



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.1436>

VIVIR CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO *IN SITU*: EXPERIENCIAS DE MUJERES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE RISARALDA, COLOMBIA, 2016. ESTUDIO CUALITATIVO

Living with *in situ* cervical cancer: experience in women seen at a hospital in Risaralda, Colombia, 2016. Qualitative study

Solangel Cano-Giraldo, MD¹; Flor Victoria Caro-Delgadillo²;
María Mercedes Lafaurie-Villami³

Recibido: octubre 13/16 – Aceptado: mayo 10/17

RESUMEN

Objetivo: explorar cómo han sido las experiencias de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino *in situ*.

Materiales y métodos: estudio cualitativo de tipo fenomenológico, basado en entrevistas a profundidad, con participación de mujeres diagnosticadas con carcinoma de cuello uterino *in situ*, atendidas en un hospital de segundo nivel, en un municipio del departamento de Risaralda, Colombia.

Resultados: diez mujeres, con una mediana de edad de 23 años, no esperaban el diagnóstico y este fue devastador; asumieron como fatal su enfermedad y a sus parejas como las responsables del resultado. No muestran una clara comprensión acerca de su enfermedad. Se develan relaciones de pareja asimétricas en las cuales las mujeres no asumen ac-

tivamente la protección sexual. Las mujeres cuentan con pocas redes de apoyo por el estigma que representa para ellas vivir con cáncer de cuello uterino.

Conclusiones: se requiere aplicar un modelo de intervención integral que propenda por el empoderamiento de las mujeres para asumir de manera activa su enfermedad, su autocuidado y sus derechos sexuales y reproductivos, y que incluya a los varones en la prevención y atención. Es necesario que se reconozca que el cáncer uterino va más allá de síntomas como el sangrado y el dolor.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino, género, sexualidad.

ABSTRACT

Objective: To explore the experience of women diagnosed with *in situ* cervical cancer.

Materials and methods: Qualitative phenomenological study based on in-depth interviews with the participation of women diagnosed with *in situ* cervical cancer, seen in a Level II hospital in a municipality of Risaralda, Colombia.

Results: Ten women with a mean of 23 years of age did not expect the diagnosis and were devastated; they assumed that their disease was fatal and blamed

1 Médica colposcopista, Universidad de Caldas; candidata a magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque, Bogotá (Colombia). solangel@utp.edu.co

2 Enfermera, Hospital Central, Bogotá; candidata a magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque, Bogotá (Colombia).

3 Psicóloga; magíster en Igualdad y Género; profesora titular, Universidad El Bosque; docente maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá (Colombia).

their partners for the outcome. They were shown not to have a clear understanding of their disease. Asymmetrical couple relationships were revealed in which women do not undertake to ensure their sexual protection. Women have scant support networks due to the stigma of living with cervical cancer.

Conclusions: A comprehensive intervention model is required in order to foster empowerment of women so that they can play an active role in their disease, self-care and sexual and reproductive rights, and that also involves males in prevention and care. There is a need to create awareness regarding the fact that cervical cancer is more than symptoms such as bleeding and pain.

Key words: Cervical neoplasms, gender, sexuality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de mortalidad femenina por cáncer en América Latina y el Caribe (1). Es el cuarto tipo de cáncer entre las mujeres en el mundo; alrededor del 85 % de los casos se presenta en países en vía de desarrollo; en 2012 murieron por cáncer de cuello uterino 35.700 mujeres en América, de las cuales el 80 % son latinoamericanas y del Caribe (2). En Colombia, en el periodo 2007-2011 se estimaron cerca de 4.462 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año, con una tasa de 19,3 por 100.000 mujeres-año; para ese mismo periodo, en Risaralda hubo 115 casos por año y una tasa de 21,9 x 100.000 (3). A nivel nacional, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el porcentaje de pacientes con cáncer de cuello uterino detectado *in situ*, del total de pacientes detectadas con este cáncer, fue de 63,31 % en 2012, siendo mayor la proporción en el régimen contributivo que en el subsidiado (4).

Este tipo de cáncer representa una compleja problemática de salud sexual y reproductiva, con alto impacto social y económico, que afecta a mujeres cada vez más jóvenes (5); es una patología de origen multifactorial, en que el virus del papiloma

humano (VPH) actúa como causa necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad (6). Se contemplan otros factores asociados a su desarrollo como: el estilo de vida de las mujeres o sus parejas, consumo de anticonceptivos orales por largo tiempo, inmunosupresión, tabaquismo, primer embarazo antes de los 17 años, malos hábitos alimentarios e historia de infecciones de transmisión sexual como la clamidia (5).

A pesar de ser un tipo de cáncer prevenible mediante la detección de las lesiones preneoplásicas tempranas y la vacuna del VPH, el riesgo de enfermar y morir por este cáncer continúa siendo alto; la falta de articulación entre los niveles y actores del sistema y el retroceso en las políticas, aunados a las condiciones socioeconómicas desfavorables de algunas mujeres, contribuyen al avance de las lesiones preneoplásicas producidas por el virus, hacia una neoplasia de alto riesgo o hacia un carcinoma *in situ* (7).

Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia enfatiza en la importancia de la detección temprana de lesiones precancerosas mediante la citología periódica y de los métodos de prevención como la vacunación a temprana edad y la tipificación del VPH (7), persisten barreras entre los profesionales de la salud, quienes sobrestiman la sensibilidad de la citología cervical y en la comunidad por la asociación del VPH con infección de transmisión sexual, según lo señalan Wiesner *et al.* (8).

Se ha establecido una estrecha relación entre las desigualdades e inequidades de género y el cáncer de cuello uterino como problemática en salud (9-10). Según lo señala Cortés, las barreras culturales y de género para el acceso de las mujeres a la prevención mediante la citología son innumerables. Adicional a esto, la estigmatización personal por la infección por VPH posee un impacto adverso en la autoestima y las relaciones significativas en el caso de las mujeres, mas no de los hombres (11).

El cáncer de cuello uterino, como la mayoría de las enfermedades crónicas, es un fenómeno

complejo que presenta diversas caras de las cuales la más explorada ha sido la biológica; esto lleva a ver la importancia de profundizar en la forma como se vive y afronta la enfermedad (8). Algunos estudios en América Latina han abordado esta problemática (12-14), pero son escasos aquellos que han explorado las experiencias de las mujeres que se enfrentan con esta enfermedad. Por tanto, se requiere considerar las diferencias culturales y las necesidades específicas de las mujeres para lograr mayor equidad en el acceso a programas de prevención y detección oportuna del cáncer de cuello uterino (12). Las vivencias de las personas reflejan sus propios modos de entender y vivir los padecimientos (15); en este orden de ideas, se plantea la necesidad de darles la voz a mujeres que viven con cáncer de cuello uterino. La investigación cualitativa ofrece la posibilidad de explorar la percepción subjetiva de la enfermedad y las experiencias vividas (16). Es así como este estudio, enmarcado en este paradigma, tiene como objetivo explorar cómo han sido las experiencias de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino *in situ*, atendidas en un hospital de segundo nivel, en un municipio del departamento de Risaralda, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el estudio, basado en un diseño cualitativo fenomenológico (17), participaron mujeres diagnosticadas con carcinoma de cuello uterino *in situ*, con más de un año de establecido el diagnóstico, atendidas por un hospital público regional, empresa social del Estado (ESE), que presta servicios de bajo y mediano nivel de complejidad a población subsidiada y del régimen contributivo en el sistema de seguridad social en Colombia, ubicado en un municipio del occidente de Risaralda, Colombia. El estudio se realizó entre agosto y octubre de 2015, mediante entrevistas a profundidad (18). El tamaño de la muestra se definió por saturación. Se realizó muestreo consecutivo por conveniencia.

Procedimiento. Previa explicación de los objetivos del estudio y de los intereses de las investigadoras

en el tema se solicitó la firma del consentimiento informado para certificar la aceptación de su participación en el mismo. Posteriormente, la médica investigadora principal entrevistó a las participantes en el consultorio del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino del hospital, hasta la saturación de los contenidos. Las entrevistas, previa validación cultural, fueron grabadas y transcritas, sin ser necesario repetir o ampliar alguna de ellas.

Variables sociodemográficas medidas. Edad, antecedente de infecciones de transmisión sexual (ITS), uso de métodos de protección de ITS, uso de otros métodos anticonceptivos, realización de citologías previas, razón por la que se detectó el cáncer.

Análisis. La codificación y el análisis fueron realizados con apoyo del *software* cualitativo Atlas ti 7®, por acuerdo entre dos investigadoras. En el análisis se llevó a cabo, en un primer momento, una codificación abierta (códigos preliminares) que dio pie a una codificación axial (códigos conceptuales) basada en el marco teórico del estudio. A partir de este proceso, se construyeron redes de relación y “familias” que surgen del apareamiento entre códigos afines (19).

Aspectos éticos. El protocolo contó con la aprobación de un comité de ética institucional; el estudio fue considerado de bajo riesgo (20): se reconoce la sensibilidad de los temas tratados. Se garantizó la confidencialidad de las participantes. Se utilizaron seudónimos para preservar la identidad de las entrevistadas.

RESULTADOS

Se entrevistó un total de 10 mujeres, aplicando los criterios de selección, hasta el punto en el que se llegó a la saturación de los datos. Ninguna paciente rechazó la entrevista. Las entrevistas, realizadas en privacidad, tuvieron una duración promedio de 90 minutos.

Características sociodemográficas de las participantes. La edad de las mujeres entrevistadas osciló entre 19 y 36 años, con una mediana de 23 años. Al momento del diagnóstico se encontraban en unión 7 de las

10 participantes, con una mediana de 2 hijos. Una de ellas no tenía hijos.

Caracterización de los casos. A partir de respuestas a las preguntas de la entrevistadora sobre aspectos específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva, se estableció que la detección del carcinoma de cuello uterino *in situ* se dio principalmente mediante la citología cervical, la cual se tomó en varias ocasiones producto de la decisión de las mismas mujeres; solo cuatro de las participantes refieren haber presentado alguna molestia en su salud como dolor y lesiones genitales como motivo de la consulta al médico. Del análisis de los casos se concluye también que previo al diagnóstico se presentó ausencia o intermitencia de la doble protección con el uso del preservativo en este grupo de mujeres, como se observa en la tabla 1.

Cómo se vivió el momento del diagnóstico: “la noticia”

En sus narrativas sobre su experiencia al ser informadas de su diagnóstico, las entrevistadas relatan que el momento inicial lleva consigo procesos que expresan una alta carga emocional, sobre todo por considerar como mortal la enfermedad. Ninguna de las participantes esperaba el diagnóstico de cáncer. A partir de lo relatado por ellas, el momento del diagnóstico trae consigo devastación, incertidumbre, miedo y depresión y, en algunos casos, sentimientos negativos frente a la pareja. Cristin, quien tenía 19 años al diagnóstico, relata lo siguiente: “Yo me deprimí demasiado, buscaba una solución, sin embargo; yo sí preguntaba sobre qué es el papiloma humano [...] Me sacaron eso que tenía muerto. El período me huele como a muerto. Uno piensa que se va a morir. Sentí un vacío en mi vagina, como que algo me faltaba, me hice consciente que me faltaba un pedacito”.

Conocimiento sobre cáncer de cuello uterino

Se establece que la no presencia de dolor o sangrado fue considerada por las participantes como motivo

para descartar la posibilidad de tener cáncer. Andrea, en su discurso, señala: “Me decían, y yo: ‘Es que no me duele nada y si uno tiene cáncer entonces debe sentir dolor, sangrado’; yo no sentía nada, pero tenía cáncer”.

El conocimiento parcial que las mujeres participantes de esta investigación tienen sobre el cáncer de cuello uterino, y los imaginarios colectivos que se evidencian en algunos de los casos, obligan a repensar de qué forma se debe llevar a las pacientes el conocimiento en este campo de la salud. La afirmación de Alexa, de 23 años al momento del diagnóstico, sugiere que se requiere ser más claros si se desea avanzar en su comprensión: “Pues sé solo lo que le dicen a uno, que son enfermedades, que eso se le despierta a uno, que se transmite sexualmente, que hay formas de prevenirlo”.

Relación con la pareja

Algunas investigaciones han planteado cómo los roles tradicionales de género fomentan la pasividad de las mujeres en su vida marital, lo cual se ve evidenciado en la aceptación de las demandas de tipo sexual de su pareja, sin que medien espacios de negociación para el uso de métodos de protección frente a las ITS, como el preservativo (18). En el caso de las participantes en el estudio es frecuente observar cómo, desde su perspectiva, la protección sexual le corresponde únicamente a sus parejas, mostrando tácitamente permisividad con respecto a una sexualidad fuera de la relación por parte de sus compañeros. Esto se devela en el relato de María Oliva, diagnosticada a los 22 años: “Yo siempre le digo: ‘cuídese, es que el que chupa es uno”.

Como en el caso de María Oliva, varias participantes asocian el carcinoma de cuello uterino con el comportamiento sexual irresponsable de su pareja y se sienten traicionadas. Lina, con 23 años, expresó lo siguiente en su relato: “El cáncer me dio porque la pareja me lo transmitió [...] No me daban ganas de tener relaciones con él, me daba miedo porque de pronto eso me perjudicaba más, estaba muy distante con él [...] Yo le di los mejores

Tabla 1.
Caracterización de los casos de cáncer de cuello uterino *in situ* respecto a la salud sexual y prácticas de prevención en Risaralda, Colombia, 2016

Seudónimo	Edad	ITS	Protección ITS	Anticoncepción	Citologías previas	Detección del cáncer
Andrea	21	Ninguna	No	No	Sí	Campaña de toma citología
Cristin	19	Ninguna	Ocasional	ACO*	Sí	Consulta ginecológica (asociada a un síntoma)
Leidy	23	Condilomas	No	No	Sí	Iniciativa propia [†]
Lidia	28	Ninguna	Ocasional	Pomeroy	Sí	Iniciativa propia
Dina	22	Ninguna	No	ACO	Sí	Iniciativa propia
Sofía	36	Ninguna	No	Cirugía	Sí	Iniciativa propia
María Olivia	22	Ninguna	No	Pomeroy	Sí	Iniciativa propia
María	23	Condilomas	No	Pomeroy	Sí	Consulta ginecológica (asociada a un síntoma)
Paola	23	Ninguna	Ocasional	ACO	Sí	Iniciativa propia
Alexa	23	Ninguna	No	ACO	Sí	Iniciativa propia

Fuente: elaboración propia.

* ACO: anticonceptivos orales.

[†] Iniciativa propia: las mujeres deciden tomarse la citología por distintos motivos.

años porque yo me ajunté con él desde los quince años. Yo me preguntaba: ¿qué estoy haciendo acá? Yo perdí mi juventud acá”.

Acompañamiento y redes de apoyo

El estigma que se genera por la asociación promiscuidad-cáncer de cuello uterino impide a las mujeres participantes buscar apoyo en las diferentes redes sociales. Es así que algunas asumen solas su diagnóstico por temor o vergüenza de que se conozca su realidad. Alexa revela así sus circunstancias: “Me daba pena que los demás se enteraran porque como eso se pega por descuido, evito hablar de ello, es para la casa, me sentía vacía, solo le conté a mi mamá”.

DISCUSIÓN

Este estudio cualitativo muestra la experiencia que refieren las mujeres con carcinoma *in situ* de cérvix

al momento de conocer el diagnóstico. Relatan que no esperaban ese resultado; no tienen una clara comprensión acerca de su enfermedad por lo cual se ven afectadas y sienten que cambia sus vidas en muchos aspectos. Por otra parte, consideran que sus parejas son las responsables del resultado y se develan relaciones de pareja asimétricas en que las mujeres no asumen activamente la protección sexual. Por último, las mujeres cuentan con pocas redes de apoyo por el estigma que representa para ellas vivir con cáncer de cuello uterino.

La edad de las participantes, quienes se encontraban alrededor de sus 23 años al ser diagnosticadas, sugiere, como lo anotan Gómez y Lagoueyte, que el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes y en edad reproductiva (21).

Para las entrevistadas, el cáncer de cuello uterino ha implicado afectación y cambios difíciles

de asimilar en sus vidas, en las esferas corporal, sexual-afectiva y social. En el cáncer de cuello uterino, según lo señalan Barroilhet y Forjaz (22), el significado personal suele ser de daño o pérdida, aunque también puede ser un desafío cuando se puede controlar o cambiar la situación generada por la enfermedad. Según Díaz (23), un cáncer ginecológico no es solo una proliferación desordenada de células que afectan partes del organismo de una mujer; además de los cambios a nivel fisiológico, ella debe enfrentar consecuencias orgánicas y psicológicas propias de la enfermedad y de los tratamientos, aspectos que modifican de forma importante su relación con el cuerpo, con el otro y con la vivencia de su sexualidad.

Por otra parte, la comprensión de la enfermedad es importante ya que la manera como las personas perciben el concepto de cáncer de cuello uterino se relaciona con el modo en que viven sus relaciones de pareja y la manera como ejercen sus prácticas sexuales; también tiene que ver con las formas de prevención y atención de la enfermedad que son validadas por el grupo humano al que pertenecen. Los factores sociales y las relaciones de poder, por ende las relaciones de género, son relevantes y hacen parte de los aspectos que constituyen el binomio salud/enfermedad (9).

El tener que enfrentarse a un cáncer de cuello uterino ha confrontado a las participantes con una realidad que hace especialmente compleja su situación: además de considerar a sus parejas como los posibles causantes de su problema de salud, se ven abocadas a vivir con una enfermedad que conlleva una gran carga social debido al estigma de ser asociada al comportamiento promiscuo, lo que las lleva a contar con escasas redes sociales por la vergüenza y el temor al rechazo. Estudios socioculturales sobre cáncer de cuello uterino y VPH exponen cómo las mujeres diagnosticadas presentan estigmatización sobre su sexualidad, lo que las lleva a aislarse del contacto social (24). El estigma que pesa sobre enfermedades como el cáncer cervicouterino fortalece

la apreciación fatalista sobre el mismo, además de que refuerza la subordinación de género (25).

Continúan existiendo tabúes que inciden negativamente en la detección oportuna del cáncer de cuello uterino (26); la ausencia de dolor y de sangrado alejó a las entrevistadas de cualquier sospecha de la enfermedad, por lo que es necesario que se reconozca que este tipo de cáncer va más allá de estos síntomas, educando e insistiendo en la citología periódica como forma de detección temprana de la patología.

Es evidente la ausencia de un discurso de derechos y la dificultad de las mujeres participantes en este estudio para asumir con autonomía su cuerpo y su salud; al considerar que han sido sus parejas las responsables de la transmisión del VPH, no se observa en ellas un papel activo en el modo de enfrentar esta realidad, por lo que se establece la importancia de un abordaje de género.

Los resultados del estudio requieren ser leídos a la luz del método fenomenológico, cuya fortaleza está en profundizar en las vivencias de un grupo de mujeres con cáncer de cuello uterino, lo cual ofrece un referente importante para construir estrategias hacia un adecuado abordaje de la problemática en este grupo humano. Como debilidad del estudio, y asociada con el método utilizado, es necesario destacar que los datos obtenidos solo pueden ser generalizados al grupo específico estudiado.

CONCLUSIONES

Con el fin de intervenir de manera integral en la incidencia del cáncer de cuello uterino, se plantea la necesidad de una educación sexual comprensiva de la dinámica cultural y social de las prácticas sexuales, concientizando e involucrando al varón en la prevención del virus (9). Es imperioso trabajar por el empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de la autonomía en torno a su salud sexual y reproductiva, del autocuidado frente al VPH y de la responsabilidad personal en este contexto.

Desde el ámbito de la salud sexual, se requiere avanzar en la construcción de estrategias comunicativas e informativas acordes con las necesidades de las personas y los grupos humanos, para una mayor comprensión del cáncer de cuello uterino, su prevención y detección, entendiendo la necesidad de superar mitos y tabúes como su asociación con el dolor y el sangrado. Por último, es importante continuar profundizando, desde la investigación, en la perspectiva de las mujeres acerca del VPH y su prevención, con miras a contar con mayores referentes socioculturales que permitan intervenir para generar cambios en los paradigmas que perpetúan su expansión.

AGRADECIMIENTOS

A las participantes en el estudio, cuyas historias inspiran un trabajo decidido para minimizar la incidencia del cáncer de cuello uterino en la vida de las mujeres colombianas.

REFERENCIAS

1. OPS. Cáncer Cervicouterino en las Américas. Nota informativa 2014.
2. Agencia Internacional del Cáncer. Globocan. 2012 [citado 2014 mar 1]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
3. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, 2015 [citado 2016 sep 6]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección social. Tendencias del cáncer de cérvix: Colombia en el marco de América Latina [citado 2017 mar 4]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/eventos/Tendencia-cancer.pdf>
5. American Cancer Society. Cáncer de cuello uterino: detección temprana y prevención. [citado 2013 ago 24];2-3. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
6. Cortés García CM. Seminario Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos). 2013 [citado 2016 sep 6]. Disponible en: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384271314_ARQUIVO_cLAUDIAgARCIA.pdf
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. 2016 [citado 2017 mar 6]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Cuello_Uterino/LPC_Guia_pacientes_julio_2016.pdf
8. Wiesner C, Rincón L, Gamboa O, Piñeros M, González M, Ortiz N et al. Barreras para la implementación de la prueba ADN-VPH como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2013 [citado 2017 mar 5];17(3):93-102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152013000300002&lng=en.
9. Luna M, Sánchez G. Cáncer cervicouterino ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? [citado 2016 mar 4]. Disponible en: http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/V_2_1.pdf
10. Valencia M. El cáncer cervicouterino, una mirada desde el interaccionismo simbólico. *Rev Poiesis*. 2010 [citado 2013 ago 20];(19):1. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/viewFile/108/85>
11. Contreras R. Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix: Hospital Civil de Maracay, 2012. *Comunidad y Salud*. 2015 [citado 2016 sep 4];13(1):12-22. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000100003&lng=es.
12. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009 [citado 2016 ago 25];27(2):177-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200009
13. Noreña-Quiceno C, Tamayo-Acevedo L. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan*. 2010;10:52-68.

14. Dávila Gómez HL, García Valdés AI, Álvarez Castillo F. Cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2010 [citado 2017 mar 4];36(4):603-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014&lng=es.
15. Esteban ML. El estudio de la salud y el género, las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. 2006 [citado 2013 ago 9];2(1):9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002
16. Lafaurie MM. La investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: aportes a la Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2006;1:31-40.
17. Ricard M, Bo Bonet RM, Climent C. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *UT Revista de Ciències de l'Educació.* 2010 [citado 2015 nov 6];113-133. Disponible en: <http://revistes.urv.cat/index.php/ute/article/viewFile/643/622>
18. Olaz A. *La entrevista en profundidad.* Oviedo: Ediciones Septem; 2008.
19. Dantas C, Leite JL, Soares, SB, Conceição MA. Teoría fundamentada en los datos-aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009 [citado 2016 feb 23];17:573-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf
20. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993.
21. Gómez MM, Lagoueyte MÍ. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cervix. *Av Enferm.* 2012;XXX:32-41.
22. Barroilhet D, Forjaz J. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatría.* 2005;33:390-7.
23. Díaz V. Sexualidad, cuerpo y duelo. Experiencia clínica en mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico. *Pensamiento psicológico.* 2010; 7:155-60.
24. Luna M, Sánchez G. Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de las Casas, México. *LiminaR.* 2014;12:67-80.
25. Arellano M. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales.* 2013 [citado 2016 abr 4];21(42):261-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v21n42/v21n42a11.pdf>
26. Castro Vásquez M. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública Mex.* 2010;53:207-11. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000300004>

Conflicto de intereses: ninguno declarado.