBLEMA	5
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
PROPÓSITO	23
MARCO REFERENCIAL	24
CITOLOGÍA CERVICOUTERINA	24
ACCIONES DE PREVENCIÓN	25
CITOLOGÍA EN LA CULTURA BOYACENSE	26
PROPUESTA METODOLÓGICA	28
PARTICIPANTES	29
MUESTREO	30
MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	33
CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	39
I. CATEGORÍA SER MUJER EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL SOGAMOSEÑO 40	
1. Dimensión Educación	41
2. Dimensión Rol Femenino	42
3. Dimensión Experiencias significativas en Salud Sexual y Reproductiva	44
II. CATEGORÍA EXPERIENCIAS	48
1. Dimensión Conocimientos	49
2. Dimensión Vivencias	51
“El sentir”	52
Antes del procedimiento	55

Durante el procedimiento.....	57
Después del procedimiento	58
III. CATEGORÍA REFLEXIONES	60
Dimensión Expectativas - Sugerencias.....	60
De los genitales	63
Con respecto a las mujeres en la ruralidad.....	65
Asociación entre citología y otros problemas reproductivos	65
IV. CATEGORÍA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	66
Dimensión Confidencialidad	67
Dimensión Comunicación Empática	67
Dimensión Lenguaje	70
SIGNIFICADOS DE LA CITOLOGÍA.....	72
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES.....	89
BIBLIOGRAFÍA.....	91

ANEXOS

Anexo A. Guión de Entrevista en Profundidad

Anexo B. Consentimiento Informado para Investigación

Anexo C. Carta de Aprobación del Comité de Ética Ad Hoc. Universidad el Bosque

Anexo D. Mapa Conceptual de Categorías, Dimensiones y Atributos

PROBLEMA

Una de las acciones a nivel de atención primaria en salud que favorece la detección temprana del cáncer de cuello uterino es la citología cervicouterina o Papanicolau, cuyo objetivo es la toma de una muestra de las células endo y exocervicales, que pueden advertir a la mujer la presencia de lesiones en diversos grados. Este procedimiento hace parte de lo contemplado dentro de los servicios de promoción y prevención y demanda inducida en el sistema de salud Colombiano, descritos en la resolución 412 del año 2000.

Pese a lo anterior y a los esfuerzos por aumentar la cobertura en los programas de prevención y promoción, se cuestiona la relación entre la toma de la citología cervicouterina y las cifras de mortalidad. El 90% de las mujeres se realizan la citología a nivel nacional y 99% de las mujeres entre los 18 y 69 años conoce sobre la citología (1), sin embargo, 5.600 mujeres cada año enferman de cáncer de cuello uterino y 10 de cada 100.000 mueren por éste mismo problema de salud, según el reporte de la última Encuesta Nacional de Salud en 2010 (1); más recientemente en el año 2013 el Observatorio Nacional de Cáncer reporta una tasa de incidencia y mortalidad por tumores del cuello uterino de 6.3 por cada 100.000 mujeres. (2)

Por lo tanto, el vacío identificado, denota dificultades y falencias en la detección y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y malignas por parte de los programas de salud y al mismo tiempo el adecuado seguimiento a los protocolos estipulados para la toma de la CCU, solo el 60.8% de mujeres acuden a la toma regular a nivel nacional, es decir, según el esquema recomendado en la Norma 412 y en la ciudad de Sogamoso, únicamente el 20% de las mujeres jóvenes entre los 10 a 24 años y 59% entre las mujeres de 25 a 59 años acuden a los servicios a realizarla (3).

Con respecto a la edad en la que se presenta la enfermedad, hasta el mes de septiembre del presente año los casos más frecuentemente notificados de cáncer de cuello uterino

estuvieron en los grupos de 30 a 34 años con el 15,8% y en el de 45 a 49 años con el 12,0 %, según informe epidemiológico semanal del Instituto Nacional de Salud, Septiembre de 2016 (4), se agrega que la tasa de incidencia en el año 2014 en el grupo de los 50 a 54 años fue de 17.06 por 100.000 habitantes y de 16.19 por 100.000 habitantes en el grupo de 25 a 29 años en datos del Observatorio Nacional de Salud (5). A partir de éstas cifras se identifica la presencia del problema principalmente en mujeres de los 25 años en adelante, sin embargo, el tamizaje y demás acciones oportunas para la enfermedad adquieren mayor importancia entre más temprano se realicen, pues habrá mayor oportunidad de tratamiento y resolución a cualquier edad.

No asistir, retrasar la toma de la citología cervicouterina, no reclamar los resultados o no seguir el protocolo indicado, se consideran una barrera que trunca el acceso hacia la prevención y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino, éste tipo de cáncer es una de las problemáticas de Salud Pública que impacta mayormente la salud femenina en Colombia pues “refleja las notables inequidades en la salud y produce muerte de mujeres en sus años más productivos” (6), se estima que son 20362 años de vida potencialmente perdidos (AVPP) (7) a causa del cáncer en general en el municipio de Sogamoso, situación que afecta las posibilidades de desarrollo de un país y municipio, las que se minimizan en cuanto aumenta la carga de la enfermedad (muertes que suceden a temprana edad por el cáncer de cuello uterino).

Las cifras anteriores permiten interrogarse por los aspectos o razones que poco promueven la realización de las acciones normativas para la citología, dentro de éstas se encuentran aspectos socioculturales, emocionales y relacionados con los servicios de salud, a partir de los cuales se entreveen las raíces de la problemática que hacen de las experiencias de las mujeres una fuente enriquecedora para la toma de decisiones que orienten el diseño de estrategias de adherencia a los servicios de salud; con nulas descripciones al respecto en la literatura científica de la ciudad de Sogamoso, pero considerado un eje de discusión de importancia alrededor de las consecuencias que tienen para la mujer y su familia la

ausencia o retraso de la CCU, poco seguimiento o tratamiento de los problemas identificados.

Por su parte, el cuerpo es el lugar donde se tejen las subjetividades, los significados producto de la cultura, la historia y la socialización, al respecto el cuerpo es considerado “un texto en constante escritura y reescritura, constreñido sin embargo por una variedad de regulaciones y dispositivos” (8), por ejemplo, la mirada del enfoque biomédico con que se visualiza al cuerpo femenino a partir de la enfermedad, en referencia al cáncer de cuello uterino, evita que surjan los significados asignados por la mujer y el extracto que nutre el diálogo entre la cultura y la investigación no se da. De manera que posibilitar en la investigación el diálogo entre una cultura dinámica y las experiencias construidas a partir del trato al cuerpo durante la citología es una forma de dar sentido al fenómeno de investigación, dar una explicación real a los problemas y aportar a las soluciones respecto al tema de interés.

Finalmente, muchos de los aspectos relacionados con la adherencia a la citología cervicouterina descritos en el capítulo anterior, y algunos otros explícitos en la ENDS 2010 como miedo, temor, pereza y descuido (9), se evidencian a través de las experiencias de las mujeres durante el examen, subyacen al perfil epidemiológico y a los determinantes del cáncer de cuello uterino y requieren resignificarse en pro de los fines de la prevención del cáncer de cuello uterino y la promoción de prácticas de autocuidado como la citología que tienen los programas de salud.

De lo expuesto anteriormente se deriva la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados que mujeres con edades entre 25 y 40 años de la ciudad de Sogamoso, atribuyen a sus experiencias relacionadas con la citología cervicouterina en el primer semestre del año 2017?

ANTECEDENTES

La citología cervicouterina (CCU) es reconocida, a nivel mundial por su utilidad y bajo costo, como método de tamizaje microscópico para el cáncer de cuello uterino, una de las entidades en salud que causa mayor morbimortalidad en las mujeres del mundo y en el país. La detección temprana de este tipo de cáncer asegura, gracias a que la evolución de esta enfermedad ha sido ampliamente documentada, la implementación de tratamientos resolutivos de fácil aplicación y efectividad. A nivel de salud pública son múltiples las estrategias como la de atención primaria, orientadas a su control.

Si bien es cierto que se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico certero, también lo es que gracias a la excelente relación costo-beneficio, a su grado de sensibilidad en la detección de células con diversos grados de premalignidad y malignidad y a su inclusión como parte del Plan Obligatorio de Salud es evidente su utilidad en la reducción de la aparición del cáncer de cuello uterino.

Los programas de prevención en el país, especifican 3 niveles de atención: prevención primaria, secundaria y terciaria; en la que se establece un diagnóstico oportuno, de manera que en éste nivel las acciones se orientan a la captación temprana de los casos lo que permite iniciar rápidamente el tratamiento y al control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de secuelas, prevenir efectos asociados a la terapéutica y potencializar los factores protectores de la salud identificados en los usuarios (10).

El reconocimiento de la citología cervicouterina como conducta preventiva amerita considerarla una práctica básica para el cuidado de la salud de las mujeres. Se identifica que aunque a nivel general las mujeres tienen conocimientos de los beneficios que su realización aporta a su salud y calidad de vida, también describen factores de diverso orden

que afectan la adherencia a la misma (11) (12). Entre estos se mencionan las creencias, el tipo de contacto con los profesionales de salud y conocimiento relacionado tanto con la realización del procedimiento, como de la enfermedad que detecta, descritos desde otras referencias como determinantes sociales (13).

Es claro que se requiere indagar en los aspectos por los que, a pesar de la amplia difusión y las estrategias diseñadas para facilitar el acceso a la misma en los servicios de promoción y prevención, no se adopta ésta práctica de cuidado como una conducta regular. La respuesta a este interrogante puede encontrarse en la comprensión de las experiencias relacionadas con la toma de la citología de las mujeres, pues a través de los relatos se filtran aspectos que median la decisión de realizarla o no hacerlo, reclamar o no los resultados y seguir o no las indicaciones terapéuticas.

Con el propósito de conocer los avances en el ámbito internacional y nacional se realizó la pesquisa de artículos derivados de investigación en bases de datos indexadas, para lo cual se usaron palabras como citología y mujer que permitieran la búsqueda general, luego se le agrega adherencia y por último experiencias, la búsqueda se realiza en tres idiomas, español, inglés y portugués. En cada ejercicio de búsqueda se filtra la información de acuerdo a los criterios de año y tipo de publicación especialmente.

Los diferentes grupos étnicos de las participantes sobre los que se centran las investigaciones, la diversidad de miradas tanto de mujeres como de profesionales de salud, la variedad de focos de interés sobre los que se centra la investigación, así como la mirada desde diversos contextos culturales y sociales, enriquecen y amplían la comprensión de esta situación y permite caracterizar aspectos relacionados a la adherencia, barreras y obstáculos que limitan o retrasan la toma, así como aspectos culturales relacionados con la aceptabilidad del procedimiento o recomendación del mismo en el contexto familiar o social, identificación de ventajas y expectativas asociadas con el autocuidado y temores frente a las acciones terapéuticas derivadas de los resultados entre otros.

Al hacer referencia a las razones para la no toma de citología, se indagó la perspectiva de 45 matronas (es), 13 médicos y 1 enfermera, de Chile, con edad promedio de 39,2 años que laboran en los diferentes niveles de atención (primario 69,5%, 6,8% en el nivel secundario, el 3,4% en el nivel secundario y terciario y el 20,4% en el nivel terciario), 22% de ellos con especialización en oncología. Se identificó que el 29,3% refiere que las mujeres tienen conocimientos sobre la importancia de la prueba, 41,4% poseen un conocimiento parcial y el 29,3% señala que las mujeres no tienen conocimiento. Respecto a la norma de control 48,3% de los profesionales describe que las mujeres no tienen conocimiento mientras que el 32,8% afirma que es parcial y solo el 18,9% asevera que son suficientes. El miedo, la dejación por parte de la mujer y problemas atribuidos a la disponibilidad de tiempo son otros factores mencionados (14).

En un estudio que incluyó 247 estudiantes universitarias de la facultad de ciencias de la salud de una Universidad en Bucaramanga (15), se indagó acerca de las razones para la baja utilización del servicio de toma CCU en Bienestar Universitario, identificándose que el (91.1%) de las estudiantes encuestadas conocen en que consiste el examen y el (85%) creen que a su edad lo necesitan, respecto a la no utilización del servicio, describen las siguientes razones en orden descendente: pena o vergüenza (118 estudiantes), seguida de falta de tiempo (100), temor a que sea un hombre quien la tome (59), dolor e incomodidad (53), temor al resultado (50) y no tener vida sexual activa (41).

Los hallazgos de Ybarra et al (16), en investigación realizada en México con estudiantes universitarios, de ambos sexos y edades entre los 17 y 29 años, en la que se indaga acerca de la salud sexual y reproductiva y la realización de la CCU, muestran que aunque el 66,6% de las mujeres indicó tener conocimientos sobre la prueba, solo el 39% respondió correctamente las preguntas que indagaban conocimientos, también se identificaron disparidad en ambos sexos en conocimientos en cuanto a la frecuencia en que debe realizarse la prueba en ambos sexos, momento en el que debe practicarse la primera citología o las razones o indicaciones, los hombres hacen referencia a recomendación

médica y necesidad de la pareja, mientras que las mujeres al inicio de las relaciones sexuales, tener varias parejas sexuales y tener relaciones sexuales completas. Se describe que es generalizado el desconocimiento de los hombres acerca de si sus parejas se practicaban o no la citología, a pesar de esto la totalidad de participantes hombres recomendaría a sus amigas realizársela. Al igual que en otros estudios la vergüenza (71.2%), el temor frente a la atención masculina (31.5%), el dolor (28.1%) y la desidia (31.5%), se describen como razones para la no realización de la CCU.

Los conocimientos o necesidad del procedimiento que reconocen las mujeres, al parecer no guarda relación directa con su realización, estudios consultados muestran que se identifica la necesidad de realizarlo y que aunque identifican claramente el propósito todos y todas reconocen su importancia (16). En síntesis es posible asegurar que el conocimiento y la relevancia que se adjudique a la citología es un aspecto positivo y crucial para que las mujeres accedan a ésta y modifiquen sus creencias hacia actitudes favorables para la realización¹³, cambio que no es garantía de la continuidad o adherencia a ésta, como lo muestran hallazgos con una población femenina de 40 años en promedio que conoce la práctica como parte de su autocuidado en un 99% y sin embargo solo el 39.8% cumple con el esquema establecido en Colombia.

De otro lado, los resultados de diversas investigaciones muestran que existen aspectos positivos que facilitan la toma de la citología según el esquema y que pueden ser utilizados para potenciar los programas de atención primaria para prevenir el cáncer de cuello uterino y sus secuelas, son descritos en la población Cartagenera de Colombia: la influencia de la pareja (52.6%), ser mujeres mayores de 29 años (40.3%), tener más de un hijo (40.6%), pertenecer al estrato 3 en adelante (38.1%), el no pago del procedimiento (39.9%), no tener antecedentes de resultado anormal (40.9%) (12); siendo determinante “tener conceptos claros sobre la toma de la citología” (17). Los aspectos mencionados inciden de manera positiva en la cobertura de programas para detectar tempranamente las alteraciones del cuello uterino.

Lo descrito en las diferentes aproximaciones al fenómeno de estudio, permite identificar que siguen mediando factores asociados a las emociones que toman el carácter de barrera en la toma de la CCU. Al indagar sobre factores psicológicos en 192 mujeres, Polo Peña, et al (11), describen la presencia de emociones y sentimientos: miedo, pudor y vergüenza se asocian a los resultados y el posible diagnóstico de cáncer de cuello uterino sobre todo durante la primera citología. Desde otras investigaciones se describen expresiones de éstos como “y esa palabra ahí, que cáncer, esa palabra asusta” (18); al igual que la vergüenza y el dolor tiene que ver con exámenes previos y la desinformación: "ellos dijeron que sería como un pellizco, pero es un poco más que eso” (19). Las mujeres anteponen éstas emociones y sentimientos al beneficio de la toma de la citología, es decir, se trunca el acceso y se bloquea la decisión de tomarla cada vez que corresponde según el esquema.

En general los estudios destacan la asociación de aspectos sociodemográficos con la baja adherencia a la citología cervicouterina que concuerdan con el perfil epidemiológico y de riesgo para el cáncer de cuello uterino en Colombia, variables como el menor nivel educativo, la edad de la mujer, (entre mayor edad tenga, menor interés por realizar el examen), ubicación en el área rural, estrato socioeconómico bajo y la ocupación (ama de casa) (9), se describen como asociados también a otras prácticas preventivas frente al cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, en un estudio cuyo objetivo fue caracterizar factores asociados a la práctica de la CCU, se tomaron 486 mujeres entre 25 y 69 años (20), los resultados arrojan asociación entre las mujeres mayores de 40 años, las de menor o nula escolaridad y desempleadas, con la realización de la citología hace más de tres años, así mismo las mujeres desplazadas sin aseguramiento tienen 60% menos posibilidad de tener una citología reciente.

Desde la perspectiva cultural, se resaltan las creencias asociadas al procedimiento, según Bucheli et al (17), su investigación con mujeres rurales entre los 15 y 40 años, hace énfasis en la importancia de conocer las creencias y analizarlas con miras a sensibilizar a las mujeres frente a la toma; identifican que las creencias pueden ser de dos tipos, las globales y reglas existentes respecto a la citología. Las primeras se convierten en generalizaciones

respecto a la toma de la citología porque surgen de las vivencias que las mujeres se han encargado de difundir; éstas a su vez son potencializadoras o limitantes para realizar la CCU, dentro de las primeras, reconocen la citología como medio para identificar el cáncer y no como procedimiento curativo. Por el contrario entre las limitantes, las mujeres consideran que la CCU produce dolor, miedo y también vergüenza al ser observadas por un hombre del contexto donde viven, ausencia de confidencialidad con los resultados, mal humor de las enfermeras y catalogan la citología como un procedimiento abortivo durante el embarazo.

De forma similar, se identificó en el estudio realizado con 100 mujeres rurales del Kerala-India, con edades entre 24 y 55 años de baja escolaridad (21), que el 61% tienen actitudes negativas hacia la toma de la CCU, sustentadas en la ausencia de síntomas y de relaciones sexuales e incomodidad; conocimientos que se reconocen como erróneos. Los autores del estudio resaltan la necesidad de superar las barreras que imponen las actitudes y creencias mencionadas y educar para mejorar la participación en los programas de prevención, pues solo 20% tienen conocimientos sobre la CCU.

Un estudio retrospectivo realizado con 1834 mujeres de estrato calificado como bajo, que reportaron alguna anomalía en la CCU en varios departamentos Colombianos, particularmente en Boyacá, concluye que “cerca de la mitad de las mujeres [...] no se realizaron los procedimientos por aspectos relacionados con sus creencias, es decir, por temor al diagnóstico, por ausencia de síntomas, porque no creen en los resultados o en los tratamientos” (22). En el mismo estudio también identifica aspectos relacionados con el tiempo de espera para el resultado, 34 días en 148 casos y la dificultad en el acceso. También se hace referencia a la disociación entre las actividades de tamización y tratamiento y señalan que el 27% de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras no culminaron el proceso hasta el tratamiento, situación que en el caso específico de Boyacá se encuentra vinculada a las creencias y que ejercen fuerte influencia negativa exponiendo a la mujer al riesgo de morir.

Una serie de investigaciones identifican como expresión de la cultura actitudes masculinas asociadas al patriarcalismo o machismo que son descritas como una barrera para el acceso a la CCU, como que la realización de la citología está condicionada a la aprobación del esposo o pareja de la mujer (16) y su criterio influye en la toma de decisiones para realizar el procedimiento (12); así mismo, las mujeres refieren sentir miedo al realizarla, pues sus compañeros no permiten que otros hombres se acerquen o hagan un examen en el que sus genitales o su cuerpo esté expuesto a otro hombre diferente al esposo (23) (24). Ésta situación no impide que las mujeres aprecien la necesidad del examen, entre otras razones debido a la presencia de conductas sexuales riesgosas de ellos asociadas a la infidelidad y justificadas en la masculinidad (9), a partir de lo cual se identifica una asociación errónea de la prueba como medio para detectar infecciones de transmisión sexual. Los aspectos mencionados hacen parte de las normas construidas culturalmente, aprobadas por el modelo educativo transmitido de la familia a la mujer y apropiadas por ella.

Sin embargo, ésta situación tiene un trasfondo hacia la afectación negativa de la autonomía y poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y las prácticas de cuidado (9), dadas también por las construcciones y roles de género ya que desde la percepción de las mujeres Bogotanas, cuando se toman la CCU, ellas tienen el control sobre su cuerpos, sexualidad y fortalecen la autonomía frente a su cuidado y libertad frente sus decisiones, de lo contrario, los roles asignados a uno y otro género, en éste caso el de cuidado ejercido por la mujer y desinterés por el cuidado de otros o control sobre las decisiones en el hogar aprendidos por el hombre, pueden interferir en el cuidado de la salud de las mujeres, es decir, que los roles aprendidos por la mujer, hacen que ellas antepongan el cuidado de otros a la decisión de realizarse la citología cervicouterina como práctica de autocuidado, ejemplo de ello es la siguiente descripción: “se levantó temprano [la mujer] y sacó cita para él [su hijo], y aunque sabe que ella tiene su Papanicolau atrasado no trata de sacar cita para ella también” (25).

Bajo la mirada sociocultural asociada a la citología se plantean aspectos relacionados con el discurso biomédico del cuerpo, uno de éstos se refiere a la zona genital como una parte

sucia del cuerpo, que necesita aseo regular y de esta forma se torna en una "carta de presentación" (26) ante quien toma la citología. La mujer percibe que "llegar bien limpia y sin mal olor es fundamental" (25) y éstos aspectos en las experiencias de las mujeres sobre todo jóvenes que adicionalmente desconocen el exámen, se configuran como barreras para postergar o cancelar la CCU; sin desconocer que es importante la higiene femenina de la zona genital y también la toma de la citología como parte del autocuidado, las mujeres le dan prioridad al discurso normativo de la higiene femenina, por lo que se sugiere incentivar procesos educativos con el fin de resignificar las construcciones del imaginario sociocultural y facilitar la decisión ante la toma de la citología.

La higiene femenina, no es un aspecto incluido en la norma 412, se enlista dentro de las recomendaciones para la realización de la citología, así como evitar las relaciones sexuales previas al examen, con el objetivo de aportar a la calidad de la muestra resultado de la toma, lo cual no se considera una práctica que obedezca a la regulación o normativización de la higiene genital, pues incluso se considera en la Norma 412, que en casos en los que no se puede tener otra oportunidad para la toma, ésta se haga cuando la mujer acude al servicio aún si tiene menstruación, ha tenido relaciones sexuales o duchas vaginales recientes (27), de lo cual se deduce la imposibilidad de la higiene inmediata y por tanto no se puede considerar una barrera para la toma en los servicios de salud.

Paralelamente, la higiene femenina se asume como un elemento del autocuidado sin asociaciones obligadas a la citología cervicouterina, así, en una encuesta epidemiológica de hábitos de higiene íntima en mujeres Latinoamericanas (28), en la que se incluye las Colombianas, los resultados indican que 95.4% de las mujeres encuestadas se realizan aseo corporal una o más de una vez al día, 2.8% una o dos veces a la semana, 71% se realiza el aseo de adelante hacia atrás (de la vulva al ano), 66.9% se depilan el área genital y 29.7% refiere utilizar duchas vaginales durante las relaciones sexuales. De interés rescatar las nuevas tendencias de higiene femenina que pueden alimentar los discursos construidos socioculturalmente alrededor de la citología y la sexualidad humana.

Por último, el proceso de educación para la salud que supone el tema de la exposición genital de las mujeres durante la realización de la citología, también atraviesa el lenguaje adoptado de la cultura, que enmascara claramente los términos que se utilizan para nombrar las partes que del cuerpo situadas en la zona genital (25), por tanto, ante la exposición genital, las mujeres reemplazan términos como el de la vagina por otros, lo que refuerza el ocultamiento del cuerpo, dificulta el acceso al examen citológico como mecanismo de prevención (23) y pone sobre la mesa la importancia de abordar con libertad los temas relacionados con el amplio concepto de la sexualidad en el contexto particular de una cultura como la Boyacense.

Los argumentos nombrados para no realizar la CCU, en ocasiones no son el resultado de déficit en los conocimientos o del poco reconocimiento de la necesidad del procedimiento, puesto que las investigaciones consultadas coinciden al concluir que las mujeres conocen el examen y señalan la necesidad de realizarlo, aunque no todos conozcan el procedimiento. Los vacíos en conocimiento se asocian a la presencia de creencias erróneas, sentimientos y emociones negativos y a la presencia de factores culturales que se identifican como barreras. Aunque se hace alusión a factores de tipo administrativo no se describe claramente la relación de estos con la decisión de toma de la citología, se asocian especialmente a la adherencia al protocolo de toma y a la continuidad en el tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

La citología cervicouterina es actualmente el único medio de tamizaje con que cuenta Colombia incluido en el Plan Obligatorio de Salud, alrededor de éste examen se han planteado metas, planes, programas, la vacuna del VPH, la ley 1384 de 2010 y actualmente se incorpora el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para cáncer de mama y cuello uterino, presentado en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social (29), importante avance en materia de vigilancia para la mejora de las estrategias detección precoz, seguimiento y tratamiento oportunas, eficaces y de calidad según hallazgos en la citología.

“Colombia asumió el cáncer como un problema de salud pública y logró posicionarlo en la agenda pública” (30), por lo que los esfuerzos se han concentrado en reducir el número de mujeres que enferman y mueren por ésta causa o por enfermedades asociadas a la misma, tal como lo plasma desde 1990 el Programa Nacional de detección temprana, los objetivos de desarrollo del milenio y ahora más reciente el Plan Nacional para control del cáncer 2012-2020³¹, el Plan Decenal para el control del Cáncer en Colombia 2012-2021³² cuya meta está en la reducción del CCU a 5.5 por 100.000 mujeres, y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles, a partir de la alineación de todas éstas acciones no se evidencia la disminución progresiva de las cifras, de manera que la incidencia ajustada en 2010 era de 8.84 con respecto al año 2014 (7.92 por 100.000 hab.) (2).

El panorama Boyacense es menos crítico con respecto a otros lugares del país como Bogotá, Antioquia, Cauca, Valle del Cauca, Huila y Barranquilla los cuales registran el 60,9 % de 998 casos confirmados de cáncer de cuello uterino, reportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Colombia (SIVIGILA) (4) hasta el mes de septiembre del presente año, sin embargo, sigue siendo preocupante pues según el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019³³ la tasa de mortalidad ajustada en Sogamoso es de 7.08 por encima de la departamental de 4.06 y también por las consecuencias que se magnifican con una o

muchas mujeres enfermas o muertas dentro de la familia, la sociedad, para la economía, el desarrollo social y el sistema de salud, factores que en su conjunto aumentan la carga de la enfermedad. De forma análoga, la citología puede aportar al desarrollo de un país en la medida en que se modifiquen aspectos dentro del perfil socioeconómico que determina en gran medida el cáncer de cuello uterino, tal es el caso de la edad (menores de 20 hasta 34 años), la baja escolaridad, la residencia en la zona rural, bajos ingresos económicos³⁴.

En virtud de lo mencionado, para asegurar la pertinencia y seguridad de las acciones desarrolladas, resulta relevante cambiar de horizonte la perspectiva para centrarse en la persona que vive la experiencia directamente, pues las nuevas tecnologías utilizadas y esfuerzos estratégicos aportan al logro de los objetivos, pero determinantemente serán las mujeres quienes en ejercicio de sus derechos y autonomía, tomen la decisión de adherirse a los protocolos en los servicios de salud sexual y reproductiva y adoptar el procedimiento como parte de su autocuidado.

Dentro de las experiencias relatadas en el capítulo de antecedentes, se encuentra que el cuerpo femenino está sujeto al espacio de lo privado, los aprendizajes socioculturales y la influencia religiosa en Boyacá, allí enseñaron a las mujeres a cubrirse el cuerpo, no observarlo, no tocarlo, sobre todo si a su genitalidad se refiere³⁵; por lo que la citología se vuelve un proceso forzoso que se remite únicamente a la indicación médica y no a las prácticas de autocuidado y no se realiza por influencias de la idiosincrasia en la cultura Boyacense, pues se resalta la importancia de conservar la intimidad³⁶ y autonomía de la mujer, derechos vulnerados en relación con la realización de la citología.

De acuerdo a lo mencionado, el cuidado de la salud sexual y reproductiva se identifica como una expresión no sólo de los derechos en salud, sino también de los derechos sexuales y reproductivos, por tanto la decisión frente a la toma de la citología es un acto que ratifica el derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, declarado por la Asociación Mundial de Sexología³⁷, que además influyen la manera de vivir la sexualidad a través de la toma de la citología cervicouterina.

La capacidad de una mujer de cuidarse a través de la práctica de la citología, obedece a factores culturales y sociales, descritos como parte de los cuatro enfoques de la Política de Atención Integral en Salud³⁸, por lo que es útil que en los servicios de promoción y prevención se contemplen las características socio-culturales del contexto para potenciar ésta capacidad y promover que los servicios de salud y su personal se acerquen a la población, reconozcan los determinantes sociales presentes en las diferentes situaciones de salud, diseñen acciones bajo el enfoque diferencial que demarca la cultura y que tiene como base la Política para sus intervenciones.

La carga socio-cultural del tema es significativa dentro de los relatos y experiencias de las mujeres, por lo que se espera que a partir de los resultados de la presente investigación, sin antecedentes en la ciudad de Sogmoso y Boyacá, se reconozcan argumentos que configuren una mirada integral y amplía a un contexto dinámico en tanto la cultura y sociedad y el rol de las mujeres son cambiantes y así mismo los significados que le otorgan al autocuidado, de esta manera las experiencias de las mujeres Sogamoseñas aportan al proceso de la citología, a la calidad de vida de otras mujeres y los servicios de atención.

Con el propósito de impactar positivamente en la reducción del cáncer y hacer de la citología una práctica de autocuidado, los profesionales a cargo de promover la adherencia a la citología, deben sumar a su perfil mínimo las competencias en salud sexual de los programas de salud pública, que respondan a las características y necesidades de su contexto, lo que demanda educación posgradual en la que se adquiera conocimientos profundos sobre la sexualidad humana y no solamente sobre las destrezas técnicas básicas para la realización de la citología promovidas por el Instituto Nacional de Cancerología³¹, es como se menciona a continuación,

“Debido al vínculo evidente que existe entre la salud reproductiva y sexualidad humana, a menudo se supone que atender los aspectos reproductivos de la salud

bastará para satisfacer las necesidades que plantea el derecho a la salud sexual... “La salud sexual” ha sido un agregado común a los programas de salud reproductiva”³⁹.

En virtud de lo mencionado, no practicarse la citología se puede considerar un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, no haberse tomado nunca una citología, no seguir el esquema sugerido o no recoger los resultados tipifican la estrategia de tamizaje y detección temprana del cáncer de cuello uterino, razón por la que el Plan Nacional contra el Cáncer en Colombia³¹ plantea fortalecer acciones de ésta estrategia e integrar acciones en pro de la práctica rutinaria de la citología, diagnóstico oportuno y el tratamiento de ésta enfermedad.

Una acción muy importante en el Plan mencionado es la actualización de la Norma técnica de atención 412, en la que se tiene en cuenta la evidencia científica para establecer las acciones que guíen a los profesionales, por lo que la presente investigación puede contribuir a éste propósito, establecido también en la Política de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, en la que se busca “promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida”⁴⁰.

Por consiguiente, la “inclusión de otras fuentes cualitativas sobre salud sexual y salud reproductiva, como sustento a la toma de decisiones y la gestión institucional y sectorial en orden a la garantía de derechos”⁴⁰, aludiendo a procesos investigativos, es una de las formas de argumentar la investigación actual, pues la generación de conocimiento por medio de metodologías cualitativas aproxima la situación real de salud de las poblaciones al planteamiento de alternativas de solución reales y factibles, especialmente de la población femenina, sobre una enfermedad que es posible solucionar en los primeros estadíos.

Dado que en la Ley 1384 de 2010⁴¹, artículo quinto, declara el cáncer como prioridad en Colombia y objeto de acciones de control integral, las actividades relacionadas con la detección temprana del cáncer cervicouterino cobran mayor importancia y de conformidad con la mencionada ley también las acciones encaminadas a cumplir los indicadores que se traza por ejemplo el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021⁴² para la enfermedad, entre

ellos se espera reducir a 5.5 por 100.000 mujeres la tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en 2021, así mismo, se espera lograr coberturas de tamización en el 80% de la población objeto (mujeres entre los 25 a 69 años).

Ahora bien, de acuerdo al grupo de edad mencionado para el cumplimiento de las metas y correspondientemente con la población objeto tomada en cuenta por la norma 412 para el programa de tamizaje de cuello uterino, se considera la elección de mujeres entre los 25 a 40 años de edad; adicionalmente se justifica su elección pues es el grupo de edad donde se produce mayormente el fenómeno de estudio, de acuerdo al Análisis de la Situación de Salud 2015 en Sogamoso, el problema ocurre “en las mujeres mayores de 30 años, [y] se relaciona con la identificación tardía de la patología, [y] la inasistencia a los programas de detección temprana” (7). Las experiencias de las mujeres se indagarán hasta los 40 años, etapa del ciclo vital que trae consigo cambios biopsicosociales que a su vez modifican la concepción de la sexualidad y la reproducción y ameritan una mirada distinta de la citología cervicouterina.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comprender los significados que mujeres entre los 25 y 40 años, residentes en Sogamoso y usuarias de una Institución de Salud, otorgan a sus experiencias vinculadas a la citología cervicouterina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las experiencias relacionadas con la CCU en un grupo de mujeres entre los 25 y los 40 años de la ciudad de Sogamoso.

Analizar a partir del relato de las participantes, elementos del contexto sociocultural, relacionados con las experiencias asociadas a la CCU.

Conocer las reflexiones que realizan las participantes acerca de su experiencia en el proceso del tamizaje citológico.

PROPÓSITO

Con la investigación se pretende indagar aspectos relacionados con el proceso de tamizaje de la citología cervicouterina, a partir de los significados de las experiencias que mujeres Sogamoseñas entre los 25 a 40 años asocian a ésta, de modo que contribuyan a las discusiones sobre factores que inciden de manera positiva en el aumento de la cobertura y la adherencia al procedimiento en los servicios de salud del municipio.

MARCO REFERENCIAL

CITOLOGÍA CERVICOUTERINA

Es una prueba presuntiva para detección del cáncer de cuello uterino, denominada también la prueba de Papanicolau por el autor de su descubrimiento, George N. Papanicolau (31). “La citología cervicouterina o cervico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cervico uterino” (31) que se ofrece en el país, sin costo en los servicios de Promoción y Prevención en las Instituciones de Salud tanto del régimen contributivo como del subsidiado, a mujeres entre los 25 a 69 años, a partir del momento en que inician su vida sexual, si para entonces tienen menos de 25 años, tal como lo establece la Norma Técnica 412 para la detección temprana del cáncer de cuello uterino desde el año 2000.

Actualmente, “la citología cervico uterina no es prueba diagnóstica, sino sugestiva e identifica a las mujeres sospechosas de tener cáncer de cuello uterino” (27), por lo que ante la presencia de cambios benignos o malignos, el objetivo de la norma es orientar de forma adecuada y oportuna la ruta que debe seguir la mujer para lo cual dispone de “Unidades de Tamizaje” (27), a cargo de médicos y enfermeras cuyas responsabilidades son: toma de la citología, realizar informe de los resultados, hacer seguimiento, búsqueda activa de las mujeres con resultados anormales y remitir inmediatamente a quien lo requiera.

En el año 2015 se incluye dentro de la Política de Atención Integral de Salud, la Ruta Integral para la Atención en Salud (RIAS) para un evento priorizado como es el cáncer de cuello uterino; la ruta se caracteriza por ser un instrumento para garantizar la atención integral en salud por medio de “acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación” (32).

Conviene subrayar, que la adherencia al tamizaje por medio de la citología cervicouterina, se logra cuando la mujer sigue las indicaciones de profesional de la salud según la norma técnica 412 a partir de la primera toma, es decir, se tiene continuidad en la realización de la citología conforme al esquema 1-1-3; después de la toma inicial, realizar una nueva toma al año y si no hay anormalidad, repetirla tres años después. Igualmente, se toma en cuenta la regularidad como un indicador de adherencia para mujeres con resultados anormales en los cuales se indica un plan de tratamiento sistemático según su resultado y se sigue conforme a lo requerido. De ésta forma disminuye la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

La citología más allá de ser un método de tamizaje relativamente simple y práctico, es “comprendido como un proceso simbólico en donde el cuerpo y la sexualidad femenina, van a ser explicados e interpretados tanto por las mujeres como para el personal de salud, de manera subjetiva” (26). Por lo tanto, las mujeres tienen su forma particular de vivir y dar significado a su experiencia y estos significados son permeados por aspectos culturales y las creencias de las mujeres, particulares de cada lugar geográfico de Colombia, que en ocasiones facilitan o entorpecen la asistencia a la realización y práctica periódica como parte del autocuidado.

ACCIONES DE PREVENCIÓN

La estrategia sobre la que se fundan las acciones de prevención y promoción es la Atención Primaria en Salud, ésta es “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud” (33), a través de ésta es posible “la atención integral e integrada” (34) que responda a las necesidades de la población establecidas en el marco de la Salud Pública, desde donde se priorizan acciones para la reducción el cáncer de cuello uterino.

La prevención es un enfoque que parte de las respuestas integrales de la Atención Primaria, éste se ocupa de las acciones para evitar que aparezca en las personas la enfermedad y se minimicen los factores de riesgo y sus acciones se materializan en forma de Programas de Prevención y Promoción en los servicios de Salud, en donde el personal de salud se encarga directamente del tamizaje para la detección precoz del cáncer cervicouterino.

Éstas acciones son posibles mediante la Resolución 412 del año 2000, por la que se adopta entre otras, la Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la Guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Se consideran medidas de prevención secundaria orientadas al “diagnostico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas)” (10) y lograr de esta forma el tratamiento que reduzca las posibilidades de morir o avanzar a otro estadio clínico de la enfermedad. Así mismo, la Resolución 4505 de 2012, contempla actividades para el registro y aplicación de ésta y otras guías de atención.

CITOLOGÍA EN LA CULTURA BOYACENSE

La cultura Boyacense tiene imaginarios y creencias que son recopilaciones de aprendizajes producto de experiencias y vivencias y se traducen en prácticas como las relacionadas con la CCU, de esta manera en Boyacá la “familia es el agente de socialización más importante en la vida de un individuo, no sólo porque es el primer agente, sino porque se constituye en el nexo entre el individuo y la sociedad” (35), entonces, la socialización se convierte en el principal vehículo de características culturales reflejadas en lo que Huertas describe como pudor y vergüenza ante la desnudez en procesos que comparte como la citología, que se derivan de una visión particular de la intimidad de la mujer y concepciones como ocultar el cuerpo ante la mirada de otras personas pues es sinónimo de respeto, cuyas raíces se encuentran en los modelos de crianza familiar (36).

El modelo familiar en Boyacá conserva costumbres que tienen sus orígenes en la religión cristiana, herencia de la conquista española, lo que facilitó la formación de “familias tradicionalmente autoritarias y machistas” (35) en las que las decisiones son predilectas del hombre, mientras que el rol de la mujer es subvalorado y en consecuencia se asumen las desigualdades basadas en el género, de interés porque influye en la manera en que se desarrolla y viven las experiencias relacionadas con la sexualidad y la reproducción y constituye una de las raíces de las representaciones que tiene las mujeres del cuerpo y en general de la sexualidad.

Conforme a lo anterior, se destaca una educación sexual y reproductiva ausente de conocimientos y fallas en la comunicación entre padres e hijos, con un comportamiento que es “inseparable de lo espiritual y valores religiosos” (35), por lo que los comportamientos sexuales son limitados a los temas reproductivos, así mismo la ausencia de reflexión frente a los relacionados con la citología, como la exploración del cuerpo y las emociones a partir de éste.

PROPUESTA METODOLÓGICA

La presente investigación se desarrolló en el marco de la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad el Bosque y se inscribe en la línea Salud Colectiva del grupo *Salud Sexual y Reproductiva* Enfermería UNBOSQUE, eje desde el cual se comprenderá la dinámica de las experiencias femeninas relacionadas con la citología cervicouterina, con el propósito de aportar a la construcción de nuevos significados que sirvan para fomentar un acercamiento entre las mujeres y los servicios de salud e incidan en la construcción de autonomía y empoderamiento en las decisiones del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

La investigación desde el paradigma cualitativo explora en los fenómenos complejos y comprende la realidad socio-cultural e histórica desde las personas o el colectivo con una “mirada desde adentro, y rescatando la singularidad y las particularidades propias de los procesos sociales” (37); precisamente indaga las subjetividades en las experiencias de las personas que los viven, de manera que logra comprender a partir de un proceso sistemático la experiencia personal y los elementos socioculturales que son conocidos sólo por quien está en el contexto a partir de un proceso deductivo, es decir, que se analiza la información del contexto a partir de los significados particulares que den las mujeres a sus experiencias asociadas a la CCU.

Así mismo, aborda las realidades humanas a partir de la mirada a la persona (38), por cuanto, la presente investigación buscó aproximarse a las experiencias de las mujeres frente al proceso denominado citología cervicouterina, que se evidencia como única posibilidad de entender de manera holística las características subjetivas que éstas atribuyen a su realidad; de manera que en la profundidad y complejidad de éste fenómeno, la investigación cualitativa adjudica a los significados la riqueza para interpretar y comprender el tema de estudio desde la diversidad de voces femeninas participantes de la investigación.

Por su parte la Fenomenología como enfoque intenta comprender los significados desde “las experiencias vividas” (39), es decir, los significados desde la perspectiva de las personas en relación a un fenómeno que sucede en la vida cotidiana y en coherencia con el paradigma cualitativo, las experiencias de las mujeres a partir de los significados que le asignan a éstas en la práctica de la citología cervicouterina.

PARTICIPANTES

El desarrollo del proyecto contó con la participación voluntaria de 8 mujeres residentes en Sogamoso, entre los 25 y 40 años, provenientes de áreas rurales o urbanas, de cualquier estrato socioeconómico, independientemente del número de hijos y de parejas sexuales o el reporte de la citología.

Criterios de inclusión

- Participación voluntaria
- Mujeres residentes en Sogamoso
- Mujeres provenientes de municipios de Boyacá
- Afiliación al sistema de seguridad social en salud en cualquiera de sus modalidades.
- Usuarias de una Institución de salud, Empresa Social del Estado (E.S.E.) en la ciudad de Sogamoso

Criterios de Exclusión

- Gestantes
- Mujeres que encuentren actualmente en tratamiento para cáncer de cuello uterino.
- Mujeres con diagnóstico de VIH – Sida

Condiciones que para la investigación se consideran situaciones que tienen aspectos psicobiológicos y sociales que ameritan a juicio de la investigadora un abordaje particular.

MUESTREO

El muestreo se refiere a la selección de una parte de la población que represente la población en general y aporte a la comprensión del fenómeno de interés. En la investigación cualitativa, el muestreo permite observar el fenómeno de estudio en contextos variados, en palabras de Martínez-Salgado, un proceso denominado transferibilidad, “la cual sólo puede darse a partir de la descripción rica y profunda de cada fenómeno en su contexto, y no tiene como fundamento el número de casos estudiados” (40), puntualmente ésta aporta a la validez externa de la investigación y ésta se refiere a la evaluación del “alcance del conocimiento logrado [...], la posibilidad o no de generalizar al universo los hallazgos obtenidos en un estudio realizado en un contexto particular” (41). De acuerdo a lo anterior, en la presente investigación, no constituyó un hecho relevante la cantidad de personas participantes, sino la posibilidad de plasmar la diversidad de miradas al fenómeno.

La recolección de la información siguió la estrategia de muestreo intencional (42), una vez obtenido el aval ético de la Universidad el Bosque, la investigadora abordó de forma individual, inicialmente a las participantes en la sala de espera de la institución, previamente a la consulta. Se indicó a las mujeres el propósito de la investigación, objetivos y se dio respuesta a las preguntas que surgieron con el propósito de asegurar que las mujeres contaran con información suficiente, con miras a garantizar la participación de forma voluntaria. De esta manera se captaron los datos de identificación necesarios de las mujeres que accedieron a relatar sus experiencias, para establecer contacto fuera de la institución de la forma que se acordó con la participante en el espacio, lugar y momento adecuados para la entrevista.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En coherencia con los objetivos de la investigación, la recolección de la información se realizó a partir de entrevistas en profundidad, ésta clase de entrevista tiene como objetivo “conocer la experiencia vivida en sentido fenomenológico, las dimensiones de la vida personal para detectar experiencias significativas, así como su relación con las experiencias en torno al tema de interés” (43). Es un método para recolectar la información que permitió ampliar e indagar a fondo en las experiencias de las mujeres relacionadas con la CCU, en el marco de la conversación “donde ni el entrevistado ni el entrevistador se imponen, en un proceso participativo y democrático” (43).

Es importante destacar que la fiabilidad del procedimiento en la investigación se evalúa a partir de “la calidad de los registros que se realicen y la documentación de los datos” (44), además de los instrumentos que se utilicen para recopilar la información. En éste caso el guion de entrevista se sometió al juicio de expertos para minimizar la posibilidad de errores de interpretación o incoherencias con los objetivos de la investigación, así mismo durante las entrevistas se realizó retroalimentación de la información con el objetivo de aclarar conceptos, ampliar la información y finalmente aumentar la confiabilidad en el proceso.

Para la ejecución de las entrevistas se elaboró un guión de acuerdo a cada objetivo específico (Anexo A) y se fue ajustando conforme transcurrían las entrevistas, el tiempo estimado para cada una fue de 60 minutos, en algunas ocasiones se amplió ante la necesidad de la mujer de expresarse, también varió según la necesidad del investigador de profundizar y agotar el tema de algunas categorías, lo que se logró progresivamente y obedeció al criterio de saturación de la información.

Igualmente, fueron pactados con las participantes los requisitos para el desarrollo de las entrevistas, tales como el lugar de realización, cuyas características abarcan la calidez, la iluminación, silencio y privacidad, también “se requiere la habilidad de un entrevistador que provoque un *ambiente de confianza* con el entrevistado a fin de que *hable con libertad*

de sus actitudes, creencias, sentimientos y emociones” (45). Previa autorización, las entrevistas se grabaron en audio para permitir el posterior análisis detallado de la información, también se utilizaron las notas escritas correspondientes a las observaciones de la investigadora.

Los audios, registros escritos y material en general que se recopiló para la investigación, está bajo custodia de la investigadora en archivos protegidos con clave de acceso que solamente conocen las investigadoras. Se garantizó la confidencialidad a partir del uso de nombres ficticios asignados por cada una de las participantes y teniendo en cuenta los principios éticos, las transcripciones se preservaron de alteración o condicionamiento según intereses de la investigadora.

En este quehacer, la investigadora se hizo responsable de facilitar a la participante la información pertinente de acuerdo a los propósitos de la investigación, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, proceso llevado a cabo en momentos previos al inicio de la entrevista, por medio de un documento denominado consentimiento informado para la investigación (46) (Anexo B), en éste documento se garantizó la explicación de la información referente a la investigación de forma completa y clara a las mujeres participantes, quienes declararon voluntariamente su participación a través de la firma en éste. La implementación del consentimiento se realizó después de ser aprobado por el comité de Ética Ad Hoc de la Universidad el Bosque (Anexo C).

Así mismo, en una etapa final del proyecto se socializarán colectivamente los resultados de la investigación con las mujeres participantes, para lo cual se realizará una actividad a la que se les invitará previamente, en un lugar distinto a las instalaciones de la institución de salud. Los resultados se darán a conocer en primera instancia a quienes participaron, pues se considera que son ellas quienes tienen el derecho de conocer los hallazgos de la investigación, posteriormente al personal de salud de la institución y Secretaría de Salud Local.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El proceso de análisis es un proceso sistemático y riguroso para profundizar en los discursos de las participantes y “consiste en que recibimos datos no estructurados y los estructuramos” (47), tal proceso se realizó en paralelo con la transcripción de la información y por medio del análisis de contenido de tipo sintáctico y semántico, que “se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras y caracteres [y la semántica] busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas” (48), de manera que el fenómeno de estudio se explicó a través de la comprensión de los discursos de las mujeres con el propósito de emitir categorías conceptuales.

El proceso de análisis de la información producto de las entrevistas se realizó en cuatro etapas (45): la primera es la reducción, en ella el investigador abandonó sus prejuicios, presuposiciones y creencias personales para lograr un análisis de la información lo más limpio y claro posible; una segunda etapa es la intuición, en ésta se logró captar la esencia del fenómeno y se recogió de la información recopilada el significado claro desde la mujer que relata su experiencia. La tercera etapa es el análisis, en donde se ordenaron los datos extractados de la entrevista en categorías y la última fase es la descripción, a través de ésta el investigador comprendió el fenómeno investigado.

En este proceso considerado deductivo, el análisis fue un ejercicio permanente; luego de cada entrevista realizada, se procedió a la transcripción de los discursos y la anotación de las observaciones para dar lugar a análisis preliminares de la información que sirvieron para modelar los cuestionamientos de las siguientes entrevistas.

En la medida en que transcurrieron las sesiones se agotó la posibilidad de recabar nueva información, proceso denominado saturación, que “ocurre cuando ningún dato nuevo o relevante emerge” (42), además, se tiene en cuenta que la saturación no se logró hasta tener

los elementos para comprender el fenómeno de investigación, por tanto, no es determinante el número de entrevistas.

Se considera que en el análisis se realizó conforme al método fenomenológico, el cual tuvo en cuenta dos herramientas para la organización de la información: la codificación y la categorización, por su parte la codificación fue el primer paso en el que se identificaron las frases, palabras u oraciones pertinentes para la investigación, en un proceso riguroso de abstracción en el que se asignaron códigos o etiquetas (49) que finalmente representaron lo relatado por las participantes y respondieron a los objetivos de la investigación, aspecto en el que se basa la validez interna de la investigación, ésta se refiere a que las categorías den cuenta de los datos (42).

Una vez extractados los conceptos, inició la categorización (49), proceso reductivo que consiste en relacionar o agrupar los conceptos densos emergentes categorías y dimensiones, cada cual se nombra de manera que los conceptos reunidos compartan atributos o características que expliquen la categoría o dimensión. En éste proceso se elaboró un mapa conceptual (Anexo D) que permitió organizar lo datos textuales recopilados durante las entrevistas, proceso cognitivo bajo el control del investigador, pues es quien tuvo la responsabilidad de extraer códigos, agruparlos en categorías y subcategorías y generar el análisis a partir de la organización conceptual.

Ante la inquietud que genera la evaluación de la investigación cualitativa frente a la calidad del proceso y la seguridad de los resultados, se tomaron los criterios de validez y confiabilidad; la validez hace referencia a que los constructos del investigador deben retratar fielmente ante los ojos de quienes la evalúan, lo que las mujeres o sujetos de investigación refirieron como experiencias relacionadas con la citología cervicouterina. Para inferir la validez de una investigación se tuvo en cuenta el proceso del cual emergieron los datos, desde la entrevista hasta el análisis y otros criterios como la transferibilidad, nombrada en capítulos previos y la triangulación.

Por su parte la triangulación aporta a la validez interna y credibilidad en los resultados, al ocuparse de verificar que los resultados sean una aproximación verdadera del sentir y pensar de las participantes. Se realizó por medio de la triangulación teórica que aportó a “aumentar la confianza en la calidad de los datos que utiliza” (41). Por consiguiente, se utilizaron varias fuentes para contrastar los resultados de la investigación.

Para dar cumplimiento a los criterios de validez y credibilidad, se retroalimentará a las participantes la información obtenida a partir de la transcripción y los resultados de la investigación, así como el informe final.

Con respecto al plan de trabajo, se realizaron los ajustes según tiempos institucionales de aprobación y los tiempos disponibles de las participantes de la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación tomó en cuenta algunas consideraciones éticas a la luz de la resolución 8430 de 1993 (46). Según el artículo 11, se catalogó como una investigación con riesgo mínimo, en razón a que la investigadora se adentró en aspectos de la intimidad y confidencialidad relacionados con las experiencias de las mujeres en el examen citológico. En este sentido se tomaron las medidas pertinentes dentro de las cuales: la entrevista se acordó en un lugar privado de total comodidad para las participantes, la mujer eligió un nombre ficticio usado en el proceso de codificación y la información almacenada en audios, documentos u otro material estuvo al alcance únicamente de las involucradas en la investigación. En los casos en que se suscitaron en ellas la expresión de recuerdos o situaciones personales, muestra de alguna afectación en el momento de la entrevista o como consecuencia de ésta, se sugirió la derivación a la red de apoyo que brinda la entidad de salud a la que estuvieran vinculadas las participantes, con previa aprobación de ellas, posteriormente la investigadora se comunicó con las mujeres para realizar seguimiento a su situación. Igualmente, se realizarán actividades de promoción de la salud grupales durante los tres meses siguientes, canalizadas a través de la ESE Salud Sogamoso, de acuerdo a lo identificado en las entrevistas.

De conformidad con el artículo 5 de la citada norma, en la presente investigación prevalecieron los derechos del ser humano, su dignidad, bienestar, igualmente el respeto, la autonomía y el principio de beneficencia en cualquier momento durante el proceso investigativo.

En el proceso investigativo se respetaron las posturas religiosas o de cualquier carácter no compartido entre investigado e investigador, pues en la investigación cualitativa la interacción con el sujeto respeta la complejidad de éste, su historia y se considera que es un proceso comunicativo dialógico con altas nociones de autonomía.

La investigación contribuyó a los propósitos enunciados en el artículo 4, específicamente a la prevención de problemas de salud y producción de conocimiento generado a partir del proceso de la investigación. Tales aportes se visibilizaron en los resultados, pues se espera que éstos tengan cabida en las decisiones y estrategias para mejorar y fortalecer la salud femenina y los programas de prevención del cáncer de cuello uterino en el municipio de Sogamoso, por lo que se socializarán a la entidad de Salud donde se realiza (E.S.E. de Sogamoso) y con la Secretaría de Salud Local. A través de la publicación de artículos derivados de la investigación se harán extensivos los aportes a la comunidad académica.

Así mismo, se tuvieron en cuenta en éste proceso los valores éticos del investigador al reconocer las individualidades, subjetividad y diversidad humana que rescata la investigación cualitativa por lo que no se emitieron juicios de valor alrededor de los significados de las experiencias de las mujeres relacionadas con la citología cervicouterina, dictados por prejuicios propios, tampoco se sometió a evaluación bajo criterios de correcto o incorrecto, siendo toda expresión incorporada en el contexto de la investigación.

Proteger la identidad y garantizar la confidencialidad y privacidad de las mujeres durante la investigación o socialización de resultados, fueron conductas éticas de la investigadora. Se aclara que la investigadora se comprometió éticamente a no alterar los relatos de las participantes para manipular hallazgos según intereses particulares. Para el proceso de socialización de resultados y realizar citas textuales de los relatos, se tomaron en cuenta los pseudónimos asignados a cada participante, así mismo se contó con autorización previa, de la que queda constancia en el consentimiento informado.

Además, la investigadora fue responsable de dar información veraz sobre la investigación, sus propósitos, sus métodos, no crear falsas expectativas, objetivos inalcanzables o beneficios inexistentes (principio de beneficencia) a las participantes por medio del consentimiento informado, éste documento se dará a conocer a las mujeres previo al inicio

de las entrevistas para permitir de esta forma la participación autónoma y voluntaria, por lo tanto, la firma de las participantes expresa la libertad de su decisión.

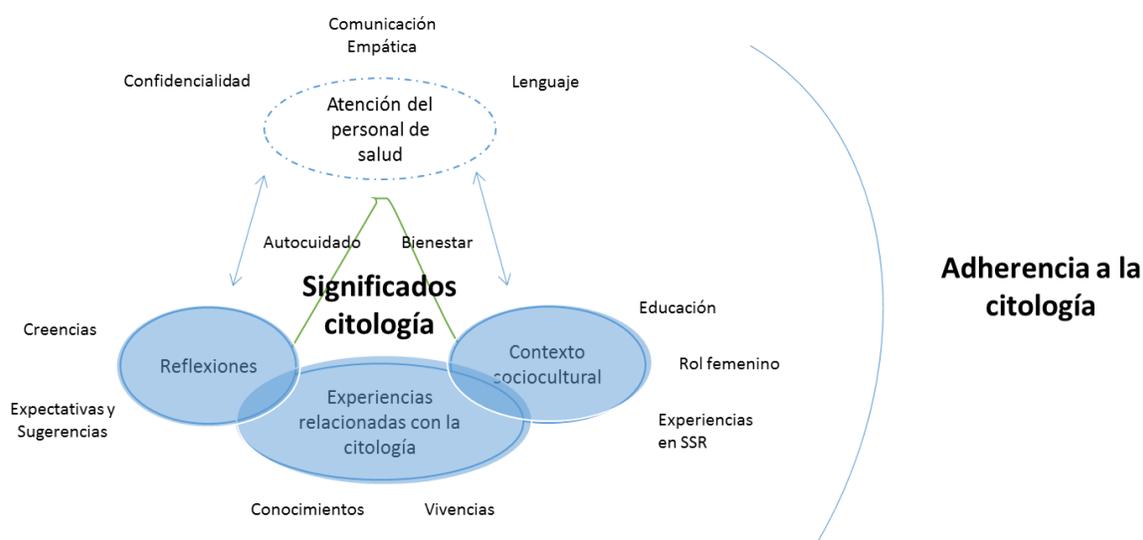
La investigadora declara no tener conflicto de intereses.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la comprensión de los significados que las mujeres Sogamoseñas¹, usuarias de una entidad de salud, otorgan a las experiencias relacionadas con la citología cervicouterina, en adelante CCU, se identifican categorías y dimensiones, enriquecidas y atravesadas por elementos del contexto sociocultural desde el que otorgan un carácter particular a sus vivencias.

Sus reflexiones sobre aspectos asociados con diferentes momentos del procedimiento incorporan importantes cuestionamientos respecto a la relación con el personal de salud, en un momento en que, como lo identificará el lector, experimentan que su intimidad se encuentra expuesta no solo físicamente, sino también en sus temores y sentires; temas trascendentales en la atención en salud, que apuntan a favorecer la adherencia a esta actividad.

Los resultados se presentan en tres categorías que responden a los objetivos específicos de la investigación y una que emerge de la voz de las participantes; cada una de estas a su vez agrupa dimensiones que se describen a partir de los atributos que las integran y desde las que se comprende su significado, El esquema 1, facilita la comprensión de los resultados.



¹ Sogamoso es un municipio situado hacia el oriente del departamento de Boyacá. Es la capital de la provincia de Sugamuxi.

Se aclara que la experiencia de las mujeres es integral, en ese sentido la presentación por categorías obedece a un criterio metodológico, pues en sus relatos se expresa una vivencia total e interdependiente; que a su vez llama la atención sobre la importancia de tener claro que las acciones desarrolladas en cualquiera de estas dimensiones, incidirá directamente en las otras.

Las características sociodemográficas de las participantes se presentan con el propósito de contextualizar el análisis de los relatos y facilitar al lector su comprensión. En general se identifica que a mayor edad de las participantes se evidencia menor escolaridad y mayor número de hijos. El estado civil de las participantes varía, algunas de ellas son casadas, otras viven en unión libre y una de las participantes es soltera. Las más jóvenes hacen uso de métodos de planificación temporales, mientras que las de mayor edad, utilizan la ligadura de trompas (pomeroy) como método definitivo para el control de la natalidad o se encuentran atravesando la menopausia. Con relación a la toma de la citología, las mujeres que se ubican en la segunda década de la vida, tienen mayor adherencia al procedimiento y la realizan anualmente, así mismo, 7 de las 8 participantes han pospuesto la realización de la citología por más de un año y las causas, en la mayoría de ellas tienen su explicación en las ocupaciones propias del cuidado familiar u otras asociadas a causas fisiológicas (menstruación) o en ningún caso se encuentra coincidencia con los aspectos analizados en párrafos anteriores.

I. CATEGORÍA SER MUJER EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL SOGAMOSEÑO

La presente categoría describe los significados del *ser mujer*, expresados por las participantes y vividos en el contexto de la cultura y la sociedad Boyacense. Se presentan tres dimensiones identificadas que son: educación, rol tradicional femenino y experiencias significativas de la salud sexual y salud reproductiva en la vida de la mujer.

Como elemento común se identifica que el ser mujer, para este grupo, está asociado al cuidado de otros como prioridad. El autocuidado se vincula especialmente a la maternidad o a la importancia de mantener su salud como medio para asegurar el bienestar de su

familia o de quienes dependen de ellas. La citología cobra significado como actividad que aporta al cumplimiento de ese rol.

1. Dimensión Educación

El acceso y permanencia en la educación a nivel formal es descrita, en el relato de las participantes como una posibilidad que brindan o no los padres, especialmente la figura paterna, quien además es identificado como proveedor de la familia. No es evidente el reconocimiento de este derecho fundamental de la niñez de la mujer. Se destaca la referencia explícita a la importancia que reviste el acceso a la educación en ellas o en su descendencia vinculada a la posibilidad de mejorar la calidad de vida y como herramienta que posibilita el empoderamiento y la autonomía, especialmente con relación a sus hijas,

“ellos [los papás] decían en ese momento, que ¿por qué?, las mujeres no necesitábamos estudio porque teníamos que ser amas de casa, para qué estudiábamos si conseguíamos marido y teníamos hijos y ya, entonces que, [...] no valía la pena como darle el estudio a uno...” *Marcela*

El acceso a la educación se asocia, en algunas participantes a condiciones económicas, en la que se facilita el acceso a unos hijos y se aplaza en otros, generalmente en las mujeres o la hija menor, sobre quiénes recae la responsabilidad del cuidado de los padres.

“...mi mamá no me dio estudio, ella duró hartos años [era la encargada del cuidado] y a mí no me dio estudio, entonces yo empecé a estudiar [...] después, en Sogamoso, fue aquí en el integrado, estudié como dos años, estudié el primero y el segundo y después hice otro...” *Sarita*

Ésta premisa cultural se contrapone al interés por su formación, en la mayoría de los casos educación para el trabajo, apoyadas por la familia o motivadas por la intención de aportar en los procesos de educación de los hijos y proyectar un futuro diferente para ellos. Interés que se concreta una vez alcanzan la adultez o cambian sus condiciones de dependencia con la familia de origen. Es evidente el valor que otorgan a la educación como dinamizadora de procesos de desarrollo, herramienta que facilita el cuidado de otros y el autocuidado, así

como la referencia al cambio en las condiciones actuales de acceso a la misma para la mujer.

En los relatos emergen descripciones de condiciones sociales asociadas al contexto histórico que incidieron en su acceso a la educación, entre ellas el conflicto armado presente en las últimas cinco décadas en Colombia

“...mi papá era que me devolviera a terminar de estudiar en Yopal, pero no, yo ya no quise [...] ya no quería volver por allá, porque la guerrilla mató un tío, pues entonces, a uno le daba pues miedo, nervios volver por allá.” *Catalina*

La necesidad de trabajar y aportar al sostenimiento de la familia se describe como barrera para el acceso al estudio y a su vez la carencia de éste, constituye un factor que limita las condiciones laborales de la mujer.

“[Cuando estuve en Sogamoso]...me puse fue a trabajar, o sea, el tiempo se me fue trabajando y nunca pensé que tenía que estudiar” *Catalina*

2. Dimensión Rol Femenino

La mujer en el contexto Boyacense, tradicionalmente asume roles configurados en torno al papel medular de progenitora, asociados a la función reproductiva y de cuidado, tanto de los miembros de la familia como de la red de apoyo primaria y vinculados a la responsabilidad de realizar los quehaceres del hogar. Ser madre, en los relatos de las participantes, es descrito como una actividad inherente a la identidad femenina, que perpetúa el paradigma culturalmente instaurado.

Ser madre, cobra significado más allá de la maternidad, se relaciona con el cuidado de quienes están a su alrededor no sólo de los hijos. Este rol se caracteriza por el desarrollo de actividades cotidianas, que transcurren con el estudio, el trabajo y los roles de madre, hija, pareja y que están orientadas a mantener las condiciones físicas y la estructura y dinámica que “asegura” el bienestar para otros.

“...yo quedé embarazada cuando entré a estudiar, pues sí, era un poquito complicado, igual, toca estudiar, trabajar y embarazada, pero normal, ¿no?, fue bonito”. *Tatiana*

Este rol en ocasiones limita o aplaza el proyecto de vida de la mujer, situación que antes que representar conflicto, normaliza la alta exigencia social frente *al ser mujer* y refuerza el paradigma de la “entrega al otro y la vocación de servicio, como valores predominantes en la mujer”.

“[Ahora me dedico a]...la casa y al frente le colaboro a una señora por las tardes cuando no tengo nada que hacer le colaboro a limpiar la quinua, no [...] puedo dedicarme a conseguirme un trabajo estable porque como tengo los niños no los puedo dejar tampoco solos en la casa, la niña sale, o sea la niña se va a estudiar y no... pues no me puedo dedicar a un trabajo estable”. *Sarita*

Prevalecen en los relatos características de la cultura androcéntrica que reafirman el paradigma tradicional que subordina a la mujer y se hacen evidentes en descripciones que aluden a la respuesta del hombre frente al incumplimiento de las “responsabilidades que culturalmente le son atribuidas a la mujer”.

“si yo me levanto tarde [mi esposo] se va sin desayuno, pelea porque no me levanté temprano y entonces [me dice] solamente se la pasó durmiendo, ...entonces, ya aquí no es si usted quiere hacer [como en casa de mis papás], [aquí en mi casa, mi esposo me dice] ¿y usted por qué no hizo?, entonces mire a ver que va a hacer, ¿va a tener la casa así? no, ya es simplemente usted [...]” *Francy*

Compartir con la pareja y los hijos las labores de cuidado del hogar, no se describe como parte del reconocimiento del “deber ser” de igualdad y equidad en el desempeño de los roles, sino que es descrita como “favor y apoyo que facilita el logro de los objetivos personales”.

“él [pareja] me apoya mucho, se queda con mi hijo, o cuando mi hijo estaba pequeño, él lo llevaba al SENA en la noche o aquí en la escuela que estudié el bachillerato lo traía a veces en la noche...” *Juliana*

Las participantes afirman que es escasa la posibilidad de disponer de tiempo libre, destinado para su cuidado, privilegian y anteponen en las actividades que se realizan en familia.

“Compartir con mi familia, con mi hijo, mis sobrinos, muy hogareña [en mis tiempos libres]” *Tatiana*

Una de las actividades de cuidado que las mujeres identifican como propia es la realización de la citología, sin embargo, ésta se posterga en razón a las “responsabilidades” mencionados; la familia en ocasiones es descrita como elemento que incentiva la realización de esta actividad.

“...a veces uno en el corre, corre, pues no está como tan pendiente, pero sí, en lo posible sí, igual mi esposo está ahí recordándome, si a mí se me olvida [tomar la citología], él [mi esposo] me recuerda...”. *Juliana*

3. Dimensión Experiencias significativas en Salud Sexual y Reproductiva

En la tercera dimensión, se identifican sucesos relevantes de la vida sexual y reproductiva de la mujer, tales como la menarquia, la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos y el embarazo, descritos en el orden mencionado. Éstos sucesos son desconocidos para algunas mujeres hasta el momento en que se viven; adquieren su propio significado a partir de referentes culturales desde los que se contextualiza la información que reciben, la forma en que posteriormente la comunican a los hijos y en que se elaboran las experiencias.

La menarquia aparece como un evento importante pues marca el inicio de la vida sexual y reproductiva. Expresan que se recibe información previa en algunos casos, de parte de la madre o hermanas mayores, el colegio o la institución de salud. El momento preciso despierta temores generalmente asociados a la posibilidad de embarazos y que la información recibida tiene carácter informativo y restrictivo antes que formativo y preventivo.

“[Mi mamá decía] que cuando le bajaba el periodo, la menstruación, era uno desarrollarse [...] pues ella nos decía, no pues le va a llegar la menstruación y...

pues se cuidan y así [...] que cuando se desarrolle [...] le decía a uno, que cuando le pase tal cosa, que se tiene que cuidar..., de no salir embarazada así [...] Pues que ya uno podía quedar embarazado a esa edad...” *Juliana*

En los relatos de las participantes se identifican expresiones del lenguaje Boyacense como: “enchapada a la antigua o “recatado”, utilizadas como sinónimos de “timidez” y “vergüenza” en la descripción de las limitaciones para la transmisión tras-generacional de saberes y prácticas relacionadas con la salud sexual y como justificación para no abordar el tema.

“mi mamá tampoco [charlaba de sexualidad] como es enchapada a la antigua, pues no se hablaba mucho esos temas [de la sexualidad] con ella...” *Tatiana*

Algunas hacen referencia a que la manera como recibieron la información acerca de la sexualidad, determinó la educación que sobre el tema recibieron sus hijas e hijos. Señalan la diferencia de la información, tanto en la forma como en el contenido, brindada por el padre y la madre según el sexo de los hijos. Destacan la comunicación como elemento fundamental, reconocen barreras personales y destacan como valiosa la presencia de ambos padres.

“...mi mamita, ella [me explicó], una vez cuando a mí me llegó eso [la menstruación] por primera vez le dije: mamá ¿qué es esto? y ella me dijo: tranquila hija, que eso es normal, me dijo, eso es que a nosotras las mujeres a todas no llega eso, me dijo: no se preocupe, no se asuste, que eso no es nada malo [...] eso mismo le expliqué yo a mis hijas...” *Sarita*

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, se describe que estas sucedieron durante la adolescencia, dan cuenta del ejercicio de la sexualidad, pero no de su comprensión como derecho. En algunos casos se asocia a embarazo, sobre el que no se tiene opción de elegir. Una de las participantes describe que la maternidad temprana tiene ventajas como acompañar el crecimiento de los hijos y ser más activo en la crianza.

“... yo distinguí un sardino [...] él era conocido de mi hermana [...] y nosotros pues hablamos, y pues... él ... pues... la embarró conmigo, y mi hermana, mejor dicho, casi...jajaja [...] quedé embarazada de él [...] Creo que en ese entonces ya tenía los 15 años” *Catalina*

En otros relatos se hace referencia al amor como motivación en el inicio de la actividad sexual, el tema del placer no se identifica como relevante en las respuestas de las participantes, aunque se hace alusión al gusto por el otro. Emergen referencias culturales relacionadas con el “*deber ser de la sexualidad femenina*” entre ellas el momento de inicio de las relaciones sexuales, la castidad femenina hasta el matrimonio, la presencia de un único hombre en la vida a partir de la primera experiencia sexual y el señalamiento que genera la posibilidad de múltiples parejas, entre otras.

“...después que ya uno se... con el primer muchacho [tiene la relación sexual] pues con el novio que uno tiene pues [...] como que quiere decir que es el esposo...partir de las cuales se considera el primer hombre, el primero y único en su vida” *Sarita*

La asesoría desde el sector salud se asocia al acceso a la información, la toma de decisiones y la comprensión de la sexualidad y la reproducción como derecho. La escasa información con que contaban las participantes al momento del inicio de su vida sexual, dio paso a la práctica de creencias de arraigo cultural con respecto a la forma y recursos con los que se evita un embarazo como uso del “plantas” y medicamentos como el “mejoral”. El inicio en el uso de métodos anticonceptivos como experiencia significativa se asocia, en algunas de ellas, al primer parto.

“Después de que nació el niño [empecé a utilizar métodos anticonceptivos], eso sí inmediatamente me hablaron sobre los métodos que había y yo decidí tomar uno”.

Johana

La intervención del personal de salud facilita la posibilidad de planear el futuro con hijos o sin ellos y tomar decisiones en las que mujeres y hombres participan, en estos casos.

“Nos hablaron del tema y nosotros en casa pues nos pusimos a hablar y dijimos no pues para no quedar embarazados otra vez mejor planificar y sí, los dos”. *Johana*

Expresan autonomía y plena libertad para elegir el método; sin embargo, hacen referencia al lenguaje impositivo utilizado en ocasiones por el personal médico. Describen la firma del consentimiento informado como un requisito de forma y señalan que la explicación podría ser más completa.

“...desde que uno sale del hospital le dicen ¿con qué va a planificar? [...] yo nunca, antes de tener a mis hijos, yo nunca había planificado, pero no, esa inyección no me pareció bien [...] Entonces decidí ponerme el dispositivo” *Juliana*

Una de las participantes refiere este tema como "escandaloso", debido a que tradicionalmente las relaciones sexuales se comprenden desde el significado de la procreación, las relaciones por el placer son censuradas o la pareja considera que su utilización es una dispensa para la infidelidad.

“No, acá en la casa eso es como muy [...] escandaloso. Eso [me refiero a planificar] como que lo manejo yo, yo solita, pues mi mamá no sabe que yo estoy planificando, a mi mamá si le digo que me voy a tomar esto y que estoy planificando, empieza [...] con la cantaleta” *Tatiana*

El fuerte arraigo de la tradición se expresa también en el señalamiento a la mujer que decide ser madre fuera del contexto de una relación formal de pareja. El apoyo de la familia y la pareja durante el embarazo y la crianza es considerado como fundamental.

“...quedé embarazada de él [...] Creo que en ese entonces ya tenía los 15 años”.

Catalina

“mis papás, en ese momento: ¡qué dirá la vecina!, que ya embarazada, que, sin marido, [...] pero no, yo gracias a Dios no llegué a ser madre soltera”. *Johana*

En síntesis, en esta dimensión se identifica que el significado de las experiencias de la mujer relacionadas con la sexualidad esta mediado por premisas culturales, tanto en

habilidades comunicativas como en conocimientos que faciliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones autónomas e informadas, entre ellas el desarrollo de acciones de prevención como la toma de la CCU.

Respecto al significado del ser mujer, el rol de cuidadora se identifica como el *deber ser* de la mujer, desde el que se construye su significado y se reproduce el paradigma tradicional de abnegación y postergación de las propias necesidades y autocuidados. La valoración de la función reproductiva asignada al rol materno, retroalimentan la identidad de la mujer Sogamoseña con actos de “entrega al otro” y refuerza el papel tradicional del hombre como proveedor de apoyo y figura de autoridad que hace evidente una brecha de inequidad.

También cabe aclarar que la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo y el uso de anticonceptivos como las experiencias significativas de la sexualidad y la reproducción, se pueden considerar piedras angulares de las construcciones del curso de vida de la mujer.

Las características del contexto sociocultural son determinantes en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

II. CATEGORÍA EXPERIENCIAS

Categoría central en el proceso de análisis de la presente investigación, en razón a la riqueza de la descripción que realizan las mujeres participantes de los diferentes momentos del proceso. Las experiencias de las mujeres incluyen conocimientos del procedimiento de la citología, de las indicaciones y descripciones de las vivencias de las participantes, en un recorrido en el que emergen emociones, prácticas y formas de entender la intimidad, la privacidad y la corporalidad.

Conforme se avanza, el lector encontrará elementos que se asocian a la adherencia de las mujeres al tamizaje citológico y a los servicios de salud que los ofrecen. Las narraciones de las mujeres se organizan en 2 dimensiones: conocimientos y vivencias.

1. Dimensión Conocimientos

Es prudente advertir que el conocimiento, en general, constituye una dimensión que guarda relación con la experiencia y es por esta razón que, en el presente apartado, se describen las instituciones de salud como la principal fuente de información; en diferentes especialidades o consultas, relacionadas o no con la citología, en particular, la consulta prenatal y de crecimiento y desarrollo son de los momentos más referidos como punto de contacto con la citología. También se hace referencia a momentos en los que se busca atención para ellas o para otras personas, habitualmente bajo su cuidado.

“[Escuché de la citología porque] nosotras siempre íbamos al puesto de salud con mi mamá o así a acompañar a alguien o uno, pues, ahí le informaban a uno, desde que uno empieza su vida sexual, uno tiene que empezar...” *Juliana*

El contacto con la CCU a través de la experiencia de la madre es descrito como una puerta de entrada y fuente de conocimiento, que además cobra significado como “espacio” en el que se generan cambios sobre creencias asociadas a la preservación de la intimidad y la corporalidad.

“...después de tenernos a nosotros, [...] entonces ella [mi mamá] [...] ya se la realizaba, porque ya, como que los embarazos y eso, o sea uno en el consultorio, le hablan, le dan a veces información, [...] antes no, porque antes eso era como muy reservado [...] ...como que todo era escondido, como que le veían [las mamás] a eso un misterio.” *Juliana*

Afirman que el tiempo de consulta debe fortalecerse para recibir y explorar información relacionada con temas de cuidado de la salud. Se hace referencia a los recursos audiovisuales utilizados por el sistema para hacer divulgación de esta información.

“en salud Sogamoso veo esos videos que colocan, [...] cuando voy a consulta 5 o 10 minuticos pasan ese tema de la citología, pero es algo breve, no alcanzo a ver todo completo”. *Johana*

Las participantes refieren que la información que se brinda durante la consulta, en ocasiones no es clara o no se cuenta con el tiempo suficiente, por lo que hacen hincapié en la necesidad de contar con conocimiento previo a la primera citología, puntualmente la forma en que se realiza el procedimiento.

“[En la primera citología] Pues no sabía que era lo que tocaba hacer...”. *Tatiana*

El contenido de la comunicación en la explicación del profesional de la salud, es descrito como significativo “bueno”, si es detallado, ajustado a características de cada mujer, por ejemplo: edad o paridad y si hace énfasis en argumentos científicos que justifiquen la práctica de la citología.

“...en ese momento el ginecólogo fue muy buena persona [...] viendo la edad que tenía, me explicaba, me decía esto, así y así, vamos a hacer esto [...] para mirar esto, esto y esto, o sea, me explicó [...] desde la forma [...] explicándole a una niña qué es lo que le van a hacer, porqué razón y para qué razón, y si no lo hacen [...] qué consecuencias tiene...” *Francy*

Es importante que en el relato de las participantes se identifiquen vacíos o errores, bien sea en la comprensión o en el contenido de la información, especialmente asociados a la indicación del procedimiento. Para algunas participantes lleva implícito contenido referente a la infidelidad de la pareja y como prueba para la detección de infecciones de transmisión sexual que afectan el cuello uterino.

“...ellos [los médicos] me dijeron que era un examen para prevenir el cáncer, [...] o muchas de las veces, que... si el esposo de uno no es fiel con uno y se las pasa con otras, que de pronto ahí puede prevenir las enfermedades [...] es bueno mandarse tomar esos exámenes [como la citología]...” *Sarita*

Las participantes tienen en cuenta el momento en que se informan sobre la citología, hacen hincapié en la necesidad de un conocimiento previo a la primera citología, que incluya puntualmente la forma en que se realiza el procedimiento.

Respecto a las indicaciones previas a la toma del examen señalan la necesidad de conocer la razón de las mismas, siendo su interés contribuir a la calidad de la muestra. Suspender las relaciones sexuales, acudir una vez ha cesado la menstruación y recomendaciones asociadas a la higiene en genitales son las indicaciones descritas, que señalan recibir en el momento de solicitar la cita. Se agrega la comodidad del vestuario como una práctica en función del tiempo de consulta y la limitación del espacio.

“...a veces, es molesto, que uno entra y no, [...] yo, por ejemplo, la primera vez, no sabía ni qué me iban a hacer, ni que me iban a poner, ni nada.... [...] no le dicen a uno: bueno le va a pasar a esto [en la citología] [...] Uno entra como perdido [Me han dicho algunas recomendaciones como] no bañarse con jabones, ni con geles, eso es lo único que le dicen a uno, pero nunca me han dicho para qué es, pero yo creo que es para tomar la muestra que le toman a uno, sin, por ejemplo, los jabones y eso, sin contaminar...” *Juliana*

Depilarse la zona genital, oler delicioso y limpiarse exhaustivamente la zona genital, son prácticas estéticas realizadas por las participantes antes de la citología, para aportar a su propia comodidad y prevenir infecciones, al cabo de las cuales la mujer está “preparada”, para la toma de la citología.

“...cuando yo voy a tomarme mi citología, yo me baño bien, me arreglo bien, oliendo rico, me depilo bien, bueno ya y digo ahora sí, vengo preparada para la citología Jajaja [...] Cosa que uno se sienta con agrado, de mandarse tomar ese examen sí, porque ese examen, es un examen que es beneficio para uno, para la salud de uno...” *Sarita*

2. Dimensión Vivencias

El relato de las vivencias de las mujeres posibilita aproximarse a las realidades de las participantes relacionadas con el procedimiento de la citología, en sus descripciones emergen detalles, percepciones, sensaciones y pensamientos que configuran el sentido de la citología.

Puntualmente, toman fuerza dos cuestiones trascendentales de la vivencia, la primera que se agrupa en el *sentir de la mujer*”, vinculada a la intimidad, el respeto por el cuerpo, la vergüenza y el miedo como emociones a partir de las que se vincula el procedimiento a la salud mental y en segundo lugar, *“el vivir”*, una aproximación vivencial, específicamente al momento del procedimiento, sobre el cual las mujeres reflexionan y cuestionan aunque consideran “normal”.

“El sentir”

En el relato del “Sentir de la mujer”, las emociones se encuentran referidas al cuerpo femenino, siendo el lugar donde surge el sentir vinculado a la intimidad o privacidad durante la vivencia del procedimiento.

La intimidad es interpretada desde las mujeres de diferentes formas, una de ellas como respeto por el cuerpo dada su exposición durante la citología.

“...no me parecería bien que entraran otras personas a observarlo a uno, porque se trata del cuerpo de uno, o sea como respeto...”. *Juliana*

Destacan la preservación de la intimidad al interior del consultorio a través de la utilización de dispositivos como biombo o cortina; cerrar la puerta “con seguro” es descrita como una acción para salvaguardar un espacio privado de relación con el personal de salud.

“Me refiero a que uno entra al consultorio y está solo [...] la enfermera jefe y la paciente, en éste caso pues yo cuando voy a tomarme la citología ¿no?, cierran su puerta o cierro la puerta del consultorio con seguro, entonces ahí no ingresa nadie más y entonces uno está solo con ella [...] por lo cual uno se tiene que desvestirse”
Marcela.

El contacto exclusivo con el profesional de la salud, es significativo en el momento preciso del procedimiento donde el cuerpo esté sujeto a la observación, es evidente la incomodidad que surge ante la presencia de otras personas y se considera una vulneración del derecho a la intimidad o privacidad de la persona.

“por el cuerpo de uno, sí no sé porque ellos [los profesionales de la salud] no piensan igual que uno, o sea, ellos piensan que como todos son, digamos, médicos, enfermeras, tienen el derecho a entrar o observarlo a uno, ¿sí?, entonces, eso a mí no me parece bien, porque está uno ahí, es el cuerpo de uno el que está ahí.”

Juliana

Es importante la explicación del profesional, las participantes describen que afectan su bienestar cuando son ofrecidas de manera estándar sin tener en cuenta la relación con la persona, situación que se subsana con la explicación detallada del procedimiento, inclusive de las posibles sensaciones corporales. Expresan que es necesario que el profesional pregunte por lo que siente la mujer durante el procedimiento y aumente de esa forma su confort.

“es importante que a usted le expliquen por lo menos qué le van a hacer, ¡bueno!, yo le voy a colocar esto, [...] esto es tal cosa, se lo voy a poner aquí [...] en la vagina, le voy a hacer esto y con esto le voy a tomar [...] la muestra [...] de todas maneras se va a sentir un poco incómoda [...] entonces que le digan, no tranquila ya, ya terminamos, ya no hay ningún problema”. *Francy*

En otros apartados, el sentir se manifiesta a través de la vergüenza o pena con respecto a mostrar "las partes íntimas", más aún al considerarlo una persona extraña, diferente a la pareja sexual o a ella misma y en ocasiones de sexo masculino, motivos por los que las mujeres renunciarían o pospondrían la citología.

“[Yo pienso que] le dice [la enfermera a uno] entonces: ¿por qué usted no se va a tomar la citología?, si es algo que es para el bienestar de uno, o sea ¿qué tiene que esconder?, [yo digo que] es como temor de dejarse ver en el procedimiento, eso es vergonzoso, eso es feo que lo vean a uno [...] Pues ir a mostrarle las partes íntimas a alguien que no conoce, ir a profundidad, eso es algo vergonzoso”. *Tatiana*

La vivencia repetida del procedimiento, es un elemento clave para adaptarse al examen y minimiza progresivamente la vergüenza que produce mostrar los genitales, como

resultado, el “sentir” de la mujer cambia favorablemente hasta “normalizar” la exposición de la zona genital en el tamizaje citológico.

“...siempre las citologías son incómodas porque a uno le da vergüenza ir a mostrar sus partes íntimas a otra persona, pero normal, aunque a uno ya con el paso del tiempo ya le da como lo mismo. Ya no le da tanta pena como antes [...] como ya he ido tanto a tomármela, ya hace 6 años. Las primeras veces si me daba mucha pena [...] tomármela, de ir a abrir las piernas, de ir allá, a que le miren todo, eso sí le da a uno pena.”. *Tatiana*

Se alude a la ansiedad, asociada al dolor físico en el momento de la toma del examen o a las evidencias de sangrado. La intensidad de estos síntomas y el manejo y la actitud del profesional frente a los mismos son factores que inciden en la adherencia al procedimiento. Es evidente que para las participantes la importancia que otorga el profesional a su bienestar y confort son factores que inciden en su salud mental

“[Recuerdo una citología] ese día si fue aparte de incómodo, doloroso [...] cuando metieron el espéculo, [...] no sé si fue brusca al momento de hacer eso y sí, en ese momento sentí bastante dolor, a pesar de que yo relajé el cuerpo y todo, [...]”.

Johana

Se describe un ciclo en el que el miedo retroalimenta progresivamente las sensaciones corporales calificadas como desagradables durante la toma de la primera citología. Es decir, refieren que esta experiencia marca la pauta en la adherencia.

“...a veces, la primera [citología] es la que le mata a usted todo, usted tuvo confianza en la primera, segunda, sigue haciendo la citas, sigue haciéndolas, así sea tarde de la fecha, usted la hacía normalmente, o sea, anualmente, [...] pero sí, la primera, segunda experiencias fueron así... terribles, [...] le empieza a coger miedo y... [...] ¿a qué voy, si... si me van [...] a molestar?”. *Francy*

Los antecedentes familiares o la presencia de factores de riesgo frente asociados a la enfermedad del cáncer uterino, desde la voz de las participantes son factores a partir de los

que se activa el miedo y la ansiedad, la mujer declara sentir miedo a la muerte o a resultados distintos a los ya conocidos. Lo anterior sugiere la importancia de articular elementos relacionados con la salud mental de las mujeres.

“en ese momento [del procedimiento] sentí como escalofrío, [...] como dolor, [...] sentí como miedo, [...] porque pensé que algo malo podía tener, sí, entonces yo le dije a la jefe: ¿jefe cómo estoy?” *Sarita*

“El vivir”

A continuación, en la dimensión de las vivencias, se incluyen descripciones que involucran a los distintos actores del sistema de salud en el desarrollo del examen, por un lado, se encuentra la mujer, del otro las instituciones de salud y los profesionales en ellas. Se describe la forma en que las mujeres viven el proceso de la citología, antes, durante y después de acuerdo al protocolo establecido para su realización y las características propias del servicio de salud donde acuden.

Antes del procedimiento

El momento que antecede a la realización del procedimiento, se orientará a partir de la voz de las mujeres desde dos perspectivas distintas: una de ellas las concepciones de algunos aspectos que constituyen indicaciones en el protocolo, además, la información de las prácticas que la mujer lleva a cabo para entrar al consultorio a la realización de la citología, entre ellos, premisas a cerca de la solicitud de la cita, cuidados para la realización y el consentimiento informado. La segunda visión aporta aspectos de las instituciones y los profesionales de la salud, según el protocolo vigente.

Según las indicaciones del protocolo de atención, descrito en el marco teórico, en ocasiones por decisión de las participantes, se amplía el plazo para la toma; las razones obedecen al tiempo dedicado a actividades propias del rol femenino como el cuidado de otras personas, ocupaciones laborales y otras involuntarias que son parte del funcionamiento biológico del cuerpo (menstruación). Extender el plazo, no significa para ellas un incumplimiento en la

toma, más bien un compromiso pendiente con el cuidado de su salud, sin perjuicios a éste.

“cuando me toca a mí la citología, [...] a veces se me cruza con el tema de las citas de mis papás, entonces me toca posponerla unos días, a mí la citología o a veces trato de cuadrarla que me quede como a los mismos tiempos y horarios de las citas de ellos, pero, igual mi citología es cada año...” *Marcela*

En los relatos de las vivencias, se resalta la importancia de organizar el tiempo para asistir a la consulta citológica, sobre la salvedad de establecer como prioridad los quehaceres del hogar y las responsabilidades con la familia.

Las mujeres conocen su responsabilidad con la toma de la citología, pero la decisión para solicitar la cita es asociada a la indicación del profesional o del sistema de salud, a partir de herramientas informáticas que alertan sobre la realización. Para las participantes es importante que el profesional utilice estrategias para concientizar sobre la toma, no únicamente recordarla como parte de una indicación o protocolo o cuando se solicita cualquier tipo de cita medica

“...estimulación de parte del personal no hay, sino que digamos uno ya aparecía allá en pantalla como que tienen eso ya programado y que cuando usted se le cumple la fecha de su próxima citología le recuerdan a uno, el próximo mes ya tiene que tomarse la citología, pero que lo motiven a uno, dada la importancia, [...] mire que esto es un bienestar para usted, [...] que lo concientice a uno de lo que en sí es la citología, no”. *Tatiana*

Si bien es cierto, las participantes firman el consentimiento informado de forma voluntaria, por factores como el tiempo de consulta o el temor a preguntar, las mujeres dan su autorización aun desconociendo el documento, sumado a esto, las participantes señalan que el propósito del documento es favorecer a los profesionales de la salud frente a un procedimiento que puede lastimarlas.

“no lo he leído bien, [...] no, porque es una hoja así como tamaño oficio que le ponen a usted a firmar [...] en letra pequeña y no, no se pone usted a leer todo [...] eso es solamente, hágame el favor fírmeme aquí, [yo pregunto]¿para qué es esto?, [la enfermera responde] esto es para dar autorización de que [...] se le iba a practicar a usted la citología, entonces, con su permiso se le practicó..., [...] leer exactamente nunca porque... con qué tiempo dice uno, sentarse uno a leer son cinco, diez minutos, entonces la siguiente [paciente]...” *Francy*

Prácticas tradicionales posteriores a la realización de la citología, como "bañarse con agua de caléndula" y "baños vaginales", son recomendaciones que según las participantes aportan al confort tanto de ella misma como de la enfermera.

Durante el procedimiento

Adicionalmente a los aspectos relacionados con la preservación de la privacidad y la intimidad durante la realización del examen las participantes refieren que en razón a la vivencia repetida de la citología, el procedimiento adopta la forma de un proceso mecánico que las mujeres denominan como “normal” o “una costumbre”, aunque varíe el orden o se modifiquen algunas condiciones del contexto puede ser diferente, más no negativo.

“...ya estaba acostumbrada a llegar y que le hicieran a uno eso [...] como voy cada año [a la citología], entonces ya uno como que se acostumbra al procedimiento y ya sabe más o menos las cosas que le van a decir [...] me parece tan normal ese tema”.

Abby

Respecto a las instituciones y los profesionales de la salud, se resalta que la rigurosidad de la limpieza en el consultorio es una forma de reciprocidad en la atención, se valora positivamente tener disponible una bata particular para cada mujer, una sábana limpia y demás implementos personalizados, en palabras de las participantes favorecen una atención de “calidad” y comfortable.

“así, como, como uno va [...] dispuesto [con normas de higiene], pues que ellos le brindaran a uno, esa misma calidad [...], porque a mi [...] me parece incómodo que [...] apenas uno entre se esté parando otra persona de la camilla, así no más, o sea, con una simple bata y con la misma sábana y a veces, hasta manchada, sucia, eso me parece por ejemplo un riesgo de infección.” *Juliana*

Las participantes se describen que los 20 minutos que están destinados para la consulta, son de exclusividad para ellas, su intimidad y comodidad, cuando el profesional da prioridad a otros aspectos administrativos de la institución, las mujeres perciben que se relega su presencia en la consulta.

“a veces se siente mal porque le dicen [los profesionales]: bueno acueste ahí, abra las piernas y bájese y... y ya están llamando a la otra persona... o sea, como que olvidan que uno toma eso como... que un segundo, una persona que necesita también como su espacio, como su... tiempo [...] o comodidad...” *Juliana*

Después del procedimiento

Después de realizado el procedimiento, habitualmente las participantes reclaman sus resultados, pues tener el documento en sus manos les brinda seguridad con respecto a la ausencia de enfermedad. Aunque, reclamar los resultados, al igual que solicitar la cita se aplazan en razón a quehaceres del hogar y con la familia.

“mañana voy, mañana ya se le presenta algún otro inconveniente, alguna otra cosa, o si no, si no tiene ya nada que hacer pues, [...] tiene el espacio suficiente para poder ir” *Francy*

En los casos en que no se entregan los resultados personalmente a la mujer, se realiza directamente en la consulta médica, lo cual tiene dos significados para las participantes: uno de ellos se aprecia como ventaja para simplificar el acceso a los resultados, sin embargo, solicitar una cita únicamente para conocer los hallazgos, se entiende como una barrera para acceder a los resultados y genera en la mujer una falsa creencia en la que

delega al personal de salud, el conocer y gestionar las acciones si los resultados de la citología lo requieren. En general, los siguientes son factores que afectan el acceso a los resultados y el seguimiento por el profesional: el dinero, el lugar de entrega, el tiempo disponible de la mujer para reclamar los resultados y las normas institucionales.

“yo la iba a reclamar [los resultados], pero entonces al ir a otra cita el médico le [...] dice a uno [...] la citología le salió bien, no hay ningún problema; yo si (risa) no reclamo los resultados, sino que simplemente, ya en la siguiente cita [...] el mismo médico le comunica a uno” *Francy*

Se identifica que no siempre se da cumplimiento a las recomendaciones asociadas a los resultados bien sea por demoras en los tiempos de recogida de los resultados o por la indicación previa que considera que el reporte de ausencia de cambios celulares malignos, implica que no es necesaria ningún tipo de tratamiento o actividad de cuidado inclusive, algunas participantes no consideran otros hallazgos relacionados con “inflamación o flujo”, conducta que puede estar asociada con la forma verbal y relacional en la que el personal hace entrega de los resultados

“...yo voy y reclamo [los resultados] y ahí me entregan la hoja, me dicen: vea ésta es lo que hay que pasar al médico y a veces sí pasó, a veces no jajaja, ya le digo porqué: yo preguntó primero, porque como a veces se la leen a uno, [...] bueno pregunta uno y ¿cómo salió?, [...] [le dicen a uno] salió bien, solamente con inflamación o flujo, [...] en las que salen mal le dicen a uno le toca que la pase al médico porque usted le salió ta, ta, ta, tal cosa en el examen...” *Sarita*

Finalmente, se hace referencia que durante la lectura de los resultados se refuerzan mensajes preventivos frente al riesgo de cáncer cervico-uterino, inclusive, cuando los resultados no muestran malignidades o sospechas de cambios en el cuello uterino. La principal información que promociona el profesional de salud es el cuidado a través del uso del condón para evitar infecciones.

“...el doctor la última vez que fui él me dijo [...] que eso era bueno utilizar el preservativo porque [...] por medio de eso, no llegaban los virus, o sea,

enfermedades o algo, infecciones, porque eso le hacía prevenir, o sea cuidar...”
Sarita

III. CATEGORÍA REFLEXIONES

El análisis que las mujeres realizan de sus experiencias en el proceso de la entrevista, posibilita reflexiones acerca de las expectativas y sugerencias relacionadas con el examen; también contienen un apartado especialmente rico de creencias propias del contexto Boyacense.

La información se presenta en dos grandes grupos: expectativas - sugerencias y creencias.

Dimensión Expectativas - Sugerencias

Las participantes expresan sus expectativas frente a la participación y el acompañamiento del hombre en la consulta, con lo que se hace evidente la importancia de esta actividad de cuidado. El acercamiento de él a los temas de la sexualidad y la reproducción por medio de la citología le da la oportunidad de educarse y prevenir, lo que en términos de la mujer aporta seguridad para su salud y la del hombre. Es un derecho de las mujeres la decisión de permitir la presencia de la pareja durante el procedimiento, se sugiere la presencia del hombre fuera del consultorio.

“No, no, no al consultorio entro yo solita, netamente [...] No [me gustaría que entrara mi esposo conmigo] [...] De hecho solamente cuando se lo explico y eso hace la cara diferente, entonces ¡imagínese usted viendo allá personal eso!, entonces como que no debe ser muy agradable [...] para él ¿no?. Entonces no, prefiero que se quede fuera cuando a veces puede ir conmigo”. Marcela

Asistir en pareja a la citología, no solo es válido como medio de información de los temas de la salud sexual y reproductiva, sino también es una forma de expresar apoyo e interés en

la mujer, a la vez es un ejemplo del compromiso conjunto con la salud y de igual manera con otras labores del hogar.

“...de todas maneras ellos, pocos, pocos, pocos están enterados de qué son y para qué se hacen esas citologías [...] porque sí, tanto uno como ellos, somos responsables [...] ellos pueden tener alguna bacteria, que alguna cosa y... eso mismo se transmite por relaciones ya no queda [...] la culpa de uno solo, si no ya es de los dos, tanto por no tener precauciones al tener relaciones con su pareja o ya es tenerlas por fuera”.

Francy

La segunda expectativa de la mujer es recibir más que información, las participantes desean encontrar una motivación al interior del consultorio, con el objetivo de sensibilizarse sobre los beneficios de la toma y el bienestar en general. Fuera del consultorio, la mujer considera necesario que las campañas en pro de la citología se realicen a través de estrategias de con difusión masiva de la información.

“...medios de comunicación, digamos visual, no aquí no, en Sogamoso no estimulan eso... solamente se estimula digamos cuando uno va al centro de salud, digamos y ahí hay un afiche, ahí se informa sobre la citología, pero digamos no se toman el tiempo, digamos de hacer una campaña, de una brigada de información, vamos a ir al parque de la Villa, o de ir a los colegios, entonces, esa estimulación va por parte de las entidades, de las instituciones de salud” *Tatiana*

Un tercer grupo de expectativas se encuentra referido a la relación con el profesional. Respecto a la entrega de resultados se expresa la expectativa asociada a la confidencialidad con la que el profesional hace entrega de los mismos, deriva de la garantía a la que éste conserve con rigurosidad, entonces, las participantes recomiendan la entrega particular y discreta de cualquier información producto de la realización de la citología.

“...debería ser dentro del consultorio porque es incómodo que le pregunten o le digan a uno frente a los demás, eso es solo para uno, porque usted puede estar más tranquila que le digan su resultado, que si le salió una pequeña bacteria solo sepa usted, [...] y los demás no deben saber que usted está enfermo, o que tiene alguna infección,

porque por ese simple hecho lo excluyen porque saben que usted está enferma, entonces eso a usted lo hace sentir mal, ya no nada se le queda para confiar”. *Francy*

Al tiempo de la consulta citológica se le atribuye gran valor, se aprecia como corto o suficiente en función del espacio para realizar preguntas de temas diferentes a la citología, algunos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva; lo que sugiere al profesional optimizar el tiempo y dar cabida a su orientación “sin afanes”, ya que éstas son actitudes favorables de parte del profesional que pueden constituir un punto de partida para canalizar a la mujer hacia otro servicio.

“...yo creo que muy corto [el tiempo de la consulta], o sea ellas, [...] a veces no permiten que uno [...] se siente y digamos converse con ellas de algunas dudas que uno tiene”. *Juliana*

El uso y el propósito de la bata y otros implementos de protección para el momento del procedimiento, cobra importancia y las sugerencias van encaminadas a aspectos como: que sea un real distintivo de la atención personalizada en la citología, se cumpla su función de proteger la intimidad de la paciente, ofrezca confort y sea de uso personal. Sugieren tener mayor precaución con la protección entre la camilla y su cuerpo, frente al contacto con secreciones de otras pacientes.

“con que le cubriera a uno las piernas, por ejemplo, pues digamos sí, pero, [...] además es una bata que utilizan todas las personas que entran [...] Pero yo no sé qué cubre porque..., porque digamos una se la pone, [...] uno se sube a la camilla e igual le suben la bata.”. *Juliana*

Dimensión Cultura

Las creencias, como expresión de la cultura, son una anticipación a la experiencia propia y al conocimiento, que influyen en las prácticas de cuidado de la salud, entre ellas la citología. Las creencias no abordan el “detalle” del examen y pocas veces corresponden a la realidad de la vivencia de las participantes o a la información científica, por lo que

ellas sugieren, entre líneas, que al realizar el examen se debe contar con información acertada.

“De pronto porque uno lo toma como más íntimo, [...] y no lo divulga a los demás, por lo general usted que tenga gripa, uy no es que no hallo como quitármela, por comentar así, todos ya saben que usted tiene gripa, entonces [la citología] uno lo toma más personal más íntimo y no lo divulga en otro lado, o si uno en familia dice tengo la citología y nada más... ya que ahí a que sepan el resultado, no...”. *Francy*

Las creencias se transmiten generacionalmente, en todas las ocasiones de madre a hija se socializan características de la citología que repercuten en la adherencia a ésta, ejemplo de ello es la concepción de no realizarla si se tiene una única pareja sexual o no se tiene.

“Pues lo que es mi mamá no [se toma la citología], digamos, la otra vez estuvo enfermita y se la tomaron, pero no, ella es muy enchapada a la antigua, ella dice que ella no necesita ver eso, que ella es separada, no tiene relaciones sexuales, que entonces para que se toma eso. Mis hermanas mayores también andan en las mismas, que únicamente están [tienen relaciones sexuales], con sus maridos, entonces ellos lo ven más a la parte sexual a que da por otra causa, que no tengan infección, solo por eso. Entonces muy poco se la toman. Mi mamá si hace rato que no se la toma”.

Tatiana

De los genitales

Cubrir el cuerpo es característica de la privacidad e intimidad de la mujer Boyacense, su significado radica en el concepto de respeto por la desnudez del cuerpo, elaborado desde la niñez de las participantes, el momento de la citología en el que se expone visualmente el cuerpo femenino, es el más representativo de los temores y la “vergüenza” en las narraciones y se identifica como una de las causas de la poca adherencia entre las mujeres de la región.

“...a veces dicen [otras personas]: ¡hay! yo no me la tomo, a veces escucha uno: ¡hay no!, eso es feo ir uno allá y abrir las piernas pa´ que le estén mirando a uno todo [...] no va porque no la miren o porque no le gusta” Marcela

En el lenguaje de las mujeres, se identifica que algunas de ellas no nombran los órganos genitales por su nombre, se describen como "partes íntimas" o “mostrarse”, expresiones que dan cuenta que el cuerpo y sobre todo los genitales son motivo de vergüenza entre las Boyacenses y a su vez, de los motivos para evitar asistir a la citología; practica sobre la que se han presentado cambios en algunas de ellas.

“Cuando yo era más joven, sí, sí, me daba más pena [nombrar las partes del cuerpo por su nombre], pues ahora no, sino que, no sé qué es, como la costumbre, que me acostumbré así, pero normalmente casi siempre digo el nombre: la vagina, el pene, jiii”. Juliana

En la idiosincrasia de la mujer Boyacense prevalecen aprendizajes relacionados con salvaguardar la intimidad del cuerpo para un único hombre, la pareja o esposo; de manera que una persona diferente a la que conoce los órganos genitales, causa incomodidad durante la toma de la citología. Se prefiere la atención femenina pues hay mayor "afinidad" o similitud en cuanto a los órganos genitales y las experiencias, lo cual permite confianza y comodidad; contrariamente, con el personal de salud masculino que se identifica como "diferente". Pese a las distinciones mencionadas, no dudan de la ética del profesional hombre con respecto a su quehacer y el respeto de cualquiera de ellos, sea hombre o mujer por el cuerpo femenino.

“...uno con otra mujer dice yo tengo esto, esto es como más confianza, ya a uno no le da pena, no le da pena hablar de sus partes íntimas, porque pienso que ella puede pasar por lo mismo, en cambio con un hombre es diferente”. *Tatiana*

Este pensamiento no genera rechazo de las participantes hacia el profesional hombre, pero sí una dificultad en la aceptación de éste para el examen y poca confianza o cercanía.

“...uno no está acostumbrado, [...] uno esté acostumbrado solamente a mostrar sus partes íntimas solamente al esposo, sí o a una sola persona, pero que uno ir y mostrársela allá a otra persona, pues uno se siente mal...” *Sarita*

Con respecto a las mujeres en la ruralidad

La población Boyacense fuerte arraigo rural, por supuesto tradiciones y creencias que se transmiten y permean el estilo de vida de personas en éste tiempo, inclusive en las que actualmente no habitan la zona mencionada. Las participantes relacionan a la mujer rural con escaso autocuidado y así mismo poca disponibilidad de personal de salud para la realización de la citología.

“la gente que vive en el campo, que vive retirada, que vive en sus veredas, tiene una manera de pensar y un concepto diferente de las cosas, entonces, aún en la ciudad también hay gente que es así, es muy quisquillosa con ese tema y no va porque no la miren o porque no le gusta, cuando introducen de pronto el espéculo”

Marcela

Al hacer referencia a la mujer adulta mayor en los relatos, las participantes señalan dos aspectos en las creencias que describen razones de la poca adherencia a la citología: el significado de autocuidado asociado a actividades distintas a la citología, sobre todo en las que residen en el área rural y el desconocimiento de la indicación en ese momento del ciclo vital o en ausencia de pareja.

Asociación entre citología y otros problemas reproductivos

La citología cobra significado para las participantes como una actividad de cuidado limitada al aparato reproductor femenino; pero que a la vez puede dar cuenta de la totalidad de situaciones que a este conciernen, es decir, no es clara la especificidad del tamizaje, por lo que no realizar la citología se asocia a daños físicos en órganos como la “matriz” o el útero.

“ella [mi hermana] no se tomaba la citología, entonces, [a] ellas tuvieron que hacerle la histerectomía porque le [...] creció un mioma bastante grande que le absorbió el útero, entonces, cuando ella le dio esta vaina fue cosa seria, o sea se vio bien, bien mal,” *Marcela*

Otro factor cultural que juega un papel importante en la adherencia a la citología es la baja filiación con el sistema de salud en actividades de promoción y prevención al interior del sistema de salud, se acude al médico o al tamizaje ante la presencia de síntomas y aunque no es motivo del presente estudio se identifican múltiples prácticas culturales de cuidado.

“Si usted no se siente enferma para que va al médico, para que va... para que solamente la mire ese viejo y le diga usted no tiene nada esos no son síntomas de consulta, con esas razones que le da el medico uno dice yo no estoy enfermo para que voy... a que voy...” *Francy*

Cuando las mujeres reflexionan sobre sus vivencias, se identifica un temor generalizado a las enfermedades y procesos cancerosos que pueden ser identificados en la citología. En las descripciones, las mujeres nombran recurrentemente la “matriz” término equivalente al útero, como el principal órgano afectado, que además guarda relación con la maternidad, rol sobre el que se soporta el significado del “ser mujer”.

IV. CATEGORÍA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

La actual categoría es emergente, lo cual indica que se configura sin correspondencia alguna con los objetivos planeados desde el inicio de la investigación, no obstante, se interrelaciona con las tres categorías anteriores ya que los temas de la atención del personal de salud son implícitos al proceso de la citología, sobre todo en las dos categorías que la anteceden. Se delimita de acuerdo a tres dimensiones: la confidencialidad, la comunicación empática y el lenguaje.

Dimensión Confidencialidad

La confidencialidad es comprendida por las participantes como el trato reservado de la información que surge de la consulta de cara a otras personas. La confidencialidad significa respeto hacia ellas y su privacidad, se aplica en todo momento durante el proceso de la citología, inclusive posterior a ésta, en la entrega de los resultados. Para darle cumplimiento a los requisitos de confidencialidad, los resultados se entregan en un sobre sellado o una hoja doblada, de forma personalizada.

“[Los resultados] se los entregan... la sola hoja doblada cerrada, doblada en tres y listo y le dice a usted aquí están sus resultados y la jefe le dice: ¡ah!, están bien, puede estar tranquila o tiene tal cosa y le indica que tiene que sacar la cita [...] o venga con el médico que el médico le da atención en lo que necesite” *Francy*

La confidencialidad intrínsecamente tiene el significado de comodidad en la consulta, ya que lo que se hace público de la citología genera rechazo de parte de las participantes, ellas de manera enfática sugieren tratar los aspectos que derivan de la consulta en interacción exclusiva con el profesional, para evitar la discriminación por cuenta de creencias culturales y estereotipadas de la enfermedad. El tema trasciende el concepto de confidencialidad y lo ubica en el plano de los derechos a causa de orientaciones que se consideran según las participantes un juzgamiento social.

“¡Pues que el resto de las personas no se enteren!, o sea, si uno va a consulta, es a consulta, [...] bueno, si le quieren decir algo a uno díganse ahí en la consulta, hágale el reclamo en la consulta, pero no afuera, [...] de todas maneras uno tiene derecho a [...] que no lo juzguen...”. *Catalina*

Dimensión Comunicación Empática

El significado de la comunicación no abarca los elementos propios de la misma, entre ellos el mensaje, el emisor, el canal, el receptor, más que las características de un proceso comunicativo en el contexto de la atención que brinda el profesional de

enfermería en la citología. En éste sentido, la comunicación expresa la dinámica de la interacción entre el profesional y las mujeres, con variadas características que hacen de esa interacción una comunicación empática, lo cual constituye un acercamiento a las necesidades en materia de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Inicialmente se destaca una relación entre el profesional y la mujer en dos sentidos: entre personas que comparten la condición de seres humanos y, además, que tienen igual género. Si el profesional de la salud cuenta con las condiciones mencionadas, brindará atención con “delicadeza”, “respeto” y con “calidad humana”. En la consulta se tiene en cuenta una comunicación empática en la que se reconoce en la mujer consultante los calificativos de delicada y humana, tradicionalmente atribuidos al género femenino.

“...uno es un ser humano y siente y uno espera que lo traten con esa delicadeza y más una mujer que [...] como que uno espera que lo entienda más a uno”. Juliana
“La atención allá es muy, muy, muy excelente, en la calidad humana, el respeto para cada una de sus cosas, todo, es muy excelente...”. *Abby*

En la comunicación se contemplan expresiones verbales como “de buena manera”, el significado corresponde a una característica de la actitud de algunos profesionales de la salud, que se traduce en un trato amable, importante pauta para valorar la atención en términos positivos durante la explicación del procedimiento o la toma de la muestra; ésta propiedad de la comunicación se concibe como un derecho, pero también como un deber de la mujer en beneficio propio. De no existir la amabilidad en la consulta, se encuentra la dureza, vocablo que expresa una atención poco cordial y de tintes negativos y una de las causas para decidir “volver” a realizar el tamizaje o no.

“...Una cosa es que a usted le expliquen y otra cosa es que a usted le están haciendo, porque el que le está explicando a usted le explica de buena manera, mire es así y así, de pronto se siente incómoda así y esto, pero otra cosa es en el momento en que se la está haciendo y la persona que la está haciendo, porque es que no todas, no todas lo hacen de buena manera...”. *Francy*

“cuando empecé en las citologías era una señora pues ya mayor de edad y ella era pues un poco [...] dura con uno, ahorita sí le toca con una sola doctora, y ella es amable y ella pues lo atiende a uno pues, bien” *Catalina*

De parte del profesional también se espera “disposición”, entendida como ese rasgo que permite dedicar tiempo de la consulta puntualmente al diálogo informativo o para responder preguntas. La falta de cordialidad y ausencia de diálogo, en la cultura Boyacense adjudica al profesional la imagen de enfermeras “malgeniaditas”. Según lo dicho, la disposición al diálogo es un elemento importante para dar valor a la presencia de la mujer en la consulta y el fomento de la adherencia al servicio para la toma de la citología.

“...es que hay muchachas como que no se dejan hablar, no sé, o es que son así o el carácter, no sé, pero pues uno como que se siente mal, pero cómo con mala actitud [...] Sí claro, [responden ellas] pero hay veces me atienden bien, y a veces se ponen como malgeniaditas, a veces le dicen a uno sí claro y son atentas pero hay veces como que no...” *Sarita*

En múltiples ocasiones las participantes viven experiencias en las que se consideran objetos de la consulta, cuya explicación se halla en tres argumentos: el primero es un sentir corporal en el que existe pobre identidad de género de parte del profesional de la salud con respecto a la mujer; el segundo describe una “dureza” o brusquedad en torno a las acciones que hacen daño durante el procedimiento; el tercer argumento es la unión de las anteriores características, lo que se denomina trato humano.

“...lo negativo es eso, que lo atiendan a uno de una manera brusca [...] ...como que lo lastiman a uno, no le hacen el examen con cuidado sino, o sea, de una, como si uno fuera un objeto, o sea no [...] se toman el tiempo para [realizarlo] con delicadeza...” *Juliana*

Un procedimiento como la toma de la muestra, al cual se le atribuye la propiedad de ser mecánico, además, del cual se percibe malestar por la brusquedad de los movimientos

del profesional y otras sensaciones corporales según las participantes; se subsanan con la interacción entre el profesional y las mujeres, en donde exista la suavidad, es decir, un trato cuyo propósito sea el de procurar sensaciones de comodidad o incomodidad imperceptibles.

“Ella [la enfermera] [...] con suavidad lo puso [el espéculo] [...] y entonces dijo: [...] ahorita se va a sentir un poquito incómoda [...] porque solamente voy a tomar ya la muestra y ella tomó la muestra y pues sí, se sintió [...] un poco incómodo [...] otra cosa que solamente, [...] mete y saque y listo [...] ella después preguntó, [...] ¿cómo se sintió?, ¿estuvo incómoda?, [...] [yo dije:] no, un poco mientras tomaba la muestra, dijo: ¡ah!, sí, eso es normal, tranquila que eso no hay ningún inconveniente; pasa después de tal fecha, recoge [...] el resultado...” *Francy*

De otro lado, la confianza que genera el trato repetido con el mismo profesional de la salud es altamente estimada porque la enfermera es la única persona con la que encuentra una oportunidad de diálogo, resolución de dudas referentes a su estado de salud, igualmente, se facilita el conocimiento mutuo y de la historia clínica de la paciente. Pese a la rotación de los profesionales en los servicios, la confianza se establece, si el personal de enfermería desde el primer momento tiene una actitud cordial. Todas las ventajas descritas a partir de la confianza, constituyen una pauta importante para comprender y de manera positiva excusar momentos en los que se tiene poca interacción directa con la participante en la consulta porque media en ésta la necesidad de registrar los datos de la consulta en aparatos electrónicos como el computador.

“...es diferente porque uno no se siente igual, por ejemplo, uno dice: ya la doctora ya sabe, pues la historia clínica ya sabe de uno, pero igualmente debe estar en el computador ¿no?, pero ya uno se siente como más de confianza, con una sola doctora” *Catalina*

Dimensión Lenguaje

Un lenguaje con palabras groseras, que lastiman y reprochan o indican juicios de valor, sumado a una actitud poco amable, es lo que las participantes denominan un lenguaje con “brusquedad” o “dureza”, éstas características no facilitan que la paciente y el profesional formen un “vínculo” y la comprensión de ellos hacia las mujeres, en favor de la adherencia a la citología.

“usted no forma el mismo vínculo con la persona que le habla bien, que le habla las cosas sin brusquedad, a la persona que es brusca desde el inicio, ¿Cierto que no?”.

Marcela

Llegado el momento de la experiencia del procedimiento, se establece comunicación no verbal entre el profesional y la paciente. Una comunicación de parte del profesional en donde no se emiten sonidos o se gesticula con desagrado, no tiene valor o significado para algunas participantes, para otras es señal de respeto por las características propias del cuerpo femenino. Ésta forma de lenguaje se puede apreciar como una vivencia positiva del sentir de las mujeres, quienes enfocan sus esfuerzos en el desempeño de su rol para colaborar con el cumplimiento del protocolo. También puede corresponder al desarrollo de actividades que ocupan la totalidad de la atención del profesional en pro de evitar lastimar a las mujeres y no generar incomodidad en ellas.

“No [el profesional no me mira durante el procedimiento], [...] el profesional está dedicado a lo que esta, él está pendiente de que el espéculo, [...] de que de pronto [...] no lo vaya a lastimar a uno”. *Marcela*

En particular, una de las participantes rescata la posibilidad de observar a los profesionales en su quehacer durante el procedimiento, sin embargo, la bata limita la visibilidad, de lo cual se infiere que la forma en que se coloca o en sí mismo éste elemento, puede ser una barrera en la comunicación con el profesional de la salud.

“[Las enfermeras no lo miran a uno a la cara porque]...en el momento que están haciendo eso, [...] ellas se dedican 100% a su trabajo y ellas saben que es algo incómodo para uno, pues ellas se sientan normal y con la bata no se les alcanza a ver la cara, tampoco”. *Tatiana*

SIGNIFICADOS DE LA CITOLOGÍA

Éste apartado es transversal a las cuatro categorías anteriores, condensa de manera general los significados que adquiere la citología para las participantes a partir de sus experiencias, dentro de los que se destaca el Bienestar como concepto que trasciende el de autocuidado, sin embargo, en los relatos se configura el cuidado que parece ser más relevante para las mujeres motivo y propósito de la citología. Los significados de la citología se encuentran en los relatos que se refieren a los motivantes, los propósitos y la importancia de realizar el examen citológico.

Así, tomarse la citología se convierte en una expresión del compromiso y la responsabilidad con el autocuidado, específicamente del cuerpo y en torno a la identificación de enfermedades. Cuando la mujer es consciente del autocuidado, la citología deja de ser una indicación para convertirse en una decisión que aporta al Bienestar.

“...es totalmente mi responsabilidad la citología [...] es mi responsabilidad cuidar mi cuerpo, es mi responsabilidad saber que estoy bien, es mi responsabilidad estar bien con mi cuerpo, mi salud, es mi salud, no es un juego, [...] de pronto el seguro que uno tiene le brinda esas oportunidades, ¿es responsabilidad de quién tomarlas?, mía [...]”. *Marcela*

Al considerar como hecho cultural la alta probabilidad de que el hombre tenga otras parejas sexuales y por lo tanto enfermedades de carácter sexual, la mujer encuentra un argumento para reafirmar su responsabilidad con el autocuidado. Dadas las posibilidades de transmisión de estas enfermedades y consecuentemente los cambios en el cuello uterino, las mujeres deciden asistir a la citología.

“[Me realizo la citología] porque como sabemos los hombres no son fieles, entonces no se puede uno confiar de ellos, que su pareja de pronto esté con alguien [...] y la responsable es uno, entonces pues uno mismo se tiene que cuidar...” *Tatiana*

El autocuidado a través de la vivencia de la citología se convierte en un reflejo del cuidado de otros, generalmente los hijos, ellos son el motor de la decisión de cuidado de la salud y el bienestar.

“...yo si me he cuidado en cosas de salud, [...] garantizando que [...] me encuentre bien, por mi hijo, porque mi hijo depende de mí, entonces debo cuidarme”. Tatiana
“mis hijos están pequeños y pues [que] no se trate esa enfermedad a tiempo, [significa] dejar mi hogar... y pues a pesar que estoy joven, pero igual mis chicos están chicos” *Johana*

Medios informativos como: plegables, televisión y las personas, transmiten a la población femenina la necesidad de realizar la citología, pero, resulta de mayor importancia el “estar bien” y “sentirse bien”, motivantes intrínsecos y determinantes en la toma de decisiones para el tamizaje citológico.

“[No me motivo a tomarme la CCU] por una información de televisión ni nada, sino como que eso va en uno mismo, no, si uno se quiere, o sea, si uno [...] pretende sentirse bien y sin ninguna enfermedad, pues uno [...] como que se motiva a ir, pero no por un, [...] un... comercial, o por un... papel que te entreguen, eso va como en uno mismo”. *Abby*

El significado preventivo de las infecciones y el cáncer, se comprende a través del propósito y la importancia que la mujer encuentra en la vivencia de la citología; tiene relación con los efectos negativos de no realizarlo, generalmente bajo la mirada del enfoque preventivo de la atención en salud centrado en la enfermedad, lo que predispone a realizar la citología con el objetivo de evitar el cáncer e infecciones.

“[El propósito de la citología es] saber que no tengo masas en mi cuello uterino... o sea, cancerígenas ni nada y evitar las infecciones, nada más” *Abby*

La asociación que la mujer establece entre la citología y las enfermedades del aparato reproductor por contigüidad con el cuello uterino, es la forma tradicional en que la mujer Boyacense asigna valor a la citología y se deduce el significado de salud sexual.

“para averiguar que no [...] tenga [...] ninguna enfermedad, [...] que haya contraído ninguna bacteria que le [...] vaya [...] a proceder [...] a alguna cosa mayor, infección o le vaya a ser una enfermedad al útero... es que prácticamente lo

que le entiendo que es la citología, [...] es, para [...] poder saber si puede seguir teniendo [...] una buena... vida sexual”. *Francy*

Finalmente, dentro de los múltiples significados de la citología, las participantes posicionan a la mujer - madre que se realiza el examen citológico en un lugar de relevancia dentro de la familia; el estatus se debe al rol que la mujer desarrolla al interior del hogar, cuyos limitantes son factores como la morbilidad o mortalidad por afectación de la salud sexual y reproductiva.

“yo me hago el examen, yo sé que estoy sana, mi esposo va a saber que yo estoy bien, mis hijos igual [...] yo creo que la madre es como, o sea, no discriminando al papa ni nada, pero la mamá como la persona que más está ahí para todo, entonces...” *Juliana*

DISCUSIÓN

El capítulo de discusión contrasta los principales resultados de la investigación sobre los significados de las experiencias de las mujeres participantes con la citología, a la luz de los resultados interpretados por otros autores nacionales y extranjeros y textos de importancia nacional para el tamizaje citológico. Las premisas generales expuestas aquí configuran los significados de diversas características sobre la adherencia a la citología, de manera que los resultados amplían el enfoque a las prácticas de los profesionales de la salud, la atención de salud y las instituciones de salud, con proyección a la población femenina sujeta a la toma de la citología.

Con respecto al contexto sociocultural, se identifica que, en las participantes, el significado de las experiencias relacionadas con la sexualidad está mediado por premisas culturales, tanto en habilidades comunicativas como en conocimientos que facilitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones autónomas e informadas, entre estas el desarrollo de acciones de prevención como la toma de la CCU. De igual forma, otras investigaciones (50) (51) concluyen, que los padres aprenden de sexualidad a partir de sus experiencias y desechan información importante sobre este tema por posturas arraigadas en las tradiciones y la religión, que de una parte prioriza el cuidado y la maternidad como valores de la mujer y de otro desconoce el derecho de la mujer, desde sus motivaciones e intereses, a decidir sobre su cuerpo. Éste tipo de aprendizajes dificultan la comunicación y diálogo de saberes con los hijos, por lo que las investigaciones hacen énfasis en la necesidad de programas en los que se reciba información y también se fortalezcan habilidades para la comunicación de los temas de sexualidad. Posibilitando así la toma de la citología en las próximas generaciones.

Se encuentra como relevante que el punto de entrada al conocimiento sobre la citología en la presente investigación sucede a partir de informantes que en su orden son: la institución de salud, la madre y el plantel educativo, esta situación se presenta porque el primer contacto con la citología cervicouterina ocurre durante el primer control prenatal y los controles de crecimiento y desarrollo de los hijos; en contraste la ENDS 2015 (52), señala como principales fuentes de información de la citología: la familia (30.8% en mujeres de 21 a 24 años), en el 5.8 de las mujeres la institución educativa, las instituciones de salud (40.1%) y los profesionales en medicina o enfermería (55.5%).

Son importantes los resultados anteriores para rescatar las dinámicas de comunicación de la sexualidad tejidas entre las instituciones de salud y los colegios (51), por lo que el trabajo conjunto de éstas con las familias y los adolescentes disminuyen la brecha entre los aspectos socioculturales y la información de base científica para la toma de decisiones autónomas, libres y responsables en las personas, sobre todo las que promueven la toma de la citología como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres.

Antes de la vivencia de la primera citología, las participantes se acercan al centro de salud para el control del embarazo o planificación familiar, éstos son medios para obtener información sobre el examen. Se identifica como una falla del sistema que no exista conocimiento previo pues esta carencia incide en la presencia de creencias que asocian la toma de la CCU a problemas de fertilidad (53). En las participantes de esta investigación la falta de información se expresa en concepciones erróneas tanto a nivel de utilidad de la prueba como en el alcance de la misma, que van desde considerarla una prueba diagnóstica en Infecciones de Transmisión Sexual, útil solo si se tiene pareja sexual, hasta un examen para evitar enfermedades en el útero.

Al respecto, la ENDS 2015 (52), arroja conocimientos del examen en el 98% de la población encuestada, es decir, que las mujeres conocen de la citología y el propósito principal, de forma contraria, en Cali-Colombia hallan un 17% de la población encuestada

con la misma información y solamente un 14% con información de la forma en que se realiza la citología (54). La disonancia de los datos numéricos entre una y otra fuente, disminuye al mencionar el contenido de la información, acerca del tema las participantes refieren la necesidad de contar con información sobre la citología, pero más provechoso el hecho de recibir una explicación detallada de la manera en que se realiza el procedimiento, inclusive si se efectúa en momentos previos a la consulta y se adapta a las características socioculturales de quienes consultan.

Como alternativa una investigación en Brasil visualiza en la educación colectiva un medio para obtener mejor conocimiento de la citología, empoderar a la mujer sobre sus derechos sexuales y reproductivos y prevenir de ésta manera el cáncer de cuello uterino en una apuesta por la “consciencia sanitaria” (55). Igual relevancia adquiere el fortalecimiento de las actividades de demanda inducida y optimización de espacios educativos puestos a disposición de la mujer en cada visita de ella a la institución de salud, pues como se mostró en los relatos de las participantes, el cuidado propio se relega por el de otros. Con éstas pautas, la promoción y educación del autocuidado en diversos momentos y lugares, posibilita el empoderamiento de la mujer y la familia de los temas que competen a su salud sexual y reproductiva femenina.

Según lo referido por las participantes los aprendizajes desde las primeras etapas de la vida de la mujer moldean y asignan funciones reproductivas al rol materno y refuerzan la identidad de la mujer participante en Sogamoso, asociada con la “entrega al otro” y aplazamiento de las metas personales. Hallazgos que coinciden con lo identificado en numerosos estudios en los que las mujeres hacen referencia al valor del cuidado de otros antes que el propio, pese al conocimiento de retraso en la toma de la citología y otras actividades de autocuidado (25), a expensas de la necesidad de cubrir las demandas de los demás (56), generalmente las responsabilidades con el cuidado de los hijos (57). De manera que la citología se aplaza por el tiempo invertido en ésta labor, lo cual se interpreta como una barrera instrumental (18), además de ser un determinante sociocultural entre el abandono del proceso de tamizaje y maternidad.

Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud 2015 (52), identificó razones para no realizarse la citología con mayor porcentaje las de tipo personal(92.4%), entre ellas el descuido y la falta de tiempo; éstos dos aspectos pueden relacionarse con los que mencionan las mujeres en la presente investigación y denominan el *deber ser* de la mujer en su rol de madre, cuya función destacada es ser cuidadora de otros, a la cual se suma las ocupaciones hogareñas y las laborales, motivos de postergación de la citología.

A partir de lo dicho, la presente investigación expone en el rol femenino tradicional las exigencias sociales y las disparidades de género e inequidades, las cuales se refuerzan a partir del papel ancestral del hombre en el departamento, quien brinda a la mujer apoyo, pero no en términos de equidad. Así, la concepción de *ser mujer* en el contexto Sogamoseño de Boyacá, no representa un problema para las participantes, pero sí un punto determinante desde la dimensión cultural que incide en la adherencia a la citología.

De otra parte, en el proceso vivencial del examen, las participantes describen el miedo desde la primera citología, hasta el acceso a los resultados, de manera que determina próximas experiencias. Otros estudiosos del tema catalogan el miedo como barrera asociada al dolor durante el examen (56) o fuente de malestar emocional con influencia negativa para la salud sexual (58), dando pie a actitudes de renuncia a siguientes citologías, a los resultados y exámenes derivados para la detección de alteraciones (53).

En contraposición las participantes recomiendan campañas y educación a cerca de la citología en las cuales el principal mensaje sea hacia el confort que aporta ser conocedoras del detalle del procedimiento y el énfasis en el autocuidado, conformando así herramientas para facilitar la disminución de las manifestaciones físicas asociadas al miedo durante la consulta, a fin de resignificar el enfoque del proceso educativo y comunicacional de los programas de atención dirigidos a la prevención del cáncer de cuello uterino. En éste sentido, los autores de un estudio en Bogotá (18), describen la misma necesidad de brindar

educación a las mujeres y realizar campañas como elementos facilitadores de la toma de la CCU, con la especificidad de adecuarlas a cada tipo de barrera, una de ellas el miedo, además de tener en cuenta la edad de la población a la que se dirigen las acciones motivantes de la citología.

Tanto el temor como la vergüenza son aspectos que pueden afectar el confort en el momento de la toma de la CCU y son descritas como elementos que impactan la salud mental de las mujeres; en algunas referencias éstas emociones son el resultado de exponer el cuerpo a los profesionales y la molestia con la posición del mismo en la camilla (58). Este sentir constituye una “barrera modificable” que se supera a través de múltiples momentos en los que se educa a la mujer sobre el tema (59) (60) y es uno de los desafíos para lograr la adherencia al procedimiento en las mujeres que asisten a la institución de salud.

El análisis permite evidenciar que la citología se lleva a cabo según la secuencia de acciones en el protocolo vigente, lo cual es ideal para el profesional de salud, pero desde las mujeres participantes es un proceso mecánico, gracias a las descripciones de normalización del procedimiento, en su orden: responder preguntas, desvestirse, colocarse la bata, acostarse, relajarse, vestirse y volver luego por los resultados. El proceso no se menciona en términos negativos o lesivos en la presente investigación, sin embargo, en otras referencias al cabo del mismo procedimiento la percepción de las mujeres es de instrumentalización, lo cual “provoca una sensación de gran vulnerabilidad que incluso puede recordar y asociarse con experiencias de maltrato y discriminación” de parte del profesional de la salud (53).

Con referencia a los resultados, son variados los factores que afectan la decisión de reclamarlos, entre ellos: la falta de tiempo para reclamar los resultados (34.78%) y el incumplimiento en la entrega (46.58%) (61), se agrega la falta de interés de las mujeres, como barreras que dificultan el seguimiento a los resultados (62), similares con los

descritos en las experiencias de las mujeres en Boyacá; se agrega la valoración positiva de ellas hacia la demanda inducida a los resultados, sin embargo, se identifica que la mujer delega en el personal de salud la responsabilidad de gestionar la entrega de información y da por hecho que si no se realiza desde el sistema, no se requiere atención. Ésta práctica puede generar una falla en el reconocimiento de la citología dentro de las acciones de cuidado de iniciativa de la mujer, al tiempo que se descartan otros hallazgos que son parte del reporte de la citología, no menos importantes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

De otra parte, las condiciones para preservar la intimidad de la mujer, no solo se relacionan con el ámbito de la corporalidad, sino que tienen que ver con el respeto por la persona presente en la consulta, al respecto, el interés del tema es valorado en términos del trato humanizado del profesional y la calidad de la atención en diferentes contextos como el de la toma de la citología (63), de lo contrario, mencionan los autores, el cuerpo del paciente se instrumentaliza a favor del logro de las metas terapéuticas del profesional.

Se menciona de parte de las participantes falta de valoración positiva de su cuerpo y zona genital, que al parecer difiere de las cuestiones estéticas, pero se acerca al pensamiento sociocultural de resguardo, ocultamiento y desconocimiento del propio cuerpo y de la sexualidad, motivo de evitación de la práctica citológica. Puntualmente el conocimiento del cuerpo en otras investigaciones tiene un efecto positivo sobre la autonomía para decidir la toma de la citología, de forma diferente se aprecia el examen cuando las mujeres no están apropiadas de su cuerpo y las sensaciones producto del procedimiento, en tales casos es un factor inhibitor del tamizaje (64). Tal resguardo del cuerpo como hecho cultural para la mujer Boyacense desemboca en una violación a su intimidad y pudor, desde el mismo momento en que el personal de salud desconoce el derecho que tiene la mujer sobre éstos dos aspectos (36).

Se rescata de las reflexiones emergentes de los relatos el acompañamiento del hombre, a quien se sugiere asistir a la consulta para facilitar un acercamiento a la información sobre sexualidad y reproducción a través de la citología que bien se puede complementar con la realización de campañas en las que se eduque a los hombres a cerca del cáncer de cuello uterino haciendo uso de diversos medios y formas de comunicación (65), a propósito de las actitudes positivas del hombre frente a la toma de la citología en sus parejas (11), con el objetivo de potencializar la presencia e influencia que tienen los integrantes hombres de la familia a favor del cumplimiento de indicaciones previas a la práctica citológica en las mujeres Boyacenses.

Cabe señalar la autonomía y voluntariedad para la realización del examen citológico, plasmada a través del consentimiento informado. Resignificar el proceso en el que se informa de la citología y los posibles beneficios-riesgos asociados es un reto en la atención de procedimientos como la citología; es importante precisar, que no es un procedimiento que se destaque por beneficiar al profesional, más bien, se hace énfasis en un proceso comunicacional de calidad entre el profesional y el paciente que permite resolver dudas (66), lo que las participantes de la presente investigación manifiestan como expectativa en el tiempo de consulta con éste y otros temas de la sexualidad y la reproducción, agregan la explicación con un lenguaje claro. Así, es necesario precisar la influencia directa del reconocimiento del consentimiento informado para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la toma de decisiones libres y la calidad de la atención. Se incluyen también dentro de las “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (67).

A diferencia de lo que se observa en otros países, en los que se prefiere el procedimiento con personal de salud del sexo masculino por la delicadeza del trato con las mujeres consultantes (53), en la sociedad Boyacense y Colombiana la elección del profesional femenino para la realización de la citología es un tema de relevancia cultural y una condición para generar comunicación empática, inclusive la atención femenina demarca la decisión de realizar la citología nuevamente, al respecto, el 67% de las mujeres encuestadas

en una investigación en Armenia atribuyen comodidad a la citología con una profesional de la salud femenina (54), lo que incita a pensar en un servicio exclusivo de mujeres para mujeres, pues se asume que la diferencia de género es uno de los motivos por los que eligen no realizarla (25).

Otras condiciones de la comunicación empática se relacionan con la amabilidad, la actitud del profesional de la salud y el diálogo, sin embargo, es de resaltar que mujeres en los escenarios de la atención primaria de otros países sobreponen el reconocimiento del profesional al trato durante la consulta, bajo ésta condición es posible para ellas “tolerar cierto grado de maltrato” (53), en otras referencias, el maltrato es una barrera para la realización del examen (56). En los discursos de las participantes el buen trato se convierte en un aspecto que está sujeto al conocimiento, características y habilidades del profesional en la relación y comunicación con ellas, pero aún más importante en términos de derechos en la consulta citológica es el trato humano, percibido como una condición a la que tienen derecho las participantes que se realizan la citología, argumento que incide en la decisión de tomarla.

Las referencias bibliográficas, muestran como fuente de procrastinación o impedimento para acercarse a realizar el examen en Colombia, aspectos como el dolor y la incomodidad en el trato de los profesionales de la salud de enfermería, lo opuesto facilita la toma (18). En torno a éste tópico, se encuentra la brusquedad, la tosquedad de los movimientos en el momento del procedimiento, la ausencia de confort, la maximización de sensaciones corporales negativas y la concepción de la enfermera malgeniada, descripciones trascendentales en vía contraria a la comunicación empática, a partir de la cual se promueve en la consulta las acciones pertinentes que acerquen a las mujeres a la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El lenguaje en la citología es un aspecto clave de la dinámica de la comunicación si se tiene en cuenta que facilita o entorpece el proceso del tamizaje citológico, el uso de palabras

“bruscas” expresa dureza en la comunicación y los juicios de valor producen disgusto y reafirman las condiciones de igualdad mencionadas y los derechos de la mujer. Es entonces el lenguaje un factor de la comunicación del profesional de la salud que en otros textos se aborda desde la claridad del lenguaje, desprovisto de tecnicismos para estratégicamente lograr que las mujeres integren la información a las prácticas en los programas de tamizaje para prevención del cáncer de cuello uterino (68).

En la misma línea, el lenguaje no verbal y corporal, también mudo o inexpresivo, es uno de los hallazgos emergentes de las descripciones de las mujeres que no guardan correspondencia con los objetivos de la investigación, pero constituye un aporte valioso por ser un aspecto positivo para el desarrollo adecuado del procedimiento en beneficio de la comodidad y la integridad física de la mujer, si no se presenta ésta característica durante la consulta no se aprecia como una barrera en la comunicación, en cambio la bata de uso exclusivo para la protección de la intimidad femenina, si limita la comunicación visual entre profesional y paciente.

El objetivo principal de la investigación corresponde a los significados de la citología cervicouterina para las mujeres, uno de ellos es el autocuidado, desde el que se explica la posibilidad de evitar la enfermedad con beneficios familiares, más que personales. Otros hallazgos estadísticos reportan en un mayor número de mujeres que la importancia y el motivante para la realización de la citología es la “prevención del cáncer de cuello uterino” (69) ante la presencia de síntomas y a través del autocuidado (70) y prácticas como la monogamia para aportar a la disminución de factores de riesgo (58).

De otro lado, a fin de poner a disposición los resultados de la presente investigación para las nuevas formas de entender y practicar la citología, en correspondencia con la Política de Atención Integral en Salud implementada a partir del año 2016 (32) y de acuerdo al objetivo de evitar el cáncer de cuello uterino, una enfermedad totalmente prevenible, se toman estrategias de la Atención Primaria en Salud como el cuidado, para reevaluar el

significado tradicional con el que se realiza la citología bajo la mirada preventiva hacia la enfermedad descrito por las participantes, así que se reorienta hacia la promoción de la salud y el autocuidado, con repercusiones en el Bienestar de la mujer y su familia.

Incluir el nuevo modelo de atención en salud, específicamente la Ruta de Atención Integral para cáncer de cuello uterino (71), se favorece la mirada holística al contexto sociocultural de grupos específicos de población para quienes está diseñada la ruta, de tal forma, las redes dispuestas en la Ruta facilitarán la gestión del cuidado y las herramientas para la toma de la citología. En éste punto, los significados derivados de los aprendizajes socioculturales y creencias plasmadas en la investigación son el escenario de utilidad para facilitar la toma de la citología, lo que en las descripciones de las mujeres es una expresión del compromiso y responsabilidad con el autocuidado.

CONCLUSIONES

Reconocer y visibilizar los significados y representación social del “ser mujer”, es el punto de anclaje entre el *deber ser* y el *ser* de las prácticas de autocuidado, entre ellas la citología cervicouterina, pues el rol femenino al que la mujer da prioridad (cuidadora y proveedora de cuidado), es determinante para postergar la citología. Por tanto, es necesario que las acciones que se implementen desde la Atención Primaria y Secundaria, enfoquen su mirada a los significados en el presente estudio para impactar favorablemente en la salud de la mujer Sogamoseña que consulta los servicios de salud.

La necesidad de Bienestar en las participantes se explica desde la variedad de significados de la citología, vinculados todos ellos a la prevención de la enfermedad y motivantes como el cuidado de otros, para lo cual se tienen en cuenta estrategias que eduquen en la práctica de la citología no solo como parte del autocuidado, sino también como aspecto que constituye el bienestar físico y mental de la mujer, propósito para el cual se requiere de un equipo multidisciplinario.

Si bien es cierto, la norma contempla la CCU como un derecho, para la mujer esta afirmación dista de ser una realidad en su contexto, en razón a variados factores, entre ellos el papel tradicional femenino de cuidadora de otras, los prejuicios sobre la intimidad y privacidad, consideraciones para tomar en cuenta al realizar adaptaciones al protocolo según las necesidades de las mujeres al interior del consultorio y fuera de él.

En el plano de las vivencias, se resalta la exposición física y psicológica, en particular el sentir y emociones de las participantes, que hacen manifiesta la necesidad de tomar en cuenta la salud mental de la mujer durante el proceso de la citología por la tensión que produce anticiparse a la enfermedad y durante los momentos en que aparece un diagnóstico negativo, para procurar un acceso y acompañamiento oportuno de los profesionales encargados del área.

La necesidad de informar a la mujer de forma gradual y pertinente según la edad, en momentos previos a la primera experiencia con la citología, puede ser un elemento dentro del proceso para la toma, que provee a la mujer de la información requerida para hacer la citología una decisión basada en el conocimiento y consistente en el tiempo como práctica de autocuidado. Inclusive desde la claridad de saber cuál es el uso del tamizaje y la posibilidad de dar el enfoque de género e involucrar a la pareja.

Las circunstancias en que se firma el documento del consentimiento informado, que obedecen al poco reconocimiento de éste, su propósito y relevancia en la consulta, permite deducir la necesidad de un profesional sensible a brindar la información completa y tomar el tiempo pertinente para escuchar y resolver inquietudes o buscar estrategias para cumplir el objetivo real de éste proceso que involucra el hacer tanto como el ser y el saber, en pro de responder a las necesidades de información cambiantes en la población.

Además, destinar tiempo para que las participantes realicen preguntas genera reconocimiento y respeto por el tiempo de las participantes que asisten a la consulta para la citología. Es necesario comprender que ésta forma de proceder, es una oportunidad de hacer demanda inducida a otros servicios. Dado el poco tiempo con que cuenta la mujer es propicio que su visita a la institución de salud sea de utilidad para el acceso a varios tamizajes, inclusive son momentos propicios para optimizar a favor de las pautas de autocuidado, objeto del quehacer de enfermería.

Fortalecer los mecanismos de acceso a los resultados a nivel institucional, haciendo uso de formas de comunicación como los mensajes de texto para recordar a la mujer su compromiso con la solicitud de los resultados o facilitando el proceso a través de la ampliación de los horarios de entrega, adicionalmente en el momento en que la mujer va por el documento, hacer que sea ésta una oportunidad para implementar otras acciones de adherencia a la citología y educativas alrededor de su salud.

Se requiere resignificar la presencia del profesional masculino en la consulta a raíz del significado de la CCU que alude a la necesidad de confort durante el procedimiento asociado a características socioculturales orientadas a la preferencia del sexo femenino, de tal forma que la educación en sexualidad sea la herramienta que aporte a la construcción de nuevos significados y nuevas reflexiones en favor de la adherencia al proceso.

Vincular al hombre al tema de la citología, trasciende el plano de las cuestiones del género y socioculturales, las mujeres reflexionan sobre las responsabilidades que tienen los hombres frente a la citología y la salud sexual masculina que se proyecta en beneficios para ellas mismas. De manera que el solo hecho de pensar en abrir un espacio para el hombre en la consulta citológica, tiene un potencial efecto positivo y refuerza una práctica que compete a los dos géneros.

Algunas participantes expresan una comunicación distante de las condiciones humanas de las que trata el cuarto capítulo, para lo cual se requiere el establecimiento de una relación de cuidado con las características de la comunicación empática relacionadas con la amabilidad, la actitud del profesional de la salud, el diálogo y la confianza que proyectan los profesionales, éstas características son los elementos que agregan valor para fomentar la adherencia a la citología.

De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de cáncer de cuello uterino, la mirada de la citología desde las mujeres es útil para dimensionar la importancia que tiene el autocuidado en su concepto mismo desde la atención primaria, con miras a empoderar a las mujeres de sus decisiones con base en la información amplia y el conocimiento de todo lo que comprende la citología, de manera que la citología en su operativización sea una forma de prevención secundaria, pero en su concepción sea un elemento de la prevención primaria, relacionado con la educación para la salud sexual y reproductiva.

Al momento de diseñar y ejecutar intervenciones orientadas al cuidado de la salud es necesario considerar los referentes culturales de la población y los múltiples significados en las experiencias de las mujeres con la citología, pues como se identificó en el estudio, estos factores pueden consolidarse en términos de adherencia al protocolo. Y bien pueden ser un modo de aportar a la comprensión frente a la inconsistencia que plantean las cifras entre las mujeres Boyacences que se realizan la citología (más del 90%) y las que presentan cáncer de cuello uterino, problemática objeto de Salud Pública.

El análisis de lo expresado por las mujeres participantes entre los 25 y 40 años, posibilita identificar que sus experiencias tienen múltiples significados permeados por los aprendizajes y socialización durante su vida, moldeados por normas y creencias culturales, a través de las cuales se comprende el complejo entramado de relaciones entre los conceptos, útiles para establecer la adherencia a la toma de la citología.

Es evidente que la decisión de las mujeres participantes de tomar la citología, resulta de los constructos que ellas elaboran de los detalles de sus vivencias al interior del consultorio y en el contacto con los profesionales de la salud, así las descripciones son ricas en elementos que abarcan la corporalidad femenina y los derechos sexuales y reproductivos, puntos a partir de los cuales se promueve la reflexión y el empoderamiento de la mujer para favorecer una práctica de autocuidado como lo es la citología.

RECOMENDACIONES

El desarrollo de la investigación posibilita proyectar recomendaciones en diferentes niveles. En lo que respecta al diseño de estrategias en salud pública se resalta la importancia de conocer e incorporar el componente cultural en la implementación de las mismas, las adaptaciones culturales podrían cerrar brechas en el acceso a la atención y en la adherencia a los servicios.

Entes territoriales como las secretarías de salud de carácter departamental y local cumplen una importante labor al respecto, pues tienen a su cargo la elaboración de planes locales de salud y velar por el cumplimiento de normas técnicas como la de la citología, para lo cual los resultados de la investigación constituyen un punto de partida que acerca las decisiones a la realidad de las mujeres que se realizan la citología, promoviendo la adherencia al protocolo.

Se sugiere a los profesionales de la salud abordar en capacitaciones temas relacionados con la comunicación, el confort, la salud mental de las participantes, no solamente las cuestiones técnicas del procedimiento citológico para mejorar sus competencias, ya que el conocimiento ayudará a potenciar el talento humano de las instituciones de salud en favor de mejorar el acceso, oportunidad a la citología y la consecución de las metas en los programas de Promoción y Prevención.

Los resultados de la investigación tienen cabida en la formación de los futuros profesionales en las Universidades, de los cuales se espera nuevas formas de guiar sus acciones y gestionar el cuidado y autocuidado en las mujeres y los hombres implicados en la realización de la citología en los diferentes niveles de atención. Además constituye un reto continuar profundizando en el conocimiento científico de aspectos relacionados con su quehacer en la consulta citológica, bajo la premisa de mejorar la calidad del servicio.

De otra parte, realizar un trabajo conjunto con instituciones educativas y la familia para educar la forma en que las mujeres asumen su cuerpo y genitales, además del autoconocimiento del cuerpo. Que sea ésta la oportunidad para que profesionales especializados en el tema sean quienes hagan parte del proceso de enseñanza a mujeres y hombres en pro de la educación con argumentos científicos.

Los resultados de forma global son importantes para implementar en el logro de las metas de los Planes Nacional y Decenal para control del Cáncer y demás planes y acciones en el territorio Nacional y Boyacense que toman en cuenta las variaciones geográficas y culturales para disminución puntualmente del cáncer de cuello uterino.

Evaluar en próximas investigaciones barreras comunicacionales así como próximos estudios abarquen las mujeres del área rural, para ampliar las perspectivas de los aspectos socioculturales que tienen un importante comportamiento en las poblaciones más alejadas a diferencia de las del área urbana.

Destinar un espacio anterior a la realización de la citología u optimizar el tiempo con el que se cuenta para la consulta, en torno al proceso comunicativo del consentimiento informado y posteriormente la disposición al diálogo para la resolución de preguntas, requiere reentrenamientos en las habilidades técnicas y comunicativas del personal de salud.

Pese a la rotación del personal de salud normativizada en algunas instituciones de salud, es indispensable que los profesionales a cargo de los servicios de salud femeninos sean un equipo interdisciplinar que tengan en su conjunto habilidades y la actitud positiva requerida cuando se tiene un acercamiento a la corporalidad y genitalidad femeninas.

BIBLIOGRAFÍA

1. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Salud. [Internet]. 2010 (Consultada el 24 de Abril de 2016). Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer. Sistema de Gestión de Datos (SISPRO). [Internet]. 2014 (Consultado el 2 de Agosto de 2016). Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/pages/Observatorios/cancer.aspx>.
3. García Pérez M. Plan Territorial de Salud 2012- 2015. Sogamoso. [Internet]. 2012 (Consultado el 22 de Marzo de 2016). Disponible en: <http://www.sogamoso-boyaca.gov.co/apc-aa-files/36316166393539633236346635653330/diagnostico-pst-2012.pdf>.
4. Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Semanal. [Internet]. 2016 (Consultado el 01 de Octubre de 2016):38. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%2>.
5. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. V Informe Técnico. [Internet]. 2015 (Consultado el 2 de Agosto de 2016). Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>.
6. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. Peru. Epidemiol [Internet]. 2010 (Consultado el 10 de Agosto de 2016); 14(1):01-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805006.pdf>.
7. Secretaría Local de Salud. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. Sogamoso. [Internet]. 2015 (Consultado el 3 de Agosto de 2016). Disponible en: http://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis_2015/.
8. Chomnalez V. Las derivas de la comunicación: el cuerpo como texto. Revista de comunicación vivat academia [En línea]. 2013 (Consultado el 13 de Septiembre de 2015):122. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5034821>.
9. Manrique Sánchez A. Más allá de un cuerpo saludable: construcciones de género y riesgo a partir de la Citología Cervico-Uterina en mujeres de Suba, Bogotá. Repositorio Urosario [Internet]. 2013 (Consultado el 4 de Abril de 2016). Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/5017>.
10. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención

primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]. 2011 (Consultado el 11 de Septiembre de 2016); 23(1):11-14. Disponible en.

11. Polo Peña E, Torres Pérez S, Ochoa Acosta R, Villarreal Amarís G. Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo 2013 – 2014. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2014 (Consultado el 23 de Marzo de 2016); 2(1):31-41. Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/124/125>.
12. Castillo IY AKBDGHMM. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvicouterina por mujeres de Cartagena (Colombia). Hacia promoc. salud [Internet]. 2013 [Consultado el 23 de Marzo de 2016]; 18(2): 123-134.
13. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 80(2):101 – 110. Disponible en.
14. Urrutia S M, Araya G A, Poupín B L. ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolaou? respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino – auge del servicio de salud metropolitano Sur Oriente. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2010 (Consultado el 26 de Marzo de 2016); 75(5):284-289. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art02.pdf>.
15. Espinosa-Granados L, Valdivieso J, Joya M, Plata-Rondano M, Julio-Quintero L. Factores Influentes en la utilización del servicio de citología de una Universidad. Cuidarte [Internet]. 2010 (Consultado el 23 de Marzo de 2016); 1(1):19-25. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/70/75>.
16. Ybarra Sagarduy J, Pérez Salinas B, Romero Reyes D. Conocimientos y creencias sobre la prueba de papnicolau en estudiantes universitarios. Psicología y Salud [Internet]. 2012 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 22(2):185-194. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Jos%E9%20Luis%20Ybarra%20Sagarduy.pdf>.
17. Buchelli Trujillo M, Gordillo Guerrero P, Huertas Chávez E, Narváez Pabón C. Creencias que Influyen en la renuencia a la toma de la citología vaginal en mujeres de 15 a 40 años residentes en el corregimiento de Ornabuco. Unimar [Internet]. 2010 (Consultado el 23 de Marzo de 2016):96. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/169/147>.
18. Garcés I, Rubio D, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 (Consultado el 4 de Abril de 2016); 30(1):7-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a02.pdf>.
19. Percac-Lima S, Aldrich L, Gamba G, Bearse A, Atlas S. Barriers to Follow-Up of an Abnormal Pap Smear in Latina Women Referred for Colposcopy. J Gen Intern Med [Internet]. 2011

(Consultado el 27 de Marzo de 2016); 25(11):198–204. Disponible en.

20. Ramos J S, Garcés P I. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013 (Consultado el 9 de Abril de 2016); 31(3):311-318. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028172001>.
21. George J, Batra K. Beliefs and Attitude of Women Regarding Cervical Cancer Prevention and Screening in a Rural Community of Kerala. Asian. J. Nursing Edu. and Research [Internet]. 2016 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 6(1). Disponible en: <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1797307418/fulltext/B29D738A21304E7APQ/26?accountid=41311>.
22. Wiesner C, Cenales R, Murillo R, Piñeros M. Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2010 (Consultado el 23 de Marzo de 2016); 12(1):1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219010001>.
23. Duvay L, Ramos Batista F, Bessa Jorge M. Feitosa dos Santos JB. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2007 (Consultado el 4 de Abril de 2016); 12(3):733-742. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1679902901/fulltextPDF/AAD9C38A63D34373PQ/1?accountid=41311>.
24. Gregg J, Centurion T, Aguilon R, Maldonado J, Celaya Alston R. Beliefs about paper smear among Mexican immigrants. J Immigrant Monitoring Health [Internet]. 2011 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 13: 899-905. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/883266984/89F2002F81DB4A42PQ/27?accountid=41311>.
25. Sanabria Hernández N. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología Vaginal. Enfermería en Costa Rica [Internet]. 2013 (Consultado el 26 de Marzo de 2016); 33(2):82 – 89. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art4.pdf>.
26. Díaz Bustamante R. “Lo que hay entre las piernas: vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología”. Repositorio Javeriana [Internet]. 2011 (Consultado el 23 de Marzo del 2016):1-89. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/6359/1/tesis211.pdf>.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino 412. [Internet]. 2000 (Consultada el 27 de Abril de 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cuello-uterino.pdf#search=%252Cc%25C3%25A0ncer%2520de%2520cuello%2520uterino>.

28. Cuevas A, Celis C, Hernández I, Herrán S, Paradas A, Paredes O, et al. Grupo de Médicos de las Américas unidos por la salud Integral de la mujer (MASIM). Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2011 (Consultado el 22 de Septiembre de 2016); 71(1):21-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v71n1/art04.pdf>.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Cáncer de Mama y Cuello Uterino. [Internet]. 2016 (Consultado el 3 de Septiembre de 2016). Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Cancer%20de%20mama%20y%20cuello%20uterino.pdf>.
30. Huertas Q, Jancy A, Rivillas-García Juan C, Ospina M, Martha L. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [En línea]. 2015 (Consultado el 27 de Abril de 2016); 33(2):286-290. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12039090015>.
31. Varela Martínez S. Citología Cervical. Rev Med Hondur [Internet]. 2005 (Consultado el 1 de Octubre de 2016); 73:131-136. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2016 (Consultada el 26 de Agosto de 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
33. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia de Alma-Ata. Internet]. 1978. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270.
34. Colombia. Ley 1438 de Enero 19 de 2011. Ley por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 2011 (Consultado el 2 de Octubre de 2016). Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
35. Ospina Díaz J, Manrique Abril F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. [Internet]. 2007 (Consultado el 2 de Octubre de 2016); 25(2):101-111. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12814/13411>.
36. Arcos O F, Galindo Huertas S. La exposición corporal y el cuidado de Enfermería. Cultura de los cuidados [Internet]. 2010 (Consultado el 23 de Marzo de 2016);28:63-70. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/28pdf/28-063.pdf>.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [Internet]. 2014 (Consultada el 3 de Agosto de 2016).

Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>.

38. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa para la capacitación de profesionales de salud en salud sexual. En: Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala; 2000.
39. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y Hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias* [Internet]. 2012 (Consultado el 14 de Septiembre de 2016); 12(2):199-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>.
40. Martínez-Salgado C. El muestreo en la investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* [En línea]. 2012 (Consultado el 11 de Octubre de 2015); 17(3):613-619. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>.
41. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. [Internet]. 2006 (Consultado el 22 de Agosto de 2015). Disponible en: http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/u_3/vas_ire.pdf.
42. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. [Internet]. 2001 (Consultado el 11 de Octubre de 2015). Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>.
43. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez J, Fuerte J. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Internet]. 2015 (Consultado el 14 de Septiembre de 2016); 33(3):435-443. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12041781014.pdf>.
44. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 3rd ed.; 2012.
45. Vanegas C B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Rev. Col. Enfermería* [Internet]. 2010 (Consultado el 14 de Septiembre de 2016); 6(6):128-142. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/investigacion_cualitativa.pdf.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N° 008430 del 04 de Octubre de 1993. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. 1993 (Consultado el 6 de Septiembre de 2015). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.

47. Roberto H, Carlos F, Pilar B. Metodología de la Investigación. 5th ed.: Editorial Mac Graw Hill; 2010.
48. Amezcua M, Galvez Toro A. Los modos de análisis en la investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Re. Esp. Salud Pública [Internet]. 2002 (Consultado el 11 de Octubre de 2015); 76(5):423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272002000500005&script=sci_arttex.
49. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. (Español). 1st ed.: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
50. Orcasita Pineda L, Cuenca Morales J, Montenegro Céspedes J, Garrido Rios D, Haderlein A. Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. Rev colomb psicol [Internet]. 2015 (Consultado el 17 de Marzo de 2018); 27(1):41-53. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1994499610/fulltextPDF/80416190E17249DFPQ/1?accountid=41311>.
51. Sevilla M, Orcasita L. "Hablando de sexualidad": una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/ as adolescentes en estratos populares de Cali. Av.enferm [Internet]. 2014 (Consultado el 17 de Marzo de 2018); 32(2):191-205. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1677213309/BB4B77D11BA54C77PQ/1?aaccountid=41311>.
52. Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Internet]. 2015 (Consultado el 22 de Mayo de 2018); 2:43-599. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf>.
53. Godoy Y, Godoy C, Reyes J. Representaciones Sociales acerca de los Programas de Tamizaje de Cáncer Ginecológico en mujeres Ecuatorianas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 (Consultado el 31 de Marzo de 2018); 50(n.esp):68-73 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/es_0080-6234-reeusp-50-esp-0068.pdf.
54. López-Castillo C, Calderón M, González de S M. 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. Rev. Méd. Risaralda [Internet]. 2015 (Consultado el 9 de Abril de 2016).14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672013000100005.
55. Ramos de Souza K, Nascimento Paixão G, Sacramento de Almeida E, Reis de Sousa A, Gonçalves dos Santos Lirio J, Moura Campos L. EDUCAÇÃO POPULAR COMO INSTRUMENTO PARTICIPATIVO PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO: PERCEPÇÃO DE MULHERES. Rev Cuid [Internet]. 2015 (Consultada el 30 de Marzo de 2018); 6(1):492-499. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n1/v6n1a03.pdf>.

56. Urrutia M, Poupin L. Women with Cervical Cancer: Perceptions about the Papanicolaou Test. *Aquichan* [Internet]. 2015 (Consultado el 23 de Marzo de 2016); 15(4):499-507. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74142431005&idioma=en>.
57. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 (Consultado el 9 de Abril de 2016); 34(6):437-45. Disponible en: <file:///F:/Discusión%202018/2013%20Determinantes%20sociales%20del%20abandono%20del%20diagnóstico%20y%20tratamiento.pdf>.
58. Cardoso L, Sampaio I, Oliveira A. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2012 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 20(4):476-80. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4813/3537>.
59. Teng F, Mitchell S, Sekikubo M, Biryabarema C, Byamugisha J, Steinberg M. Understanding the role of embarrassment in gynaecological screening: a qualitative study from the ASPIRE cervical cancer screening. *BMJ Open* [Internet]. 2014 (Consultado el 14 de Agosto de 2016); 4(e004783). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/4/e004783.full.pdf>.
60. Souza K, Paixão G, Almeida E, Sousa A, Lirio J. Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres. *Rev Cuid* [Internet]. 2015 (Consultado el 15 de Abril de 2018); 6(1):892-899. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n1/v6n1a03.pdf>.
61. Cavieles M, Gutiérrez S, Castro A. Factores que influyen en la demanda de resultados de citologías cervicouterinas en las IPS de. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2014 (Consultado el 15 de Julio de 2018); 16(2):49-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145232887004>.
62. Garcés Palacio I, Rocha Buelvas A. Barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en Colombia: Una revisión narrativa. *Investigaciones Andina* [Internet]. 2016 (Consultado el 15 de Abril de 2018); 18(3):1647-1663. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239053104004.pdf>.
63. Ceroni P, Martins , Martins C, Antoniulli L, Cardozo-Gonzales R, Dal Pai D, et al. Exposição corporal do paciente no olhar do acadêmico de enfermagem. *fundam. care. online* [Internet]. 2015 (Consultado el 23 de Marzo de 2016); 7(4):3148-3162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750948003/>.
64. Lagoueyte Gómez M. La citología vaginal mirada desde las mujeres. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2002 (Consultado el 8 de Agosto de 2018); 20(2):58-69. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-346004>.

65. Garcés I, Rubio D, Ramos S. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas, Medellín-Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014 (Consultado el 15 de Abril de 2018); 13(27):200-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007011>.
66. Escobar M, Correa C. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *rev.latinoam.bioet* [Internet]. 2015 (Consultado el 08 de Agosto de 2018); 15(1): p. 14-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1270/127033012002/>.
67. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud". [Internet]. 2010 (Consultado el 8 de Agosto de 2018). Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.
68. Organización Panamericana de la Salud. Incorporación de la prueba del Virus del Papiloma Humano en programa de prevención de cáncer cervicouterino. [Internet]. 2016 (Consultado el 18 de Marzo de 2018):42-47. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12428&Itemid=40602&lang=es.
69. Castillo I, Aguilar K, Balaguera D, González H. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvicouterina por mujeres de Cartagena (Colombia). *Hacia promoc. salud* [Internet]. 2013 [Consultado el 23 de Marzo de 2016]; 18(2):123-134. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a10.pdf>.
70. Michelli R, Jacqueline daCosta E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 (Consultado el 30 de Marzo de 2018); 16(9):3925-3932. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1679404001?pq-origsite=summon>.
71. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. [Internet]. 2016 (Consultada el 26 de Agosto de 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>.
72. Jiménez I MM. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. 2018;(49).
73. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. 2018 (Consultado el 15 de Julio de 2018):3-5. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO%20PE%20VI%20208.pdf>.

74. López C, Calderón M, González M. 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 Risaralda [Internet]. 2013 (Consultado el 9 de Abril de 2016); 19(1):14-20. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8059/5213>.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
PROYECTO DE INVESTIGACION
“EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA CITOLOGÍA CERVICOUTERINA
EN MUJERES DE SOGAMOSO- BOYACÁ”

ANEXO A

Nombre ficticio: _____

DATOS DE LA ENTREVISTA

FECHA _____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE FINALIZACIÓN: _____

CONTEXTO DE LA ENTREVISTA: (Breve descripción del contexto en el que se realiza la entrevista, se diligencia por la entrevistadora antes y después de la entrevista).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sus datos de identificación no son necesarios pues como sabe preservamos su identidad y guardamos la confidencialidad, en caso que algún dato sea expresado por usted en el contexto de la entrevista se eliminará o modificará, con su aprobación.

En el contexto de la investigación es muy importante conocer acerca de Usted.

Ejemplo de preguntas:

¿Cuénteme dónde nació?

Alternativas para profundizar:

¿Hace cuánto?, ¿cuántos años tiene?

¿Actualmente en dónde vive?- Si no vive en el lugar de nacimiento preguntar porque se trasladó

¿Hasta qué año estudió?

Alternativas para profundizar:

¿En dónde estudio?, ¿Qué recuerda de la época de estudiante? o ¿Cómo fue su vida como estudiante?

¿Actualmente a qué se dedica?

Alternativas para profundizar:

¿Hace cuánto?, ¿Cómo es una jornada laboral suya?

Bueno! y en su tiempo libre qué hace?

Alternativas para profundizar:

¿Con que frecuencia descansa? o ¿con qué frecuencia realiza las actividades que me mencionó?

En caso de que tenga familia: ¿Comparte su tiempo libre con su familia?, ¿cuáles actividades realiza con ellos?

¿A qué EPS se encuentra afiliada?

Alternativas para profundizar:

¿Hace cuánto tiempo? , ¿Qué servicios ha utilizado?

¿Cuál es su opinión acerca del servicio o cómo califica el servicio?

¿Con que frecuencia utiliza los servicios de salud?

¿Cómo se desplaza para recibir atención en su EPS?

Y para terminar esta parte inicial podría contarme con quién vive?

Alternativas para profundizar:

Si refiere que vive con pareja indagar: ¿hace cuánto?

Se puede proponer hacer un familiograma. Vamos a dibujar su familia si está de acuerdo,

OBSERVACIONES:

Le parece importante comentarme algo más antes de iniciar la entrevista. Tiene usted alguna pregunta?, ¿necesita que le amplíe algún tema?

INICIO DE LA ENTREVISTA

PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿A qué edad tuvo la primera menstruación?

Alternativas para profundizar:

¿Quién le explicó acerca de la menstruación?, en caso de una respuesta negativa: ¿Cómo se enteró de lo que era la menstruación?

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

¿Tiene hijos? / Si se realizó el familiograma sobre la pregunta, si no se realiza.

Alternativas para profundizar:

¿Cuántos hijos tiene?, ¿De qué edades?

¿Cómo es su relación con ellos?

¿Ha planificado? O ¿qué métodos de planificación ha utilizado?

Alternativas para profundizar:

¿Hace cuánto tiempo?, Si ha cambiado de método ¿por qué?

- **¿Me puede contar qué sabe usted a cerca de la citología?**

Alternativas para profundizar:

- ¿Cuál es el propósito principal de la citología?

- ¿Cuál es la importancia de la citología?

Hace cuánto se tomó la última citología?

Alternativas para profundizar:

Si los tiempos no coinciden con el esquema de toma indagar los motivos para no realizar la toma

Si coinciden indagar que factores favorecieron la adherencia

¿Qué motiva que usted se tome la citología? Preguntar si le dan cita, le recuerdan la toma en otras consultas o la remiten desde otras especialidades

¿Cómo se preparó para el examen?

Alternativas para profundizar

¿Le informaron sobre las recomendaciones y cuidados previos para la toma de la citología?

¿Antes del examen le informaron de que trataba y resolvieron sus preguntas?

¿Qué le preocupaba o le inquietaba en el momento del examen?

¿Le preocupó en algún momento hacerse el examen?

¿Cómo se sintió con el lugar donde le realizaron la citología?

PREGUNTAS SOBRE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA CITOLOGÍA

Experiencias con la atención

- ¿Alguien la acompañó a la realización de la citología?
- ¿Existe alguna razón por la cual usted no se toma o retrasa la toma de citología?
- ¿Los costos influyen en la decisión de tomarse la citología?

¿Me puede describir cómo fue el procedimiento?

Alternativas para profundizar:

- ¿Cómo se sintió durante la toma de la citología?
- ¿El procedimiento fue como lo espera o había escuchado que sería?, ¿por qué?
- ¿Cuáles son los aspectos positivos de su experiencia?
- ¿Cuáles son los aspectos negativos de su experiencia?

¿Qué sucedió después de la citología?

Alternativas para profundizar:

- ¿Usted reclamó los resultados?
- ¿Cómo se sintió cuando reclamó los resultados?
- ¿Volvería a realizarse la citología?

Experiencia con el personal de salud

- ¿Cómo se sintió con el personal de salud que le tomó la citología?
- En alguna ocasión sintió que el personal de salud la condicionó a la toma de la citología?, ¿por qué?
- ¿A Usted le gustaría elegir quién le tome la citología?, por qué le gustaría elegirlo?
- ¿Hubo algún gesto o palabra del personal de salud que le disgustara?, por qué?

PREGUNTAS SOBRE ELEMENTOS SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA CITOLOGÍA

Elementos Sociales

¿Qué ha escuchado de otras personas sobre la citología?

Alternativas para profundizar:

- ¿Influencia su decisión de tomarse la citología lo que ha escuchado de otras personas?, ¿por qué?
- Usted ha visto o escuchado comerciales en televisión o radio con información sobre la citología cervicouterina?
- ¿La información recibida de los medios de comunicación la motivó a realizarse la citología?, ¿por qué?

Elementos Culturales

En el lugar donde vive ¿existen creencias que impidan o faciliten la toma de la citología?

Alternativas para profundizar:

- ¿En su familia las mujeres se tomaban la citología?
- ¿Qué experiencias conoce en su familia o comunidad relacionadas con la citología?
- ¿Ha sentido que su rol como mujer, mamá o esposa le dificulta la toma de la citología?, ¿por qué?
- ¿Usted recibe apoyo o motivación de su familia esposo/novio/pareja para realizarse la citología?

PREGUNTAS SOBRE REFLEXIONES DE LAS PARTICIPANTES

- A partir de su experiencia con la citología, ¿Cómo se pueden mejorar los aspectos negativos de la toma de ésta?
- ¿Cómo le gustaría que la atendieran durante la citología?
- ¿Qué importancia tiene la amabilidad durante el exámen?
- ¿Por qué es importante la intimidad y privacidad en la citología?
- ¿Usted tiene alguna sugerencia frente a las recomendaciones para la toma de la citología?

CIERRE DE LA ENTREVISTA

Muchas gracias por su amable tiempo e información, es valioso para el proyecto de investigación.
¿Hay algún tema importante que no se haya tratado?, ¿tiene alguna pregunta o inquietud?.

¿Es momento de preguntarle si quiere que omitamos algo de lo dicho?

En caso de que se requiera, ¿puedo comunicarme nuevamente?. Si le surgen preguntas puede comunicarse conmigo.

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ANEXO B**

Parte 1:

Título de la Investigación: Experiencias relacionadas con la citología cervicouterina en mujeres de Sogamoso – Boyacá.

Nombre del investigador principal: Neiry Yolima Pirajón Soler

Introducción: El cáncer de Cuello Uterino es uno de los problemas de salud por el que enferman y mueren las mujeres. Este tema es de especial importancia pues la citología es actualmente el único procedimiento disponible y gratuito en los servicios de Promoción y Prevención para identificar células atípicas (extrañas), que pueden estar relacionadas con la presencia de cáncer de cuello uterino en las mujeres.

¿Por qué se está haciendo ésta investigación?

El objetivo principal de la investigación a la que se le invita a participar es comprender los significados que las mujeres entre los 25 y 40 años, residentes en Sogamoso, otorgan a sus experiencias vinculadas a la citología cervicouterina, de modo que contribuyan a las discusiones sobre factores que inciden de manera positiva en la cobertura y la adherencia al procedimiento en los servicios de salud del municipio.

¿En qué consiste ésta investigación?

La presente investigación busca acercarse a la realidad del problema a través de un proceso organizado en el que se explorarán las experiencias de las diferentes mujeres que las viven, por lo que son importantes los significados de sus experiencias para comprender en profundidad el problema de estudio. Las mujeres que participan son usuarias de la ESE Salud Sogamoso, se encuentran entre los 25 y 40 años, son nacidas y residentes de Sogamoso y serán seleccionadas de acuerdo a éstas características y a la voluntad de participación.

Se utilizará la entrevista personal como medio por el cual se recopile la información. La entrevista se realizará en un lugar acordado con usted, fuera de la E.S.E. Salud Sogamoso, será grabada en tableta o celular, si usted lo autoriza, para luego transcribirlas y analizarlas. Proceso que será realizado por la investigadora, con miras a minimizar la manipulación de la información por terceros y serán leídas necesariamente por la investigadora y la directora del proyecto de investigación Olga Díaz Usme. En el momento de la transcripción y de dar a conocer los resultados se utilizará un nombre ficticio que Usted asignará al iniciar la entrevista, para proteger su identidad y poder identificar sus narraciones.

¿Qué tengo que hacer si participo en ésta Investigación?

Su participación consiste en dar de manera voluntaria su autorización para realizar la entrevista por medio del consentimiento informado. Durante la entrevista, usted debe contestar las preguntas de la investigadora conforme a su experiencia y de forma sincera, así mismo, podrá negarse a contestarlas, sin explicar por qué y estará en libertad de preguntar o solicitar aclaraciones.

¿Cuántas personas participarán en ésta Investigación?

El número de participantes será entre 6 y 10 mujeres.

¿Cuánto tiempo estaré en ésta investigación?

Estará en la investigación durante el tiempo que dure la entrevista, aproximadamente una hora. Se proyecta la realización de entrevistas en el mes de junio del presente año. Una vez transcrita la entrevista la investigadora se comunicará con Usted con el propósito de confirmar su voluntad de participación. Después de finalizadas las entrevistas, si es su deseo, mantendrá contacto con la investigadora, hasta la socialización de los resultados, a la cual se le invitará.

¿Puedo retirarme de la investigación de manera voluntaria en cualquier momento?

Usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación.

¿Qué pasa si me retiro de la investigación?

Se podrá retirar de la investigación si así lo desea, sin que su decisión sea juzgada o tachada como negativa por la investigadora, no se le condicionará a permanecer en la investigación si usted ha renunciado a participar durante o después de terminada la entrevista.

¿Por qué podría el investigador principal retirarme de la investigación tempranamente?

No existe una razón para retirarla de la investigación.

¿Cuáles son los riesgos e incomodidades asociadas a ésta investigación?

En caso que la expresión de recuerdos o situaciones personales susciten incomodidad, malestar o algún efecto considerado por usted como de riesgo, en el momento de la entrevista o como consecuencia de ésta, se remitirá con su autorización a la red de apoyo con la que cuenta la entidad de salud en la que se desarrolla la investigación y se realizará seguimiento posterior a la entrevista en pro de aportar a su bienestar.

¿Obtendré algún beneficio al participar de ésta investigación?

Participar en la actual investigación contribuirá a su reflexión frente al tema y a profundizar en la temática tratada como aporte a la ciencia y a la ESE Salud Sogamoso, principalmente. Los hallazgos se usarán con propósitos estrictamente académicos.

¿Qué beneficios obtendrá la comunidad de ésta investigación?

A partir del análisis de los relatos, se tomarán algunos aspectos que se consideren prioritarios, para desarrollar estrategias y actividades educativas con las mujeres que reciben atención en la E.S.E. Salud Sogamoso y también con el personal de salud vinculado a la institución, durante los tres meses siguientes a la finalización de la investigación. El propósito de realizar éstas actividades es mejorar y fortalecer el programa para la prevención del cáncer de cuello uterino y la salud femenina.

La comunidad académica tendrá beneficios a través de la publicación de artículos derivados de la investigación.

¿Qué otras opciones tengo además de participar en ésta investigación?

Si es de su interés profundizar o ampliar la información sobre la citología cervicouterina o informarse de cualquier otro tema que atañe a su salud sexual y reproductiva, después de participar en la investigación, estará abierta la posibilidad de preguntar a la investigadora o al personal de salud de la ESE Salud Sogamoso.

¿Cómo se va a manejar la privacidad y confidencialidad de mis datos personales?

Desde el momento en que se acuerda con usted un lugar para la entrevista, externo a las instalaciones de la ESE Salud Sogamoso, se salvaguarda la confidencialidad de su participación. Antes de iniciar la entrevista usted destinará un nombre ficticio, que se utilizará para nombrarla durante la entrevista. Así mismo, en el proceso posterior de transcripción, sus respuestas se nombrarán a través de un código, asignado por la investigadora, para que no sea posible identificarla y si algún dato surge de su ubicación o su identidad, se reemplazará por el nombre alternativo.

Cabe mencionar que los resultados se darán a conocer acatando las condiciones de privacidad y confidencialidad de la información, en un primer momento con el grupo de mujeres participantes en un lugar distinto a la ESE Salud Sogamoso, luego con el personal de la institución y la secretaría Local de Salud, para dar cumplimiento a lo mencionado.

¿Qué pasará si no se respeta la confidencialidad de mis datos?

En caso de considerar una falta a la confidencialidad de sus relatos de parte de la investigadora o la directora, o tiene alguna inconformidad durante o después de terminada ésta investigación, podrá comunicarse con la oficina de Postgrados de la Facultad de Enfermería en la Universidad el Bosque, Teléfono: 6489071. Ext. 1200.

¿Mi participación en ésta investigación implica que voy a recibir algún tipo de terapia?

No, en ningún caso la terapia será parte de la investigación, como ya se mencionó, si durante la entrevista se presentan recuerdos desagradables que la afecten, con su autorización se derivará a la red de apoyo que brinda la institución de salud en la que se realiza la investigación. Posteriormente, la investigadora se comunicará con usted para realizar seguimiento a su situación.

¿Tiene algún costo mi participación en ésta investigación?

Durante su participación usted no tendrá que asumir costos.

Con respecto a la entrevista que será realizada externamente a las instalaciones de la ESE Salud Sogamoso, la investigadora será quien se desplace al lugar acordado y en todo caso será quien aporte el dinero requerido, si fuera necesario, también para su desplazamiento al lugar que crea pertinente y se pueda realizar la entrevista cómodamente.

¿Recibiré algún tipo de compensación o pago?

En razón a su participación no recibirá pagos económicos, compensaciones materiales o de ninguna otra especie, tampoco se condicionará su permanencia a través de las retribuciones señaladas.

¿Cómo se responsabilizará el investigador o la investigación si a mí como sujeto de investigación me pasa algo malo asociado a la investigación?

Si la afectación o daño ocurriera durante la entrevista o enseguida de ésta, se remitirá al lugar de atención de su EPS de acuerdo a su situación. La investigadora es responsable de enterar a quien corresponda, con su autorización y comunicarse posteriormente para verificar su estado de salud.

¿Cuáles son mis derechos como sujeto de investigación?

En su condición de participante predominan los derechos humanos, su autonomía, el respeto y la dignidad. Durante el tiempo que dure su participación también tiene derecho a preguntar y recibir respuestas que aclaren sus inquietudes, en caso contrario a no responder. Si después de finalizada la entrevista no desea que alguna o algunas respuestas sean transcritas, se suprimirán.

De parte de la investigadora se garantizará el respeto por su religión, creencias y pensamientos particulares. En la parte final del proyecto usted tiene derecho a conocer los hallazgos de la investigación como una manera de retribuir positivamente su participación.

¿Cómo y en qué momento voy a conocer los datos finales de la investigación?

En la presente investigación se planeó realizar la socialización de los resultados en el mes de Julio, para lo cual se le invitará previamente a una actividad grupal que compartirá junto a las demás mujeres participantes. El lugar debe ser necesariamente diferente a la ESE Salud Sogamoso.

¿Qué hago si tengo alguna pregunta o problema?

Si el problema que la inquieta está relacionado con la investigación, puede contactarse con la investigadora (los datos se encuentran al final del presente documento), también podrá acudir a oficina de postgrados, Facultad de Enfermería de la Universidad el Bosque o comunicarse al teléfono: 6489000, Ext. 1200.

Información de Contacto:

Yolima Pirajón Soler es estudiante de la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad el Bosque.

Información de contacto de la investigadora:

Investigadora: Yolima Pirajón Soler

Teléfono celular: 3114444916

Correo electrónico: npirajon@unbosque.edu.co

Parte 2: Formulario de Firmas.

He sido invitado(a) a participar en el estudio “Experiencias relacionadas con la citología cervicouterina en mujeres de Sogamoso – Boyacá”. Entiendo que mi participación consistirá en responder de manera voluntaria una entrevista que será grabada en medios electrónicos. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Autorizo el uso de la información registrada y el conocimiento de apartes de mis relatos por terceras personas bajo el principio de confidencialidad y acepto voluntariamente participar de la investigación.

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha

Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha



ANEXO C. Carta de Aprobación del Comité de Ética Ad Hoc. Universidad el Bosque

Bogotá, 18 de Abril de 2017 Señores
COMITÉ ACADÉMICO DE POSTGRADOS

Maestría en Salud Sexual y Reproductiva La
ciudad

REF: CONCEPTO ÉTICO AD HOC TRABAJO DE GRADO

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito presentar el concepto ético Ad hoc del trabajo de grado del programa de maestría en Salud Sexual y Reproductiva, denominado "**Experiencias relacionadas con la citología cervicouterina en mujeres de Sogamoso-Boyacá**" sobre el cual es preciso realizar las siguientes consideraciones:

1. Se trata de un estudio fenomenológico que pretende comprender los significados que las mujeres entre los 25 y 69 años, residentes en la ciudad de Sogamoso, le otorgan a las experiencias vinculadas con la citología cervicouterina,
2. Se sugiere revisar la clasificación del riesgo ético otorgado acorde a la reglamentación local y el control de procesos derivados de la recolección de datos cualitativos. En caso de considerarse pertinente la definición de un **riesgo mayor al mínimo** se deben establecer los mecanismos por los cuales el investigador contendrá el riesgo emergente del enrolamiento de sujetos a la investigación.
3. Se debe revisar el consentimiento informado presentado en el trabajo, dado que:
 - No se describe el tiempo de vinculación del sujeto a la investigación.
 - No es clara la redacción del apartado donde se expresa la voluntariedad de la participación y la posibilidad de retirarse de la misma (por ej. "puede elegir participar o continuar sin daño").
 - No se describen los riesgos o incomodidades de participar en este estudio (este ítem es fundamental, dado que se cataloga por el investigador como estudio de riesgo mayor al mínimo).
 - No es preciso colocar información del Comité Institucional de Ética de Investigación de la Universidad El Bosque, dado que este proyecto no se ha presentado a este comité.

De acuerdo a lo anterior recomiendo presentar el protocolo con los ajustes solicitados para definir la necesidad de consultar un comité de ética de investigación o aprobar Ad Hoc.

Cordialmente.


Miguel Antonio Sánchez Cárdenas Director de Investigación
y Proyección Social Facultad de Enfermería

Por una Cultura de la Vida, su Calidad y su Sentido

Transversal 9A Bis No. 132 - 55 PBX (571)648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia

Solicitud - npirajon@unb...
Es seguro | https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15c9e75b9c185744
Save to RefWorks Recibidos (1,181) - n... www.duitama-boyaca... educacionsexual.uch...

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Correo ▾

134 de 512

REDACTAR

Recibidos (64)
Destacados
Enviados
Borradores (91)
Más ▾

PIRAJÓN SOLE +

Olga Díaz
hola Yolima como vas???

Postgrado Enfermería <postgradosenfermeria@unbosque.edu.co>
para mí, OLGA ▾ 10/7/17 ☆ ↶ ▾

Apreciada Yolima a continuación copio concepto del jurado en rojo para que lo puedas distinguir. Cordial Saludo

Buenas tardes profesora Marta.
Una vez revisados los cambios realizados al protocolo considero que puede aprobarse desde la perspectiva ética, dado que tiene un riesgo mínimo para los participantes.
Cordialmente.

 UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Martha Cecilia López Maldonado
Directora
Posgrados Enfermería
Educación Continuada
Facultad de Enfermería

PBX. (57-1) 6489000 Ext. 1200
Av. Cra. 9 No. 131-091 Edificio Fundadores | Bogotá, D.C. | Colombia
www.uelbosque.edu.co

 ALTA CALIDAD

image.png

Mostrar todo X

Windows taskbar: Windows, Edge, File Explorer, Chrome, Mail, Word, PDF Reader, System tray: 9:36, 12/09/2018

ANEXO D. Mapa Conceptual de Categorías, Dimensiones y Atributos

