

ADHERENCIA AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO MEDIANTE CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL: OPINIÓN DE MUJERES VENEZOLANAS

JOSÉ R URDANETA M, YULIMAR CASTILLO, NASSER BAABEL ZAMBRANO, ISABEL MAGGIOLO, ALEGRÍA LEVY, ZOILA ROMERO

INSTITUTO DE ANATOMÍA HISTOLOGÍA Y PATOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, HOSPITAL DR. PEDRO GARCÍA CLARA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DEL ZULIA.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a la adherencia al tamizaje del cáncer de cuello uterino mediante citología cérvico-vaginal en mujeres en edades reproductivas que acuden a la consulta ginecológica del Hospital Dr. Pedro García Clara de Ciudad Ojeda, Venezuela. **MÉTODO:** Investigación cualitativa con diseño de campo, bajo la modalidad de grupos focales, la cual, incluyó 150 pacientes atendidas en la consulta ginecológica a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, la cual fue audiograbada y posteriormente analizada mediante la técnica de análisis de contenido. **RESULTADOS:** Los factores intrínsecos asociados a la falta de adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino predominaron: temor (38,2 %), apatía (22,61 %), desconocimiento (19,09 %), vergüenza (10,55 %) y dolor o incomodidad durante el procedimiento (9,54 %). En relación con los factores extrínsecos se encontró que la principal categoría prevalente es la variable económica (60,67 %) seguida por el transporte (27,33 %), la lejanía del hospital (6,67 %) y la atención sanitaria deficiente (5,33 %). **CONCLUSIÓN:** Las mujeres entrevistadas durante la pesquisa de cáncer de cuello uterino presentaron como principales factores asociados a la adherencia al tamizaje citológico el factor económico como factor extrínseco, seguido de factores intrínsecos como el temor y la apatía.

PALABRAS CLAVE: Tamizaje, cáncer de cuello uterino, citología, pacientes.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the factors associated with the adherence to the cervical cancer screening by the Pap smears in the women of reproductive age attending to gynecological consultation at Hospital Dr. Pedro Garcia Clara in Ciudad Ojeda, Venezuela. **METHOD:** A qualitative research with field design were carried out, under the modality of the focus groups, which included 150 patients attended in the gynecological consultation to whom a semi structured interview was applied, which was audio recorded and later analyzed using the technique of the analysis of content. **RESULTS:** The intrinsic factors associated with the lack of adherence to the cervical cancer screening predominated: The fear (38.2 %), the apathy (22.61 %), the ignorance (19.09 %), the shame (10.55 %) and the pain or the discomfort during the procedure (9.54 %). Regarding extrinsic factors found that the main prevalent category is the economic variable (60.67 %) followed by the transportation with (27.33 %), the distance (8.67 %) and the poor health care (5.33 %). **CONCLUSION:** The women interviewed during the cervical cancer screening presented as main factors associated with adherence to cytological screening the economic factor as an extrinsic factor, followed by intrinsic factors such as the fear and the apathy.

KEY WORDS: Screening, cervical cancer, Pap smear, patients.

Recibido: 16/12/2022 Revisado: 09/02/2023

Aceptado para publicación: 14/02/2023

Correspondencia: Dr. José Urdaneta. Instituto de Anatomía Histología y Patología. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Campus Isla Teja. Av. Las Encinas. Isla Teja, Valdivia. Región de los Ríos
E-mail: jose.urdaneta@uach.cl

Esta obra está bajo una Licencia *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International* Licens

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CaCU) sigue siendo un problema de salud pública, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁾, para el año 2020 más de 340 000 mujeres en todo el mundo fallecieron debido a esta causa; representando la cuarta causa principal de mortalidad relacionada con el cáncer en mujeres en general y la segunda entre las menores de 50 años ⁽²⁾. El virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor etiológico de la carcinogénesis cervical, puesto que produce daño en el ADN, anomalías del centrosoma, cambios epigenéticos y metilación del ADN; sin embargo, puede estar asociado a otras causas ^(3,4).

Desde que Georgios Papanicolaou, aproximadamente hace 70 años, desarrolló la citología cérvico vaginal (CCV) ha salvado la vida de millones de mujeres y reducido la muerte por CaCU en un 75 % en las últimas décadas. El CaCU continúa siendo la segunda causa de muerte en Venezuela, y el de cuello uterino ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina del país, esto lo convierte en un verdadero problema de salud pública, debido fundamentalmente a la falta de campañas masivas de detección y tratamiento de la enfermedad en las etapas pre invasoras, acompañada de falta de concientización de la mujer acerca de la importancia que tiene la toma de la citología ⁽⁵⁾; aunque en el país no se publiquen estadísticas oficiales de indicadores de salud, de acuerdo con GLOBOCAN ⁽⁶⁾ para el año 2018 las mayores incidencias mundiales se presentan en las regiones de Sudáfrica y Sudamérica, siendo la tasa reportada para el país de 31,4 por cada 100 000 habitantes.

La citología es una prueba diagnóstica que, además de detectar CaCU y las lesiones intraepiteliales pre-malignas, ayuda a identificar

infecciones como las ocasionadas por el VPH (principal factor de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer) y alteraciones hormonales y celulares, como las displasias; se trata de una prueba sencilla e indolora, y su toma dura menos de 5 min, con una alta especificidad (85 %-100 %) pero una sensibilidad sub-óptima y variable (30 %-90 %) ⁽⁷⁾.

Aunque las pautas internacionales actuales recomiendan la detección basada en pruebas moleculares que detectan el ADN del VPH con triaje citológico de mujeres positivas o la prueba conjunta con citología ⁽⁸⁾, casi nadie discute la importancia de la CCV con tinción de Papanicolaou como medio de pesquisa del CaCU por excelencia en grandes masas de población para la detección temprana del CaCU ⁽⁹⁾. Para disminuir la incidencia y mortalidad a causa del CaCU es necesario contar con un programa efectivo de prevención y detección oportuna; para esto, la prueba de tamizaje de elección es la citología cervical, por lo que uno de los principales factores de riesgo para esta patología es el nunca haberse practicado un estudio citológico ⁽¹⁰⁾.

La CCV constituye la principal herramienta en la detección temprana y tratamiento oportuno del CCU ⁽¹¹⁾; el éxito de esta prueba como método de tamizaje para la detección de CaCU se debe a su relativa simplicidad, alta eficacia diagnóstica y bajo costo del examen ⁽¹²⁾. De acuerdo con las guías norteamericanas se recomienda realizar la citología cervical en la población general a partir de los 21 hasta los 64 años de edad, con intervalos de un año y, en caso de dos estudios normales consecutivos, realizarse con intervalos de 3 a 5 años ⁽¹³⁾.

Sin embargo, se recomienda que si han transcurrido más de 5 años desde la última CCV se considera que el cribado es inadecuado, por lo que además de realizar la citología, la determinación del VPH en mujeres mayores de 30-35 años; puesto que la negatividad de ambas

pruebas es mucho más fiable y se asocia a una frecuencia acumulada de displasia de alto grado (NIC III) mínima en los siguientes 5-10 años ⁽¹⁴⁾.

Se ha demostrado que la realización periódica de esta prueba reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia; teniendo a largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones pre malignas un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix ⁽¹⁵⁾. En los programas poblacionales se considera que la cobertura del cribado del CaCU es adecuada cuando alcanza al 70 %-80 % de la población a la que se dirige, lo cual requiere un arduo esfuerzo y no siempre se acompaña de una disminución de la mortalidad ⁽¹⁴⁾.

No obstante, la implementación de los programas de detección del CaCU en países de América Latina no ha sido tarea fácil, puesto que se han documentado una serie de problemas que van desde el incumplimiento de normas de bioseguridad, deficiencia en la calidad de la toma de las muestras, errores en la interpretación de las pruebas hasta la presencia de barreras socioculturales que dificultan que las mujeres acudan a dichos programas y permitan someterse a la toma de la CCV ⁽¹⁵⁾. Al respecto de este último aspecto, se conoce que aproximadamente un 30 % de las mujeres incumplen con la pesquisa oncológica a través de la CCV, debido principalmente a factores sociales o culturales ⁽¹⁶⁾; estudios comentan que las mujeres se postergan por las barreras impuestas por sus familias y por los bajos recursos económicos, situación que corresponde en parte al rol que la mujer cumple al interior de la familia y en la sociedad ^(17,18).

Por su parte, la OMS ⁽¹⁹⁾ define a la adherencia terapéutica como la medida del comportamiento de las personas ante el cumplimiento de un medicamento, el seguimiento de una dieta, los cambios en el estilo de vida, y correspondencia con las recomendaciones establecidas por el personal de salud. La adherencia se refiere

al cumplimiento del tratamiento o régimen terapéutico indicado, implica la buena disposición del paciente para iniciar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos y recomendaciones conforme a las indicaciones médicas; por lo que las intervenciones sobre el cumplimiento terapéutico deben centrarse en conseguir un mejor conocimiento de cómo y por qué los pacientes deciden no tomar o seguir las indicaciones médicas y otros sí, y en conocer los factores que influyen en la probabilidad de que un paciente cambie un comportamiento ⁽¹⁷⁾.

Identificar y eliminar las barreras para el cumplimiento con los programas de detección es de vital importancia; estas barreras pueden estar relacionadas con varios factores culturales, religiosos, económicos o con la educación ⁽²⁰⁾. En virtud a esta problemática surge el propósito de determinar los factores asociados a la adherencia al tamizaje del CaCU mediante CCV en mujeres en edades reproductivas que acuden al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Pedro García Clara” de Ciudad Ojeda Estado Zulia, valorados desde la perspectiva propia de las pacientes.

MÉTODO

Desde el punto de vista epistemológico, la presente investigación se encontró enmarcada dentro de lo que corresponde al método hermenéutico-dialéctico y fenomenológico. De igual manera, tomando en cuenta el punto de vista ontológico, se fundamentó en un enfoque inductivo y holístico en donde cada elemento de esa totalidad, formó una estructura dinámica interdependiente, creando así un sistema. Como consecuencia de lo anterior, tanto por el abordaje epistemológico como el ontológico que se hizo de la investigación, la ubican dentro de una perspectiva o paradigma cualitativo de la investigación. No obstante, se complementó con

una parte cuantitativa que permitió tanto verificar las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres participantes de la investigación como jerarquizar el orden de las categorías encontradas luego del análisis de contenido.

En función al procedimiento utilizado para el desarrollo del estudio propuesto, esta investigación tuvo un diseño de campo efectuado bajo la modalidad de grupos focales, en el cual las unidades de análisis objeto de observación o estudio estuvieron representadas por la totalidad de mujeres en etapa reproductiva atendidas por el programa de pesquisa oncológica en las consultas de ginecología del Hospital “Dr. Pedro García Clara”.

Se procedió a realizar el reclutamiento de las participantes mediante diferentes estrategias de convocatoria: bola de nieve, grupos comunitarios organizados y citación por el personal de salud. Para ello, se solicitó la colaboración de los médicos referentes de los Programas de Prevención Oncológica en el Hospital “Dr. Pedro García Clara” y de la “Red Ambulatoria del Municipio Lagunillas”, quienes contactaron al equipo investigador para en conjunto con las trabajadoras sociales de los respectivos centros asistenciales y los voceros de salud del Consejo Comunal “Rafael María Baralt” y proceder a invitar a las mujeres elegibles a participar.

Se utilizó un muestreo teórico por conveniencia, para lo cual los grupos fueron realizados según rangos de edad con el fin de explorar diferencias inherentes al ciclo de vida: a. Cinco grupos focales con mujeres de 20 a 29 años (50 participantes), b. Cinco grupos focales con mujeres de 30 a 39 años (50 participantes) y c. Cinco grupos focales con mujeres de 40 a 50 años (50 participantes). En este sentido, se fijarán algunos criterios de inclusión en cuanto a la selección de las unidades de análisis de la muestra; los cuales son los siguientes: mujeres sexualmente activas, edad igual o mayor a 20 años y menor de 50 años, deseo voluntario de participar

en la investigación y firma del consentimiento informado. Asimismo, se excluyeron mujeres embarazadas, con hallazgo citológico anormal en citologías previas, o quienes se negasen a participar en el programa de pesquisa oncológica o a suministrar el consentimiento informado para su inclusión en el protocolo de estudio.

Dada la naturaleza cualitativa del estudio, para tener un acercamiento a lo que piensan, creen y motiva la acción de las mujeres en la prevención del CaCU mediante su adherencia a la pesquisa a través de la realización de la CCV, se procedió a emplear la técnica de la entrevista grupal mediante grupo de discusión o grupos focales. Para estimular el diálogo con las participantes, se utilizó como instrumento una guía de discusión, la cual estará estructurada en cinco ejes temáticos: conocimiento sobre la CCV, motivaciones para realizar la citología cérvico vaginal, barreras para la toma de la CCV, recogida e interpretación de los resultados y satisfacción con el servicio de salud. Asimismo, se procedió a utilizar un cuadro de observación o ficha de trabajo ajustada a los propósitos del estudio, en la cual se asentaron datos relacionados con características socio-demográficas, factores de riesgo y hallazgos citológicos.

Los grupos de discusión se realizaron dentro del centro de salud con una duración aproximada de 90 min; cada grupo estuvo conformado por un investigador y 10 participantes, los cuales comparten aspectos comunes (edad) aunque con discursos heterogéneos. La totalidad de la sesión fue grabada en audio por medio de un grabador de mini-casetes de cintas magnéticas de 90 min de grabación, para su posterior transcripción; los mini-casetes se codificaron con un número secuencial asignado a cada grupo por fecha.

En la preproducción se definió el campo semántico que determinó el tema a tratar en la sesión y la elaboración a priori de categorías de análisis, guiados por detonantes contruïdos con base en aspectos importantes que acercaron y

proporcionaron información de la percepción de las mujeres sobre el tamizaje del cáncer de cuello uterino mediante la citología vaginal. Valga destacar que las categorías no se mencionaron durante el grupo de discusión para no interferir en el curso de la conversación.

En la etapa de producción, se realizaron 15 grupos de discusión que sumaron 150 mujeres seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión previamente establecida y tuvo aproximadamente 1 h de duración; la conformación de los grupos fue planeada por edad con el fin de propiciar grupos generacionales en las mismas condiciones para sostener la conversación con más libertad. Previamente en cada grupo focal el coordinador explicó los objetivos del estudio y les solicitó el consentimiento informado a las participantes; seguidamente orientó la discusión según la guía diseñada buscando alcanzar la saturación teórica para cada pregunta y al finalizar respondió preguntas o aclararon dudas sobre los temas abordados en la conversación.

Seguidamente, a las pacientes se les realizó una consulta ginecológica, la cual incluyó una entrevista minuciosa y una valoración clínica por sistemas; además de la toma de una muestra para una prueba de Papanicolaou mediante la CCV. Para ello, las pacientes se colocaron en posición de litotomía, se procedió a visualizar los genitales externos e introducir un espéculo vaginal de Graves desechable y una vez fijado el cuello uterino, se inspeccionó el mismo y se tomó muestra de endocérvix con un cepillo (*citobrush*) y con espátula de Ayre se obtuvieron muestras tanto de exocérvix como de fondo vaginal posterior. Las muestras recolectadas se extendieron en una lámina portaobjeto previamente rotuladas y fueron fijadas con fijador citológico en spray, a una distancia de un metro aproximadamente. Se mantuvieron almacenadas a temperatura ambiente en un laminario hasta el momento de su procesamiento.

Las CCV tomadas fueron teñidas con la tinción de Papanicolaou y procesadas en los laboratorios del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General del Sur de Maracaibo, sede del posgrado en esa especialidad de la Universidad del Zulia. Se definió como incumplimiento al programa de detección de cáncer cervical a quienes nunca se hayan realizado un estudio de Papanicolaou o que hubieran dejado transcurrir más de tres años desde la última CCV. Los resultados fueron reportados siguiendo la nomenclatura Bethesda ⁽²¹⁾ y además en el informe de la citología se incluyeron los grados de inflamación observados (leve, moderado y severo), la presencia de los microorganismos detectados por la citología cervical (*Cándida*, *Gardnerella vaginalis*, o *Trichomonas vaginalis*) y cambios que sugieren la presencia del VPH.

La fase de posproducción comprende la interpretación y el análisis de los discursos del grupo. El material de audio recogido en los grupos fue transcrito manualmente desde su grabación original para su posterior codificación y fue considerado el análisis de contenido, donde de manera inductiva, se retomaron los patrones, temas y categorías surgidas a partir del discurso de las participantes.

El investigador-observador procedió a efectuar la transcripción literal de las cintas de audio y de las fichas de observación que aportaron al análisis no sólo lo expresado verbalmente, sino todos aquellos gestos y lenguajes no articulados capturados por el observador. Seguidamente se calificaron el texto (identificar y/o seleccionar el discurso) donde se objetiva exclusivamente el consenso grupal generalizado; se identificaron los objetos (de lo que se habla) y los predicados (qué se dice de los objetos). Luego se realizó un proceso de triangulación de la información recopilada con la participación de dos especialistas clínicos y un metodólogo, quienes construyeron un esquema lineal o mapa de representación, para establecer

vínculos y/o relaciones entre los objetos que parecieron más significativos e importantes, contemplando sus respectivos calificativos. Una vez culminado, este proceso en conjunto con el investigador-observador se discutieron las categorías identificadas, se realizó un consenso sobre las mismas y finalmente se decidió acerca de los fragmentos que mejor las representen.

Los textos fueron procesados por medio del software Atlas-ti, con el cual se crearon filtros de análisis por grupo de edad y se buscaron diferencias de contenido entre estas categorías; estas categorías se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (Porcentajes). Por otra parte, algunos datos cuantitativos recopilados en la ficha de trabajo fueron presentados mediante medidas de tendencia central y de dispersión (Media y Desviación estándar).

Cabe destacar que las mujeres que participaron en el estudio lo realizaron de manera voluntaria previa solicitud del consentimiento informado para su inclusión en la investigación. No se encontraron expuestas a riesgos físicos o psicológicos, ni se vulneraron los principios de la Declaración de Helsinki; asimismo, se contó con la aprobación del comité de bioética hospitalario. Finalmente, las pacientes fueron citadas para la entrega de resultados y recibir el tratamiento específico de acuerdo a los hallazgos citológicos presentados y aquellas con resultado citológico anormal o con algún signo indicador de enfermedad en el examen físico fueron seguidas por la consulta ginecológica del Hospital “Dr. Pedro García Clara” para atención especializada, lo cual ofrece una mayor probabilidad de recuperación y menor oportunidad de progresión de las lesiones.

RESULTADOS

En primer término, se presenta el análisis cuantitativo de las características clínicas

y sociodemográficas de las 150 mujeres participantes de los grupos focales. El Cuadro 1 señala las características de la muestra estudiada, evidenciándose que la edad de las pacientes tuvo un promedio de $24,3 \pm 7,73$ años, la menarquía en promedio de edad fue de 11 años y la edad de la primera relación sexual fue de 20 años. Asimismo, se encontró que del total de las pacientes incluidas en el estudio un 70 % tenían entre dos y cuatro embarazos, siendo este grupo el de mayor prevalencia seguido por un 20 % de multíparas y 10 % de nulíparas. La edad del primer embarazo resultó en promedio de $20,8 \pm 4,01$ años, y el número de parejas sexuales reportadas entre 2 y 3 compañeros.

La edad promedio de la primera citología fue alrededor de los 25 años de edad y la cantidad de citologías realizadas en los últimos 5 años fue en un promedio de 2. En relación con el tiempo de su última citología, la mayoría de las participantes (51,3 %) de las mujeres encuestadas reportaron 3 o más años, obteniéndose además que el tiempo promedio de su primera citología después de la primera relación sexual fue de $3,25 \pm 0,31$ años. En cuanto a otros factores de riesgo analizados se encontró que el 58 % de las pacientes poseían un compañero sexual habitual, reportándose en 57 (38 %) el uso de preservativos y con un 60 % de contraceptivos orales (ACO); con un antecedente de cesárea en 88 pacientes con un (58 %), de igual forma se evidenció una alta prevalencia de hábito tabáquico (53 %), en cuanto a los antecedentes ginecológicos se evidenció un 62 % de leucorrea no específica y 10 % de antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Finalmente, en ninguna mujer entrevistada se recogió el antecedente reconocido de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo sífilis, gonorrea o VIH/SIDA.

En el Cuadro 2, se presentan los resultados obtenidos en relación con las variables sociodemográficas de la muestra en estudio, evidenciándose en relación con el nivel educativo

que del total de las pacientes entrevistadas el 40 % presentaron un nivel de educación secundaria, siendo evidente que solo 34 % poseían educación superior universitaria o técnica y solo con un 9 % de la muestra fue analfabeta. Respecto al estado civil el 34 % de las pacientes se encontraban en uniones libres con sus parejas actuales, correspondiendo el 26,67 % de la muestra a mujeres casadas y un 22 % solteras. La ocupación presentó en mayor porcentaje el empleo informal con un 50 %, seguido del desempleo con un 28 % y, por último, el empleo formal con un 22 %. El nivel socioeconómico prevalente según la escala de Graffar fue el estrato III (clase media) con un 70 % de la muestra y en cuanto a la procedencia la mayoría (73 %) provenían de áreas urbanas.

En cuanto a los hallazgos citológicos encontrados (Cuadro 3), se evidenció que el 8,67 % de las encuestadas presentaron citologías normales, asimismo, en 31 pacientes (20,67 %) se reportaron infección por *Gardnerella vaginalis* o *Candida spp*, 32 % (48 pacientes) de las muestras presentaron inflamación en grado moderado, los cambios reactivos se encontraron presentes en 21,33 % (32 pacientes) y 17,33 % presentaron lesiones de bajo grado, de las cuales 12 % presentaron atipias coilocíticas (VPH) y 5,33 neoplasia intraepitelial grado I más atipias coilocíticas (VPH). No se encontraron en los hallazgos casos de LIE de alto grado y/o cáncer de cuello uterino *in situ*, ni células atípicas indeterminadas.

Cuadro 1. Caracterización de las mujeres que acudieron al tamizaje del CaCU

Características Clínicas		Media + DE	
Edad (años)		27,78 ± 6,30	
Menarquía (años)		11,26 ± 1,94	
Edad de la 1ª relación sexual (años)		20 ± 2,97	
Número de parejas (años)		2,16 ± 0,90	
Edad al primer embarazo (años)		20,8 ± 4,01	
Número de embarazos	Nuligestas (%)	15 (10 %)	
	2-4 Total (%)	105 (7 %)	
	≥ 5 Total (%)	30 (20 %)	
Adherencia al tamizaje oncológico		Media + DE	
Edad a la primera citología (años)		25,96 ± 2,44	
Número de citologías realizadas		2,14 ± 1,35	
Tiempo 1ª relación sexual / 1ª citologías (años)		3,25 ± 0,31	
Tiempo de la última citología	1 año	2 años	3 años o más
	Total (%)	Total (%)	Total (%)
	28 (18,66))	45 (30)	77 (51,33)
	SI Total (%)	NO Total (%)	
	88 (58,66)	62 (41,33)	
	57 (38)	93 (62)	
	80 (53,3)	70 (46,66)	
	91 (60,66)	59 (39,33)	
	88 (58,66)	62 (41,33)	
	15 (10)	135 (90)	
	94 (62,66)	56 (37,33)	
Factores de riesgo			
Compañero sexual habitual			
Uso de preservativo			
Tabaquismo			
Uso de ACO			
Antecedente de cesárea			
Antecedente de EPI			
Leucorrea no específica			

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres que acudieron al tamizaje del CaCU

Características sociodemográficas	Fa	%
Nivel educativo		
Primaria	25	16,67
Secundaria	60	40,00
Técnica y/o Universitaria	51	34,00
Analfabeta	14	09,33
Estado civil		
Soltera	33	22,00
Casada	40	26,67
Divorciada	18	12,00
Viuda	08	05,33
Unión libre	51	34,00
Ocupación		
Desempleado	42	28,00
Empleo formal	33	22,00
Empleo informal	75	50,00
Nivel socioeconómico		
Graffar III (clase media)	105	70,00
Graffar IV (obrero)	35	23,33
Graffar V (marginal)	10	6,66
Procedencia		
Urbana	92	61,33
Rural	58	39,77

Cuadro 3. Hallazgos citológicos en las mujeres que acudieron al tamizaje del CaCU

Hallazgos citológicos	Fa	%
Normal	13	08,67
Infección	31	20,67
- <i>Gardnerella vaginalis</i>	15	10,00
- <i>Candida spp.</i>	16	10,67
Inflamación moderada	48	32,00
Cambios reactivos	32	21,33
LIE de bajo grado	26	17,33
- Atipias coilocíticas (VPH)	18	12,00
- NIC 1 + Atipias coilocíticas (VPH)	08	05,33

El análisis cualitativo del contenido obtenido de las experiencias propias de las mujeres evaluadas mediante su participación en los

grupos focales y posterior a la triangulación de las opiniones expresadas, se identificaron dos categorías para la práctica de la CCV; tales factores se catalogaron como intrínsecos e extrínsecos. Como pudo apreciarse luego de las sesiones grupales efectuadas, la mayoría de las usuarias entrevistadas manifestaron el temor ante la posibilidad de presentar alguna patología maligna, específicamente el miedo de ser diagnosticadas con CaCU, como principal motivo para el incumplimiento con la pesquisa oncológica por recelo tanto a un diagnóstico fatalista como a la práctica de la CCV. Se evidencia tanto la falsa creencia de que tener un resultado positivo en la prueba es una sentencia de muerte, por lo que es mejor no acudir a la detección como la influencia de las vivencias de terceras personas; algunas de las entrevistadas manifestaron expresiones tales como:

“A mí me da mucho temor hacerme la citología porque muchas personas salen con cáncer por dentro y mi vecina se murió de cáncer, *por eso es que prefiero no venir y si me va a dar que no lo sepa*” (P7, 24 años, Doméstica).

“A mí también me da pánico hacerme la citología porque mi prima se la hacía siempre y le decían que estaba bien pero después de 3 años le dijeron que tenía cáncer y que ya o se podía hacer nada” (P95, 36 años, Doméstica).

“Si le soy sincera a mí personalmente me da miedo venir al médico y a mi mamá también porque siempre que me hago la citología me duele mucho y debe ser que tengo algo malo abajo” (P69, 44 años, Desempleada).

Asimismo, algunas referían opiniones fundamentadas en el miedo al examen o el temor a resultados adversos debido a presentar antecedentes familiares, como puede observarse en las siguientes exposiciones:

“Aunque no me gusta hacerme la citología y me da temor, me veo obligada hacérmela ya que mis tías y algunas primas han fallecido por cáncer en sus partes” (P77, 38 años, Repostera)

“Cuando vengo a consulta me asusto porque siempre que me hago la citología me duele muchísimo y quedo sangrando y no sé qué hacer” (P65, 30 años, Manicurista).

Algunas mujeres exponían sentimientos de miedo al tratamiento posterior en caso de serle detectada una malignidad, lo cual resultaba en angustia psicológica y motivo para el incumplimiento a la pesquisa, tal como se denota en el siguiente comentario:

“A mí me parece que muchas de nosotras no nos la venimos hacer por miedo, a mí también me da temor, saber que me toca venir al hospital me da de todo, porque una se pone a pensar dígame si tengo algo escondido abajo, como puede hacer yo para tratarme un cáncer, y si me muero quien ve de mis hijos y así una entra en pánico y prefiere no venir; a mí prácticamente me trajo a rastras mi vecina” (P111, 36 años, Ama de casa)

Por otra parte, varias usuarias refirieron temor tanto al examen como al personal médico, tal como explicaron algunas usuarias:

“Yo me hago la citología como cada 4 años y vengo casi que obligada, porque cada vez que vengo a consulta me pongo muy nerviosa y eso me duele mucho, y claro como me pongo dura y no me relajo, me regañan, eso siempre me pasa y no lo puedo controlar” (P138, 34 años, Buhonera).

“Yo no me hago la citología porque después de 2 o 3 días más o menos me sale flujo y huele mal y me perjudica con mi trabajo, yo creo que aquí en el hospital no lavan los espéculos y eso es lo que a mí me puede producir cáncer porque, aunque yo soy prostituta yo me cuido muchísimo” (P52, 36 años, Sexoservidora).

De igual manera, la apatía o falta de interés ocupó el segundo lugar dentro de los factores intrínsecos de las mujeres que representaban una barrera para el cumplimiento de la pesquisa; puesto que un gran número 22,61 % de pacientes refirieron que no les preocupaba la toma de la

CCV debido a que creían que se encontraban en buen estado de salud:

“Para que me la voy a hacer si yo estoy bien y no tengo nada” (P27, 27 años, Manipuladora de alimentos).

Otras usuarias manifestaron comentarios tales como:

“Una en la vida tiene que ser positiva y como yo me siento bien y no tengo nada, pues no me la hago, para que si de igual sale bien” (P146, 40 años)

“Yo no me la hago porque siempre se me olvida tengo otras cosas más importantes a que pararle cuidado” (P44, 33 años, Ama de casa).

El desconocimiento también fue otra de las barreras intrínsecas por las cuales estas mujeres referían no hacerse la CCV, escuchándose argumentos que se fundamentan en la ausencia de síntomas y/o enfermedad o que se formulaban bajo una visión optimista basada en la ignorancia; tales como los siguientes:

“Yo no me hago la citología porque eso se debe hacer cuando la persona está enferma, bueno eso es lo que siempre he pensado” (P141, 29 años, Agricultora).

“Yo no me hago la citología todos los años porque en 1 año no creo que salga algo malo si en la citología anterior salí bien y si una tiene el mismo marido” (P127, 33 años, Ama de casa).

Otra categoría evidenciada en los grupos focales fue la vergüenza, algunas usuarias referían sentirse avergonzadas a acudir a la consulta ginecológica y más aún si iban a ser atendidas por personal del sexo masculino. Así, se escucharon comentarios tales como:

“Yo soy demasiado penosa, siempre le digo a mis hermanas que me acompañen hacerme la citología, si ellas no quieren venir también, a mí se me pueden pasar tiempo si hacérmela, pero es que imagínese eso de que le estén viéndole a una sus partes privadas, y sé qué no debería ser así porque después vienen los lamentos” (P15, 38 años, Comerciante).

“¡Huy no qué pena!... que la estén viendo a una, extraños y dígame si es que para completar me toca con un hombre” (P38, 31 años, Ama de casa).

Por último, otras usuarias relacionaron su incumplimiento con la práctica de la CCV con el hecho de que consideran algún grado de inconformidad o dolor durante el procedimiento, escuchándose opiniones como:

“Yo pienso que la citología no hay que hacerla de cada rato, eso de que estén abriendo a una duele mucho, y para nada porque yo siempre que me la hago salgo bien, por eso para que me la tengo que hacer siempre” (P19, 33 años, Secretaria).

“A mí es que no me gusta hacerme esa cosa, eso duele mucho, es que como yo soy muy cerrada eso molesta demasiado, y una queda inflamada y con dolor varios días, eso es horrible. (P81, 42 años, Ayudante de cocina).

En el Cuadro 4 se resumen las frecuencias obtenidos de cada una de las categorías obtenidas en las entrevistas grupales a las pacientes y que constituyeron barreras o factores intrínsecos para la adherencia al tamizaje de CaCU, donde mediante la metodología de los grupos focales se demostró que dentro de las causas propias por las cuales las pacientes no cumplían con la pesquisa oncológica por medio de la CCV predominaron principalmente las siguientes categorías: temor (38,2 %), apatía (22,61 %), desconocimiento (19,09 %), vergüenza (10,55 %) y dolor o incomodidad (9,54 %).

Cuadro 4. Factores intrínsecos que interfieren en la adherencia al tamizaje del CaCU

Categorías	Fa	%
Temor	76	38,20
Vergüenza	21	10,55
Apatía	45	22,61
Dolor/ incomodidad	19	9,54
Desconocimiento	38	19,09

De igual manera, el análisis de contenido permitió detectar otras categorías que se agruparon como barreras o factores extrínsecos, puesto que no dependían de la propia paciente, entre estas barreras predominó principalmente la falta de recursos financieros, las limitaciones económicas que imposibilitaban a acudir a la pesquisa oncológica. Al respecto, se escucharon comentarios que denotaban una relación de dependencia de las mujeres con sus parejas, tales como:

“yo no puedo hacerme la citología todos los años porque yo con tanto muchacho no puedo trabajar y no tengo real y mi marido casi siempre está desempleado, por eso es que casi nunca me la hago” (P4, 30 años, Ama de casa).

“La situación esta tan crítica que de verdad prefiero gastar lo que me consigue mi esposo comprando comida que hacerme la citología” (P32, 29 años, Ama de casa).

De igual manera, otras usuarias comentaron opiniones como estas:

“Yo sé que, así como uno gasta en cosas innecesarias, puede gastar en la citología, pero si le soy sincera, ni para eso me alcanza el dinero que me da mi marido” (P59, 38 años, Ama de casa).

Por otra parte, usuarias mostraban falta de interés en la pesquisa debido a no contar con un salario que les permitiese cubrir sus necesidades básicas, incluyendo el cuidado de su salud; así, se escucharon comentarios como:

“Yo no me la hago porque siempre salgo bien y para no gastar dinero ya que me pagan muy poco, no me la hago” (P13, 32 años, Educadora integral).

De igual manera, varias usuarias expresaban:

“Yo no vengo casi a consulta porque soy sinvergüenza para que le voy a mentir, y me toca trabajar mañana y tarde, para ganar siempre una miseria que solo me alcanza para medio comer, y como si falto no me pagan el día nunca pido permiso para venir al hospital, pues ese es

un lujo que una no puede darse” (P69, 42 años, Dependiente de almacén).

En este mismo orden de ideas, otra de las categorías prevalentes identificadas como barreras o factores extrínsecos resultó ser el transporte, ya que el centro asistencial aunque no presentaba gran distancia de sus hogares hubo dificultad en la toma de medios de transporte para llegar al centro de salud, mientras que otras pacientes de las encuestadas, sobre todo para las que residen en las zonas rurales del Municipio el centro de salud era lejano a sus hogares y los medios de transporte tanto privado como públicos son limitados por la crisis energética del país. Así fueron escuchadas expresiones como las siguientes:

“Se me hace muy difícil llegar a la consulta pues por mi casa casi nunca pasan carros de pasajero ni buses, prácticamente es toda una odisea salir y llegar al hospital” (P7, 37 años, Ama de casa)

“Como crees que puedo venir al hospital si ni para los carritos se consigue gasolina” (P23, 45 años Bodeguera).

Sin embargo, algunas usuarias comentaban:

“Yo no tengo carro me toca agarrar carrito y a veces se me hace difícil porque la parada queda lejos de mi casa o no pasan, pero ni modo como sea me vengo a hacerme la citología” (P143, 44 años, Contador Público).

Asimismo, para otras usuarias las dificultades con el transporte no fue impedimento, puesto que refirieron que utilizaban otros medios de transportes para acudir a la toma de la CCV:

“yo siempre me hago mi estudio todos los años y como no tengo carro, aunque sea en mi bicicleta me vengo, pero ni loca falto” (P31, 36 años, Vendedora ambulante).

Coincidiendo con la respuesta anterior, otra usuaria manifestaba:

“El hospital no es que me queda cerca, pero me vengo caminando, porque si espero que pase el bus nunca llegaría, lo malo es que me canso y

me toca salir más temprano, pero todo sea por la salud de una” (P121, 32, años, Manicurista).

La ubicación del centro de salud parece ser un factor que las entrevistadas encuentran determinante cuando se someten a un examen de detección del CaCU. Se pudo identificar a la lejanía del centro asistencial, como otro de los factores extrínsecos referidos por las usuarias, el cual les impide en muchas ocasiones acudir a la pesquisa del CaCU, tal como lo manifestaron algunas usuarias:

“Yo no me hago la citología frecuentemente porque mi casa queda muy lejos del hospital tengo que agarrar 2 carritos para poder llegar, y toca esperar mucho y a veces ni pasan” (P14, 32 años, Empleada pública).

Así como también expresaron otras pacientes:

“Yo vivo para una hacienda y como queda lejos el hospital no puede venir siempre, es más de 1 hora de viaje y por eso no me la hago como es, lo cual me asusta pues yo sé que después me puedo estar lamentando si saco algo malo” (P146, 40 años, Agricultora)

“En realidad yo sé que obro mal porque no me hago la citología, pero es que el hospital me queda muy retirado de mi casa y es mucho lo que tengo que caminar para llegar aquí” (P79, 39 años, Ama de casa).

Así también, algunas usuarias reportaban como barrera la atención sanitaria deficiente, manifestadas como el no procesamiento de las muestras en la institución hospitalaria o el extravío de los resultados, tal cual como lo refiere algunas usuarias:

“Es una perdedera de tiempo venir hacerme la citología, porque siempre que venía nunca aparecían los resultados o se perdían o no sé qué hacían con esos papeles, y no es nada que ahora es peor” (P5, 45 años, Ama de casa)

“Yo casi no me la hago porque siempre se me pierden los resultados y me da rabia, porque, aunque me dicen que no importa que me la vuelven a hacer, pero yo les digo que no porque

a quien me duele es a mí no a ellos” (P57, 22 años, desempleada).

A estos comentarios interrumpieron otras usuarias quienes expresaban que en la actualidad la problemática se había agravado aun más, tal como lo manifestaron con expresiones como:

“Y no es nada ahora es peor pues todo está acabado en este hospital y ya tienen tiempo, quizás años, que no leen esas muestras aquí porque según me comentó la enfermera el doctor se jubiló y ahora no hay quien lea las citologías” (P88, 40 años, secretaria).

“Si eso es verdad ahora estamos peor que antes, tenemos que llevarnos la muestra nosotras mismas a un laboratorio privado para que no las lean y pagarlas y con lo caro que está todo” (P99, 35 años, costurera).

En el Cuadro 5, se presentan los resultados obtenidos en relación con las barreras o factores extrínsecos que interfieren con la realización del tamizaje de CaCU, encontrándose que la principal categoría prevalente fueron la variable económica seguida del transporte, con un 60,67 % (91/150 pacientes) y 27,33 % (41/150 pacientes), respectivamente; en menor prevalencia resultaron categorías como la lejanía del hospital (6,67 %) o la atención sanitaria deficiente (5,33 %).

Cuadro 5. Factores extrínsecos que interfieren en la adherencia al tamizaje del CaCU

Categorías	Fa	%
Factor económico	91	60,67
Lejanía	10	06,67
Transporte	41	27,33
Atención sanitaria deficiente	08	05,33

DISCUSIÓN

El CaCU sigue estando dentro de las principales causas de mortalidad en las mujeres

de Venezuela; por lo que se infiere exista una morbilidad oculta en el grupo de mujeres que no se han realizado el examen citológico y pueden estar en estos momentos en etapas avanzadas del mismo; la lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que atañe no sólo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general; por lo tanto, es razonable acoger con interés cualquier camino que suponga una ayuda en la lucha contra esta enfermedad.

Los métodos de detección que se utilizan habitualmente incluyen la CCV, la genotipificación del VPH y la inspección visual con ácido acético ^(21,22). Sin embargo, a pesar de la efectividad de los programas de pesquisa oncológica más de medio millón de nuevos casos y más de 300 mil muertes siguen reportándose cada año. La mortalidad constante por CaCU puede deberse a la falta de pruebas de Papanicolaou o la falta de detección de anomalías celulares en la prueba de Papanicolaou; así como también debe considerarse la falta de pruebas de seguimiento inmediatas después de una prueba de Papanicolaou anormal ⁽²³⁾.

Llama la atención que poco más de la mitad de las mujeres participantes en este estudio tenían más de tres años sin cumplir con la pesquisa oncológica; lo cual difiere con resultados obtenidos en otros países latinoamericanos como México donde 52,94 % de las pacientes evaluadas se habían realizado su última citología en los 3 o más años previos, sobre todo las mujeres mayores de 40 años ⁽¹⁰⁾. Asimismo, investigadores chilenos ⁽²⁴⁾ reportaron un alto cumplimiento con la pesquisa oncológica, donde 96 % de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años.

Aunque, no fueron detectados casos de CaCU ni de lesiones intraepiteliales de alto grado, una importante porción de la muestra evaluada presentó lesiones de bajo grado (17, 33 %); contrario a lo reportado en México

donde las lesiones premalignas eran menores al 5 % ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, en una investigación realizada en Maracaibo, Venezuela, se encontró una prevalencia mucho mayor: 32 % lesiones intraepiteliales de bajo grado y 10 % de alto grado ⁽²⁵⁾.

En cuanto a los factores intrínsecos o propios de la paciente que interferían con la adherencia a la CCV, los resultados obtenidos en esta investigación evidenciaron que la mayoría de las pacientes encuestadas asociaban la realización del procedimiento con el posible diagnóstico de CaCU, siendo de esta forma el temor por los resultados el principal factor intrínseco determinado, resultado que coinciden con otros investigadores ⁽²⁶⁾, quienes encontraron que el 46 % de las mujeres sentían temor a la hora de realizarse una citología, miedo que estaba fundamentado en la posibilidad que les digan que presentan una neoplasia. Muchas mujeres intentan evitar la ansiedad y la preocupación que siguen a un diagnóstico de cáncer y, por lo tanto, no están dispuestas a someterse a pruebas de pesquisa ⁽²⁰⁾.

La segunda barrera intrínseca encontrada fue la apatía, lo cual coincide con otros investigadores ⁽²⁷⁾ quienes encontraron que dentro de los principales factores por los cuales las mujeres no se realizaban la CCV se encontraban el olvido 48,9 % y la pereza 33,1 % ($P < 0,001$). De igual manera, en otro estudio ⁽⁹⁾, las participantes refirieron no realizarse la CCV debido a que aplazaban la fecha de la toma de muestra o por descuido, lo que difiere de nuestro trabajo ya que el descuido y apatía ocupa el segundo lugar; asimismo, se ha descrito diversas razones relacionadas con la apatía, tales como que les aburren las indicaciones previas o les da pereza o que sienten que no disponen tiempo para ello ⁽²⁸⁾.

Otra importante barrera detectada fue el desconocimiento sobre el CaCU y la CCV, manifestada por 19,09 % de las participantes; lo

cual es similar a lo publicado por otros autores. Los resultados del estudio realizado por Padilla y col. ⁽²⁹⁾ muestran que la falta de conocimientos y percepción de los riesgos que tienen las mujeres, pudieran ser la causa que lleva al incumplimiento en la realización de la citología cérvico vaginal; lo que difiere de este trabajo el cual reporta que el desconocimiento ocupa solo el 19 % de las mujeres.

El conocimiento del CaCU, su prevención y su detección precoz son los principales pilares de las pruebas de cribado como la CCV, los informes de muchos países en desarrollo indican que el carecer de conocimientos suficientes sobre el CaCU, su prevención, etiología o pronóstico, reduce la asistencia y cumplimiento con los programas de detección del cáncer de cuello uterino ⁽²⁰⁾; aspecto coincidente con este estudio, en donde la categoría desconocimiento representó la tercera barrera intrínseca asociada al incumplimiento del tamizaje de CaCU con un 19,9 %.

Se enfatiza a través del discurso de los participantes que existe desinformación relacionada con el CaCU y a la importancia de cumplir con la pesquisa oncológica por medio de la CCV. El conocimiento sobre el CaCU y sus métodos de prevención y detección se asocia con factores como la edad, la ocupación, el nivel de educación y los ingresos; por tanto los programas de prevención deben centrarse en los recursos educativos, sobretodo en mujeres con menor nivel educativo y considerando su ocupación y edad ⁽³⁰⁾.

La vergüenza a realizarse el examen, ser vista íntimamente por otras personas, sobre todo si pertenecen al género masculino, representó el cuarto factor más prevalente por el cual muchas mujeres no cumplían con la pesquisa oncológica (10,55 %); coincidiendo con otra investigación peruana donde se encontró que la vergüenza (61,2 %, $P = 0,016$) se relacionaba significativamente con la decisión para no

tomarse el examen de Papanicolaou por parte de las usuarias ⁽²⁷⁾. Al respecto, se ha señalado que la vergüenza es uno de los obstáculos más importantes para la detección oportuna del CaCU, dado a que las pruebas y el muestreo son percibidos como una experiencia embarazosa por muchas mujeres ⁽²⁰⁾.

En un estudio cualitativo reportado por Pintado y col. ⁽²⁸⁾, se encontró que las mujeres señalaron que uno de los principales motivos más importantes para no hacerse la prueba de citología cérvico uterino para cáncer de cuello uterino era la vergüenza; siendo obtenido en nuestro estudio con un 10 % de las causas o factores intrínsecos. Al respecto, otros investigadores han señalado que hay mucha resistencia al análisis ginecológico por sentimientos de pena, vergüenza o pudor; asociado al tabú de la sexualidad, lo cual representa uno de los obstáculos más frecuentemente observados ⁽¹⁵⁾.

Aunque en este estudio el dolor resultó ser el factor intrínseco menos frecuentemente observado, fue uno de los obstáculos mencionados por estas pacientes, pues referían el miedo que experimentan al momento de realizársela CCV, debido al temor a sentir dolor o incomodidad. Algunas otras investigaciones han señalado como barrera para el cumplimiento con las CCV la actitud de la pareja hacia la prueba, en donde se menciona, que ésta no permite a la mujer realizársela y que la mujer difícilmente acude o regresa por el miedo a que su pareja se entere o en algunos casos la pareja está molesta y pide entrar a la prueba con la mujer ⁽¹⁶⁾; sin embargo, esta categoría no fue reportada por las participantes de los grupos focales.

De acuerdo con Luna y col. ⁽¹¹⁾, la pobre adherencia a la pesquisa del CaCU ha sido claramente relacionada con la falta de conocimiento, el miedo y el riesgo percibido por la paciente, barreras presentes en las mujeres entrevistadas en este estudio; por lo tanto, estrategias dirigidas a mejorar el nivel de

conocimientos sobre el cáncer de cérvix y su utilidad podrían mejorar la cobertura de estos programas de tamizaje. De igual manera, una estrategia a considerar podría ser la auto-toma, la cual es un método innovador que permite a la mujer recoger su propia muestra vaginal, permitiendo así afrontar importantes barreras de género y socioculturales, como el miedo, la vergüenza, y el pudor, toda vez que facilita su participación al disminuir el tiempo empleado para su realización, además otras ventajas como el poder hacer frente a la implantación de un programa poblacional disminuyendo los costes y los recursos de personal sanitario necesarios ⁽³¹⁾.

Por otro lado, el análisis cualitativo determinó otra serie de barreras o factores que pueden catalogarse como extrínsecos, dado a que son independientes de la actitud del paciente. Diversos autores han establecido que las causas extrínsecas son las principales barreras que están relacionados con la no realización de la prueba de la CCV por parte de las usuarias ^(26,28); pues en la actualidad muchas mujeres venezolanas tienen conocimientos adecuados sobre la CCV y la enfermedad que previene, por lo que voluntariamente acuden y cumplen con la pesquisa oncológica ⁽²⁵⁾.

En cuanto a estos factores extrínsecos, según los resultados, prevaleció la categoría factor económico. Si bien la economía es un tema cuya solución se escapa de las competencias del personal sanitario y que están vinculadas con la situación actual que atraviesa el país, de profunda crisis social, económica y política; constituye un aspecto muy importante a considerar en la atención médica, sobre todo en un país como Venezuela, con indicadores alarmantes de pobreza. En este sentido, Saldaña y col. ⁽¹⁶⁾, también encontraron que la cuestión económica era vista como una barrera puesto que influye para que las mujeres no regresen a los servicios de salud y a su seguimiento, y más aún cuando para agilizar la obtención de los resultados se

envían a las mujeres a realizarlo a alguna clínica particular y muchas veces las mujeres no tienen los recursos para acudir a servicios privados; tal como manifestaban las usuarias que participaron en los grupos focales donde además de sus propias dificultades económicas, además debían lidiar con asumir el costo del procesamiento de las muestras en el sector privado dado a que el hospital había dejado de prestar dicho servicio.

De igual forma se obtuvo en este estudio que el transporte representó el segundo factor extrínseco en orden de importancia para la realización del tamizaje de cáncer cérvico vaginal mediante citología, resultados que coinciden con otros autores ⁽¹⁶⁾, quienes describen que usar un medio de transporte particular, indicador de mejor nivel socioeconómico, presentó menor frecuencia de falta de cumplimiento. En otras investigaciones se ha determinado que las mujeres que eran residentes en áreas rurales, que requerían de transporte por su lejanía al centro hospitalario, tuvieron una probabilidad significativamente más baja de haberse realizado una citología cérvico-uterina que aquellos en zonas urbanas ⁽³²⁾ lo que coincide con nuestros resultados puesto que las pacientes presentaron como principales factores extrínsecos el transporte y lejanía del centro hospitalario en un 28 % de prevalencia.

Una de las barreras menos frecuentemente encontradas en el discurso de las mujeres participantes de este estudio, fue lo concerniente a las deficiencias en la atención sanitaria. Al respecto, se ha demostrado que muchas mujeres describen múltiples obstáculos de acceso a los servicios de salud, las cuales, expresaron la necesidad de realizar largas filas o trámites dispendiosos para acceder al servicio, siendo estos problemas extendidos también al proceso de entrega de resultados ⁽³³⁾.

De igual manera, en una investigación realizada en mujeres indígenas mexicanas se encontraron múltiples barreras tardanza en entrega de resultados, falta de material, espacios

para la toma y recursos humanos ⁽¹⁶⁾. Aunque en esta investigación no hubo una frecuencia tan elevada de mujeres que asociaron una mala atención sanitaria como un factor extrínseco para la realización de las CCV, algunas se quejaban de las dificultades con la entrega de los resultados y más recientemente la falta del procesamiento de las muestras en la institución.

Algunos autores sugieren que brindar la facilidad para la toma de la prueba en las horas de atención, acomodar las citas de acuerdo a los horarios en los cuales sea más fácil que las mujeres puedan acudir a realizarse la CCV, mejorar los procesos y funciones administrativas de los centros de salud, como citar a las mujeres y notificarlas, así como tomar la prueba a toda mujer que presente factores de riesgo y surtir el material necesario a las clínicas, puede ayudar a disminuir las barreras referentes a la toma de la prueba en mujeres ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Coincidiendo con una reciente investigación ⁽²²⁾, otro factor que afecta la adherencia a la pesquisa oncológica mediante la CCV es la demora en los resultados, que no se procesan directamente en la clínica y existe una gran demora para que sean entregados a los pacientes; tal como lo exponían algunas de las entrevistadas. Contrario a lo expuesto en otros estudios, en esta investigación las participantes no manifestaron dificultades con la relación con el personal sanitario. Al respecto, Saldaña y col. ⁽¹⁶⁾, exponen que dentro de las barreras reveladas en su investigación, lograron identificar la conducta del personal de salud como un obstáculo para la asistencia y la toma de la prueba, en concreto, el mal trato del personal, un trato frío o poco empático y la falta de información, generaba desconfianza y poca satisfacción por parte de las usuarias hacia los centros de salud y sus trabajadores; lo cual puede influir en la decisión de las mujeres para no adoptar conductas preventivas para su salud y no acudir a los centros de detección oportuna del CaCU ⁽³⁷⁾.

Indudablemente, los sistemas de atención médica y la calidad del servicio prestado a los pacientes pueden afectar su participación en la recepción de los servicios de salud; por tanto, conocer los factores que afectan a las mujeres que necesitan pruebas de detección del cáncer ayudará a los responsables de la toma de decisiones a organizar los sistemas de atención de la salud en función de las prioridades de los pacientes⁽³⁸⁾. Así pues, un servicio de prevención del CaCU bien organizado deberá considerar la infraestructura, la capacitación y actualización del recurso humano, adecuado manejo y distribución de los recursos financieros y sobre todo, priorizar los mecanismos de vigilancia para la investigación, detección, seguimiento y tratamiento de las mujeres seleccionadas⁽³⁹⁾.

A pesar de no contar con estadísticas oficiales sobre el estado de salud de la población en Venezuela, dada las circunstancias actuales por las que atraviesa el país es lógico pensar que aún queda mucho por hacer y se necesita de grandes esfuerzos e inversión económica para alcanzar la cobertura de los programas de pesquisa oncológica. La más reciente recomendación de la Organización Mundial de la Salud⁽⁴⁰⁾ de realizar pruebas moleculares de detección del VPH como método de pesquisa del CaCU también debe considerarse con precaución, puesto que una vez que los procedimientos de control de calidad y la cobertura del programa logran una prevención adecuada de esta neoplasia, no está claro si cambiando de la modalidad de examen se logre avanzar en estos objetivos⁽⁴¹⁾.

Una de las fortalezas de este estudio fue el identificar los principales factores que de alguna u otra manera están involucrados en la falta de adherencia al tamizaje del cáncer cervical, una de las primeras causas de muerte por cáncer en mujeres venezolanas. Asimismo, hasta el alcance que abarcó la revisión bibliográfica sobre este tema en Venezuela existen pocas investigaciones relacionadas con la adherencia al tamizaje de

cáncer de cuello uterino en relación con la toma de citología, y que a su vez estén enfocados desde la perspectiva de la mujer, intentando conocer su opinión y sus propias experiencias, se puede decir que esta investigación es pionera dentro de este contexto; se plantea que la comprensión personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de las personas es importante a fin de entenderlas, para la cual se recomienda conocer sus experiencias y sus percepciones por medio de la escucha y la observación⁽⁴²⁾, por lo que resulta que es importante interesarse por el componente subjetivo en torno a las experiencias de las usuarias que acuden a estos programas de pesquisa.

No obstante una de las limitaciones del estudio fue que se reclutaron a las participantes en una campaña de despistaje de cáncer de cérvix, por lo que los porcentajes pudieron estar mal representados, debido a que a esta campaña pudiesen haber asistido las mujeres que tenían más riesgo de esta enfermedad o solo las que alcanzaron recibir la invitación a participar por el personal sanitario o por parte de los voceros de salud de las comunidades de afluencia al hospital ámbito del estudio, por lo que no se puede extrapolar los resultados a toda la población de Ciudad Ojeda.

Asimismo, dentro del protocolo de estudio, no se consideró contrastar los resultados de acuerdo con otras variables biológicas, conductuales y sociodemográficas intervinientes; al respecto existen trabajos en los cuales se ha relacionado una peor adherencia al tamizaje de CaCU con menor edad, la procedencia rural, mujeres solteras o sin pareja estable, menor edad de inicio de las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales o la no utilización de contraceptivos orales⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Finalmente, se pudo concluir que en las mujeres en edad reproductiva entrevistas atendidas en la consulta ginecológica del Hospital Dr. Pedro García Clara presentaron unas series de barreras

o factores que interferían con la adherencia al tamizaje del CaCU, principalmente factores intrínsecos como el temor o la apatía (22,61 %) y barreras extrínsecas como la falta de recursos económicos y las dificultades con el transporte para acudir hasta el hospital. La erradicación del CaCU depende no sólo de la identificación temprana de la enfermedad sino también de la eliminación de las barreras que existan para su detección oportuna, puesto que la adherencia a los programas de pesquisa es fundamental para mejorar el pronóstico de las pacientes.

Ante estos importantes hallazgos, se hace fundamental promover la educación para la salud desde las propias comunidades, sensibilizando a las mujeres con el tema de la prevención del CaCU y la importancia del autocuidado. Asimismo, es sumamente importante establecer contacto con las autoridades sanitarias municipales y de la institución ámbito de estudio, a modo de darle a conocer estos resultados de modo que de ellos puedan derivarse la ejecución de planes y programas que promuevan la pesquisa oncológica mediante la CCV, el fortaleciendo de la consulta ginecológica y servicios complementarios como anatomía patológica, prioritarios para mejorar la atención sanitaria en este centro de salud.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today. [06/08/2021]. Disponible en: URL: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&modepopulation=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1.
2. Itkin B, Garcia A, Straminsky S, Adelchanow ED, Pereyra M, Haab GA, et al. Prevalence of HER2 overexpression and amplification in cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0257976.
3. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e191-e203.
4. Contreras A, Urdaneta JR, Baabel N, Maggiolo IB. Genotipificación del Virus del Papiloma Humano en mujeres en edad reproductiva del estado Zulia, Venezuela. Disponible en: URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7309091>. (Fecha de consulta: 01/10/2021)
5. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona JA, Borrego JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 2010;36(1):52-65.
6. GLOBOCAN. Cancer Fact Sheets: Cervical cancer [Documento en línea]. Disponible en: URL: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>. (Fecha de consulta: 19 de junio de 2020).
7. Ehrenzweig Y, Marván ML, Acosta EA. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Psicología y Salud*. 2013;23(2):161-169.
8. Ciavattini A, Delli Carpini G, Giannella L, Del Fabro A, Banerji V, Hall G, et al. An online survey on emotions, impact on everyday life, and educational needs of women with HPV positivity or abnormal Pap smear result. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(45):e27177.
9. Castillo IY, Aguilar KM, Balaguera D, González HL, Mejía M. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia). *Hacia promoció Salud*. 2013;18(2):123-134.
10. Solís JG, Briones-Torres TI. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018;56(2):167-172.
11. Luna J, Gil F, Deza MÁ. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de citología cervical en una población rural peruana. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2020;19(1):112-124.
12. Varela S. Citología Cervical. *Rev Med Honduras*. 2005;73:131-136.
13. Partridge EE, Abu-Rustum N, Campos SM, Farmer M, Fowler J, García R, et al. Cervical Cancer Screening. Versión 2.2012. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2012. Disponible en: URL: www.nccn.org/professionals/

- physician_gls/PDF/cervical.pdf (Fecha de consulta: 22 de Mayo de 2021).
14. Morales A, Blanco L, Morales C, Tejuca S. Cribado de cáncer de cérvix: ¿merece la pena la búsqueda activa? 47. Atención Primaria. 2015;47(10):653-658.
 15. Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena, Colombia. Salud Barranquilla. 2010;26(2):223-231.
 16. Saldaña M, Montero M, López L. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán, Oaxaca. Psicooncología (Pozuelo de Alarcón). 2017;14(2-3):343-364.
 17. Hernández M, Linaldi F, Apresa T, Escudero P, Alvarado I, Órnelas L, et al. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(4):313-320.
 18. Urrutia M, Araya A, Poupin L ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa Cáncer Cérvico-uterino- auge del Servicio De Salud Metropolitano Sur Oriente. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(5):284-289.
 19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyecto sobre adherencia terapéutica a los tratamientos a largo plazo. 2004. [Documento en línea]. Disponible en: URL: <http://www.paho.org/spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf> (Fecha de consulta: 22 de Mayo de 2021).
 20. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, Momenimovahed S, Alkatout I. Factors related to cervical cancer screening among Asian women. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(19):6109-6122.
 21. Maciel A, Castaño R, Fleider L, Maciel A, Monge F, StaRinger J, et al. Guías de manejo 2015. Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. Sociedad Argentina de Patología del tracto genital inferior y colposcopia. 2015;26(1):30-37.
 22. Kunatoga A, Mohammadnezhad M. Health services related factors affecting the Pap smear services in Fiji: A qualitative study. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1154.
 23. Kim M, Lee N, Won S, Kim J, Kyoung M, Mi-La Kim M, et al. Lead time on confirmatory test after abnormal Pap test in the COVID-19 era. Medicine (Baltimore). 2021;100(39):e27327.
 24. Urrutia M. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(1):3-10.
 25. Urdaneta JR, Nava ML, García J, Cepeda M, Baabel-Zambrano N, Salazar J, et al. Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos. Rev Venez Oncol. 2013;25(4):211-228.
 26. Polo E, Torres S, Ochoa R, Villarreal G. Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal Sincelejo 2013-2014. REVISALUD Unisucre. 2014;2(1):31-34.
 27. Medrano M, Massiel M. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de salud Carlos Cueto Fernandini- 2014. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Licenciatura en Obstetricia. 2014. [Tesis de grado en línea] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4055> Fecha de consulta: 21 de julio de 2020.
 28. Pintado M, Farro D, Colorado F, Gómez S, Lamas Z, León FE, et al. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del Distrito de Chiclayo- 2010. Rev Cuerpo Med. HNAAA. 2011;4(2):94-98.
 29. Padilla A, García D, Rodríguez A, Banguela B, Sánchez. Conocimientos, percepción de riesgos y beneficios de la prueba citológica en mujeres del municipio Ciego de Ávila. MEDICIEGO. Disponible en: URL: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/89/429>. Fecha de consulta: 15 de agosto de 2020.
 30. Aredo MA, Sendo EG, Deressa JT. Knowledge of cervical cancer screening and associated factors among women attending maternal health services at Aira Hospital, West Wollega, Ethiopia. SAGE Open Med. 2021;9:20503121211047063.
 31. Besó M, Ibáñez J, Molina A, Zurriaga O, Salas D. ¿Aceptan las mujeres de la Comunidad Valenciana la auto-toma como forma de cribado de cáncer de cérvix? Rev Esp Salud Pública. 2021;95:e202101023.
 32. Castro MA, Londoño PA, Vera LM. Asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana, 1998-1999. Rev Salud Pública. 2006;8(3):248-257.
 33. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. (La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública. 2006;8(3):185-196.

34. Abercrombie PD. Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001;30:80-88.
35. Valenzuela MT, Miranda A. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Rev Chil Salud Pública.* 2001;5:75-80.
36. Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: A systematic review using the Health Belief Model. *J Low Genit Tract Dis.* 2008;12:232-241.
37. Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. *UCV-Scientia* 2010;2:3442 Disponible en: URL: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/433> (Fecha de Consulta: 22 de octubre de 2021).
38. Mugassa AM, Frumence G. Factors influencing the uptake of cervical cancer screening services in Tanzania: A health system perspective from national and district levels. *Nurs Open.* 2020;7(1):345-354.
39. Maseko F, Chirwa M, Consulting PH, Muula A. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: A review of contributing factors. *Pan Afr Med J.* 2015;21:231.
40. WHO. Guidelines for Screening and Treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013. Disponible en: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>
41. Bispo Pereira EH, Camilo-Júnior DJ, D'ávila SCGP, Mattar NJ, Xavier-Júnior JCC. Comparison of cervical cancer screening results among public and private services in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;158(2):289-294.
42. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3ª edición. Buenos Aires: Paidós Básica; 2000.
43. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvico-uterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(2):101-110.
44. Srivastava AN, Misra JS, Srivastava S, Das BC, Gupta S. Cervical cancer screening in rural India: Status & current concepts. *Indian J Med Res.* 2018;148(6):687-696.
45. Gangane N, Nawi N, San Sebastián M. Women's knowledge, attitudes, and practices about breast cancer in a rural district of Central India. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(16):6863-6870.