



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E

**FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA
CARRERA DE SOCIOLOGÍA**

Creencias sobre el cáncer cervicouterino en las mujeres de la comuna de Valparaíso

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada en Sociología y
Título Profesional de Socióloga

PAULA ANDREA LLANTÉN BRIONES

Profesor Guía:
Emanuel Daniel Isaac Arredondo González

Marzo, 2018

DEDICATORIA

A mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Nancy y Sergio, por su constante apoyo y esfuerzo; sé que mi padre desde algún lugar del universo se siente orgulloso.

A toda mi familia, especialmente a mi hermano Sergio y mi abuela Isabel, por el apoyo y la paciencia que me han tenido en los últimos años.

A mi amiga Génesis por sus sugerencias y comentarios.

A mi profesor guía Emanuel por su compromiso, por los consejos y comentarios cada vez que fue necesario.

A la matrona de la Universidad, Maritza Cofre por haber tenido la disposición para aclararme algunas dudas que tuve en el transcurso de la tesis.

A cada mujer que tuvo la disposición al momento de responder las preguntas requeridas.

MUCHAS GRACIAS

RESUMEN

Se elaboró un diseño descriptivo de corte transversal a fin de indagar en los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino y la Prueba de Papanicolau (PAP), así como las creencias que poseen las mujeres a través de cuatro conceptos básicos derivados del Modelo de Creencias de Salud: percepciones de susceptibilidad y severidad ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y, evaluación respecto de los beneficios y barreras de las conductas preventivas, con el propósito de establecer una asociación entre estas cuatro variables y la adopción de conductas preventivas. Se administró un cuestionario a 100 mujeres entre 18 y 64 años de edad de la comuna de Valparaíso. Los resultados mostraron que las mujeres poseen un conocimiento suficiente sobre el cáncer cervicouterino y muy suficiente sobre la Prueba de Papanicolau. Se evidenció que existe un bajo nivel de Susceptibilidad Percibida, además la Severidad Percibida frente a la enfermedad es alta entre las mujeres de la muestra. Respecto de los Beneficios y Barreras Percibidas específicamente respecto de la Prueba de Papanicolau, se constató que las mujeres ven la práctica como medianamente afectiva, y las barreras se encuentran presentes en un 40% de las mujeres. Finalmente, se evidencia que la susceptibilidad y las barreras están asociadas a las conductas preventivas.

Palabras Clave: Cáncer cervicouterino, Papanicolaou, Modelo de Creencias de Salud, conductas preventivas.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	4
ÍNDICE	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	9
SIGLAS	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 Antecedentes y epidemiología del cáncer y del cáncer cervicouterino	14
1.2 Definición y causas del cáncer cervicouterino.....	15
1.2.1 Causas del cáncer cervicouterino y factores de riesgo.....	16
1.3 Estrategias sanitarias contra el cáncer cervicouterino en Chile	18
1.3.1 La Prueba Papanicolaou.....	18
1.3.2 Vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH).....	19
1.4 Antecedentes de investigaciones sobre el cáncer cervicouterino	20
1.5 Contexto en el que surge el problema de investigación.....	24
1.6 El cáncer cervicouterino como problema social	25
1.7 Objetivos de la investigación.....	27
1.7.1 Objetivo general.....	27
1.7.2 Objetivos específicos	27
1.8 Relevancias de la investigación.	27
1.8.1 Relevancia teórica.	27
1.8.2 Relevancia metodológica.....	28
1.8.3 Relevancia práctica.....	28
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	30
2.1 Salud y Determinantes Sociales.	30
2.1.2 Determinantes sociales de la salud y género	31
2.2 Creencias y conductas de salud	32
2.3 Modelo de Creencias de Salud	34
2.3.1 Análisis crítico del uso de teorías y modelos de comportamiento en salud	34
2.3.2 Formulación y orígenes del Modelo de Creencias de Salud.....	35
2.3.3 Orígenes teóricos del Modelo de Creencias de Salud.....	36
2.3.4 Análisis crítico del Modelo de Creencias de Salud	38
2.3.5 Componentes del Modelo de Creencias de Salud.....	39
2.4 Conductas saludables.....	42
2.4.1 Conductas preventivas	43
2.5 Conductas no saludables.....	44
2.6 Hipótesis	45
2.6.1 Hipótesis general	45
2.6.2 Hipótesis específicas	45

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO.....	47
3.1 Tipo de estudio.....	47
3.2 Tipo de diseño.....	47
3.3 Universo y muestra	47
3.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión: edad de la muestra	49
3.4 Técnica de recolección de datos.....	49
3.5 Definición y operacionalización de las variables	50
3.5.1 Variable dependiente:	50
3.5.2 Variables independientes.....	51
3.5.3 Variables sociodemográficas	53
3.6 Pretest.....	54
3.7 Trabajo de campo	54
3.8 Validez, confiabilidad y calidad del dato.....	55
3.8.1 Índice de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino	55
3.8.2 Índice de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino	59
3.8.3 Índice de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino	61
3.9 Técnica de análisis de datos y procesamiento de la información.....	64
3.10 Condiciones éticas	64
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	66
4.1 Características socio-demográficas de las mujeres	66
4.2 Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de PAP	71
4.2.1 Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino	71
4.2.2 Conocimiento causa del cáncer cervicouterino.....	72
4.2.3 Conocimiento prueba de PAP.....	73
4.3 Adopción de conductas de prevención	75
4.4 Creencias sobre el cáncer cervicouterino	77
4.4.1 Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino	77
4.4.2 Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino	81
4.4.3 Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino	84
4.4.4 Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino	88
4.5 Análisis de Preguntas abiertas.....	92
CONCLUSIONES.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	112
Anexo N°1: Encuesta sobre creencias y cáncer cervicouterino	112
Anexo N°2: Mapa comuna de Valparaíso	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución etaria del universo de mujeres entre 18-64 años de edad, comuna de Valparaíso.....	48
Tabla 2: Distribución etaria de la muestra de mujeres entre 18-64 años de edad, comuna de Valparaíso.....	49
Tabla 3: ¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba de PAP?	51
Tabla 4: Barreras en la realización de la prueba de PAP.....	53
Tabla 5: Distribución de frecuencia Susceptibilidad Percibida.....	56
Tabla 6: Distribución de frecuencia del índice Susceptibilidad Percibida	57
Tabla 7: Distribución Niveles de Susceptibilidad Percibida	58
Tabla 8: Distribución de frecuencia Severidad Percibida	59
Tabla 9: Distribución de frecuencia del índice Severidad Percibida	60
Tabla 10: Distribución Niveles de Severidad Percibida	61
Tabla 11: Distribución de frecuencia Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas	62
Tabla 12: Distribución de frecuencia del índice Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas	63
Tabla 13: Distribución Niveles de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas	63
Tabla 14: Menciones causa cáncer cervicouterino.....	73
Tabla 15: Utilidad de la prueba de PAP.....	74
Tabla 16: Adopción de conductas de prevención según variable edad.....	76
Tabla 17: Adopción de conductas de prevención según variable años de escolaridad ..	77
Tabla 18: Pregunta N°3.1	78
Tabla 19: Pregunta N°3.2.....	78
Tabla 20: Pregunta N°3.3.....	78
Tabla 21: Distribución de la Susceptibilidad Percibida, según variable edad	79
Tabla 22: Distribución de la Susceptibilidad Percibida, según variable años de escolaridad	80
Tabla 23: Adopción de conductas preventivas, según susceptibilidad percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino	81
Tabla 24: Pregunta N° 3.4.....	81
Tabla 25: Pregunta N° 3.5.....	81
Tabla 26: Pregunta N° 3.6.....	82
Tabla 27: Distribución de la Severidad Percibida, según variable edad.....	83
Tabla 28: Distribución de la Severidad Percibida, según variable años de escolaridad..	83
Tabla 29: Adopción de conductas preventivas, según severidad percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.....	84
Tabla 30: Pregunta N°3.7.....	85
Tabla 31: Pregunta N°3.8.....	85
Tabla 32: Pregunta N°3.9.....	85
Tabla 33: Distribución de Efectividad Percibida respecto de la práctica de la prueba de PAP, según variable edad	86
Tabla 34: Distribución de Efectividad Percibida respecto de la práctica de la prueba de PAP, según variable años de escolaridad	87

Tabla 35: Adopción de conductas preventivas, según Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino	88
Tabla 36: Tipos de barreras respecto de la realización del PAP	89
Tabla 37: Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas, según variable edad	90
Tabla 38: Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas, según variable los años de escolaridad.....	91
Tabla 39: Adopción de conductas preventivas, según barreras percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino .	92
Tabla 40: ¿Cuál cree que es la razón por las que las mujeres no se hacen la prueba de PAP?.....	92
Tabla 41: ¿Tiene usted alguna idea u opinión que no se le ha preguntado y quisiera expresar?.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad agrupada de la muestra de las mujeres	67
Gráfico 2: Estado Civil de las mujeres.....	67
Gráfico 3: Durante la semana pasada ¿realizó usted algún trabajo por el cual recibió o recibirá algún ingreso económico?	68
Gráfico 4: Tipo de ocupación laboral	68
Gráfico 5: ¿Profesa usted alguna religión?	69
Gráfico 6: ¿Cuál religión?.....	69
Gráfico 7: Educación Escolar	70
Gráfico 8: Educación secundaria.....	70
Gráfico 9: Previsión de salud.....	71
Gráfico 10: Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino	72
Gráfico 11: Conocimiento causa del cáncer cervicouterino.....	72
Gráfico 12: conocimiento de la prueba de PAP.....	74
Gráfico 13: ¿Cuándo se realizó la prueba de PAP por última vez?.....	75
Gráfico 14: Adopción de conductas preventivas	76
Gráfico 15: Distribución del nivel de Susceptibilidad Percibida	79
Gráfico 16: Distribución del nivel de Severidad Percibida	82
Gráfico 17: Distribución del nivel de Efectividad Percibida respecto de la práctica de la prueba de PAP.....	86
Gráfico 18: Barreras respecto de la realización de la prueba de PAP.....	89
Gráfico 19: Cantidad de barreras en la realización de la prueba de PAP	90

SIGLAS

ADN: Acido Desoxirribonucleico.

AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas.

AVISA: Años de Vida Saludables.

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías Explícitas en Salud.

GLOBOCAN: Global Burden of Cancer Study.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TIC: Tecnologías de la Información.

VLP: Virus Like Particles.

VPH: Virus Papiloma Humano.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia han existido diferentes enfermedades que han afectado a la humanidad. Si bien años atrás eran enfermedades, en su gran mayoría, de origen infeccioso y viral (como el cólera, tuberculosis, tifus, entre otras), en la actualidad se enfrenta otra realidad, destacándose la preeminencia de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que han alcanzado una mayor preponderancia desde inicios del siglo XXI y se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada.

Las ECNT implican una problemática muy importante, ya que las causas de estas enfermedades generalmente se encuentran asociadas a determinados estilos de vida. En este sentido, estas enfermedades no solo tienen implicancias en cuanto a la salud, sino que también se vinculan de manera directa con el ámbito social y psicológico.

Dentro de estas enfermedades, el cáncer adquiere una relevancia especial puesto que, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), provoca alrededor de 11,5 millones de muertes al año lo cual lo convierte en la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Según estimaciones de la OMS, se espera que las defunciones aumenten en un 45% al año 2030, esto es, pasando de 11,5 millones anuales a 15,5 millones respectivamente (OMS, 2008).

Dentro de los cánceres que más mortalidad ocasionan alrededor del mundo, encontramos el cáncer cervicouterino, el cual es el tercero en incidencia en las mujeres, después del cáncer de mama y el colorrectal. Cada año aproximadamente unas 530.000 mujeres desarrollan este tipo de cáncer y cerca de 275.000 mueren a causa de esta enfermedad (GLOBOCAN, 2008).

A pesar de que rápidamente se ha logrado identificar el agente causal (Virus Papiloma Humano, virus de transmisión sexual), desarrollar métodos eficaces de pesquisa, diseñar estrategias de prevención, conocer las características de la enfermedad en los diferentes grupos y poblaciones afectados, se ha evidenciado que el progreso científico no ha bastado para frenar la enfermedad. Por ende, la herramienta principal de la que se dispone hoy en día para hacer frente a esta enfermedad es la prevención. Es importante señalar que el cáncer cervicouterino es uno de los cánceres que se puede prevenir y tratar, puesto que transcurren entre 10 y 20 años antes que las lesiones cervicales precursoras progresen hacia un cáncer invasor (OMS, 2004), por lo cual, la principal herramienta que se recomienda para su

prevención es la realización de la Prueba de Papanicolau (PAP) en las mujeres (MINSAL, 2005).

Prevenir el cáncer cervicouterino supone informar a las mujeres cómo y de qué prevenirse y, también, lograr que se pongan los conocimientos en práctica. Sin embargo, a pesar de la existencia de programas de prevención a mediano y largo plazo impulsados por el Ministerio de Salud estos no han tenido la cobertura a nivel nacional esperados, especialmente en lo que se refiere a la cobertura de la prueba de PAP. A nivel internacional se recomienda que debiese mantener una tasa de cobertura del 80% lo que evitaría tres de cada cuatro muertes, pero en Chile las cifras de cobertura del examen han sufrido un descenso sostenido en los últimos años pasando de un 68% a un 57% entre los años 2008 y 2013 (Báez, 2016).

Cabe agregar que existen varios fenómenos que indican la presencia de factores externos que estarían asociados a la prevención, y por ello, es necesario discutir y explicar algunos factores más allá de la frontera médica que estarían explicando la no prevención y el problema de la conducta preventiva. En función de lo anterior, la presente investigación pretende indagar sobre el conocimiento que las mujeres tienen sobre el cáncer cervicouterino y las creencias que poseen en base a dicha enfermedad. Debido a que el concepto de creencias puede ser entendido de forma muy general, se ha decidido utilizar de forma específica el Modelo de Creencias de Salud, especialmente los cuatro constructos que este posee: Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos y Barreras Percibidas.

La tesis se divide en 4 capítulos. El primero de ellos introduce la problemática de investigación mostrando los antecedentes del cáncer cervicouterino, complementando con estadísticas de esta enfermedad, además de plantear los objetivos de la investigación y sus relevancias. El capítulo 2 abordará los lineamientos teóricos que guían la investigación, clarificando los conceptos utilizados. Por su parte, el capítulo 3 incluirá las consideraciones metodológicas con las cuales se desarrolló la tesis, incluyendo muestra, instrumento, confiabilidad, entre otros. El capítulo 4 presenta los resultados de la aplicación del instrumento y el análisis de los mismos y finalmente se presentan las conclusiones de la tesis, las cuales pretenden cerrar la investigación a través de la hipótesis y los objetivos planteados en un comienzo para ser contrastados con los resultados obtenidos.

Capítulo 1.

Formulación del Problema de Investigación

CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las enfermedades no transmisibles, en especial el cáncer, han marcado la salud de las personas desde comienzos del siglo XX, y han alcanzado de forma exponencial niveles epidémicos a lo largo de todo el mundo. A continuación se presentarán los diferentes antecedentes de este problema que configurarán los objetivos de la investigación.

1.1 Antecedentes y epidemiología del cáncer y del cáncer cervicouterino

El cáncer y el cáncer cervicouterino son patologías que se enmarcan dentro de las denominadas *Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTs)*, las que en las últimas décadas han dirigido las problemáticas de salud pública. Estas se caracterizan por poseer un desarrollo prolongado a lo largo del tiempo, por lo que es difícil lograr una cura completa de la misma. Entre estas enfermedades encontramos: enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, artritis, cánceres, enfermedades pulmonares y neurológicas (Escobar, 2007).

En este contexto, el cáncer adquiere una relevancia especial al constituir en sí misma una de las patologías que más afecta la salud de las personas a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer provoca alrededor de 11,5 millones de muertes al año, lo cual lo convierte en la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Según estimaciones, se espera que las defunciones aumenten en un 45% al año 2030, esto es, pasando de 11,5 millones anuales a 15,5 millones respectivamente (OMS, 2008).

Dentro de los cánceres el que más mortalidad ocasiona alrededor del mundo, corresponde al cáncer cervicouterino, el cuál es el tercero en incidencia en las mujeres, después del cáncer de mama y el colorrectal. Cada año aproximadamente unas 530.000 mujeres desarrollan este tipo de cáncer y cerca de 275.000 mueren a causa de esta enfermedad (GLOBOCAN, 2008). Las proyecciones de mortalidad que se manejan indican que para el año 2030 unas 474.000 mujeres morirán por año y que alrededor de un 95% de estas muertes tendrán lugar en países de medianos y bajos ingresos (OMS, 2004).

En el caso chileno el cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, con 24.592 fallecidos en el año 2013 (25,6% del total de muertes) y una tasa de 139 por 100.000 habitantes. Es, sin embargo, la primera causa de Carga de Enfermedad, con el 13,8% del total de Años de Vida Perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en 2013 (MINSAL, 2016).

El concepto de Carga de Enfermedad es un indicador que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de la enfermedad y su unidad de medida son los años de vida saludables perdidos por una enfermedad (AVISA) (Cortés et al., 2004).

Los tipos de cáncer más frecuentes, tanto desde el punto de vista de la mortalidad, como de la carga de enfermedad son: estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino. Con excepción del cáncer de pulmón, Chile tiene mayor carga de enfermedad en todos los cánceres en comparación con la carga a nivel mundial (MINSAL, 2016).

Dentro de estos tipos de cáncer, el cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública. No obstante, la enfermedad en Chile ha mostrado una disminución de 14,3 por cada 100.000 mujeres en el año 1990, a 5,7 por cada 100.000 mujeres en el año 2011 (MINSAL, 2013) propiciado principalmente por las siguientes estrategias:

- Citología cervical: Introducida en Chile en los inicios de los años setenta, para la pesquisa precoz del cáncer cervicouterino.

- Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino en el año 1987: su objetivo principal es disminuir las tasas de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección de la enfermedad en etapas preinvasoras, así como la aplicación de tratamientos adecuados y oportunos.

- Incorporación de la enfermedad al Programa de Oportunidad de la Atención de FONASA en el año 1997.

- Incorporación de la enfermedad dentro de las primeras 25 patologías AUGE en el año 2004.

A pesar de estas estrategias incorporadas, aun así, no se ha logrado la reducción del 40% propuesta por el Ministerio de Salud para el decenio 2000-2010 para el cáncer cervicouterino. La tasa ajustada de mortalidad en Chile fue de 5,8 por 100.000 mujeres el año 2010, más del doble que la de países desarrollados como Finlandia y Estados Unidos (Léniz et al., 2014).

1.2 Definición y causas del cáncer cervicouterino

El Ministerio de Salud define el cáncer cervicouterino como una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego

a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal (MINSAL, 2010).

1.2.1 Causas del cáncer cervicouterino y factores de riesgo

El 99,8% de los casos de cáncer cervicouterino se deben a tipos específicos de un virus llamado Virus Papiloma Humano (VPH) virus que es transmitido por vía sexual. Esta importante relación fue demostrada a principios de los años ochenta por el doctor Harald zur Hausen (López & Lizano, 2006).

La infección por VPH es un requisito necesario para el desarrollo de esta enfermedad y es una de las principales infecciones transmitidas sexualmente en el mundo. La mayoría de los adultos (15-49 años) adquirirá la infección por Virus Papiloma Humano en algún momento de su vida y nunca lo sabrá, ya que la infección no genera síntomas y puede no producir enfermedad (Zacarías, 2009).

Existen más de 100 tipos de VPH que han podido ser identificados, estos han sido clasificados en virus de alto riesgo o de bajo riesgo de génesis del cáncer. Aquellos que han podido ser considerados de alto riesgo son: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82. De éstos, cuatro tipos se han encontrado más comúnmente asociados dentro de las células malignas de cáncer cervicouterino, observándose que el tipo 16 se identifica en la mitad de los casos y los tipos 18, 31 y 45 con un 25 – 30% del resto (Zacarías, 2009).

El contexto actual en el que se encuentra el VPH en Chile se puede resumir de la siguiente forma:

- El VPH más frecuente es el 16, igual que en Estados Unidos y Europa. Después aparecen el 56, 58 y 59. El tipo 18, que en Estados Unidos ocupa el segundo lugar, en Chile es muy infrecuente (Ferrecio et al., 2008).
- La edad de mayor prevalencia del VPH es en el grupo etario comprendido entre los 15-24 años (Ferrecio et al., 2004).
- Existe una prevalencia del 14% de infección por VPH en las mujeres, donde el 71% es de alto riesgo (Ferrecio et al., 2004).
- En nuestro país no se han desarrollado intervenciones educativas dirigidas a la prevención por infección del VPH (Urrutia, 2015).

Si bien está demostrado que el VPH es el principal factor de riesgo asociado al cáncer cervicouterino, en la actualidad es considerado virtualmente necesario, pero no suficiente como agente causal. Existen factores de riesgo que han podido ser identificados y han sido clasificados de la siguiente manera (Ortiz, Uribe, Díaz & Dangond, 2002).

1) Características de la conducta sexual:

- Elevado número de compañeros sexuales: relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales.
- El inicio temprano de relaciones sexuales: en la adolescencia los tejidos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos.
- Características del compañero sexual: un compañero que haya tenido un mayor número de compañeras sexuales.
- Enfermedades de transmisión sexual: se ha demostrado la asociación de cáncer cervicouterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia.

2) Factores relacionados con la reproducción:

- Paridad: las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las que no han sido madres, luego de cuatro hijos el riesgo se triplica.
- Edad del primer parto: la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cáncer cervicouterino.
- Partos vaginales: las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que solo tuvieron partos por cesáreas.
- Anticonceptivos orales: su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Este factor de riesgo ha sido discutido puesto que es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando estos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical.

3) Factores psicosociales:

- Condición socioeconómica y cultural: existen datos controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer cervicouterino y la condición socioeconómica, social o educativa. Las mujeres de más bajo nivel social cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia.
- Educación en salud: en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de la prueba Papanicolau (PAP) hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones.

-Rol que percibe la mujer de su feminidad: esto es, la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones oportunas.

4) Factores asociados con la calidad de la atención:

-Acceso: las mujeres que se encuentran incluidas en programas de control prenatal, planificación familiar y las que en general usan los servicios de salud son la población cautiva para la toma del PAP.

-Demanda inducida: la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y adhesión a los planes de control.

-Pertinencia científica y técnica: es importante que los programas de educación concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como las políticas y programas nacionales de salud.

5) Tabaquismo:

-Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen el doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras.

1.3 Estrategias sanitarias contra el cáncer cervicouterino en Chile

El cáncer cervicouterino ha sido enfrentado por las autoridades de nuestro país como una patología preocupante y se han desarrollado en los últimos años nuevas estrategias que apuntan a la prevención de esta enfermedad.

1.3.1 La Prueba Papanicolaou

La citología exfoliativa del cuello del útero, introducida por George Papanicolaou, es considerada como la medida más eficaz y rápida disponible a nivel del sistema de salud para controlar el cáncer cervicouterino. Además, es la más utilizada a nivel mundial y en el caso chileno cuenta con las siguientes características:

-Se encuentra dentro del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, que se inició el año 1987 basándose en recomendaciones de la OPS/OMS (Urrutia, 2015).

-Cuando el resultado de la prueba de Papanicolaou (PAP) es positivo o se tiene sospecha clínica de cáncer cervicouterino, se deriva a la mujer al nivel secundario de atención. Desde el 2004 que la confirmación, diagnóstico,

tratamiento y seguimiento de los casos detectados se encuentran entre las Garantías Explícitas de Salud (GES) (Urrutia, 2015).

- El examen se realiza cada tres años, en el sistema público de salud, a las mujeres entre 25 y 64 años de edad priorizando el grupo etario mayor de 35 años (MINSAL, 2016).

-La cobertura a nivel nacional de la prueba de PAP al año 2013 en las mujeres que se encuentran inscritas en el consultorio o centro de salud familiar municipal es de un 57%, mientras que las mujeres afiliadas a ISAPRES alcanzan una cobertura del 63% (MINSAL, 2016).

-La prueba de PAP según estudios observacionales reporta una sensibilidad de un 62% (eficacia de la prueba para detectar el cáncer en los que tienen la enfermedad) y especificidad de 95% (grado en que una prueba de resultados negativos en aquellos que están libres de la enfermedad) para lesiones preinvasoras de alto grado o más (MINSAL, 2010).

A partir del hecho de que esta enfermedad se puede detectar en primeras instancias, a través de la prueba de PAP, es que resulta altamente relevante que al momento de estudiar este problema se deba hacer desde su condición transmisible (Virus Papiloma Humano) y desde su condición crónica (cáncer). En el caso de su condición transmisible, esto remite a que las personas del rango etario de entre 15 a 49 años adquirirán este virus en algún momento de su vida. En cuanto a enfermedad crónica, el cáncer cervicouterino es una enfermedad que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, por lo que afecta no tan solo a la persona en el plano físico, sino que también tiene repercusiones en el plano emocional, económico, familiar y social.

1.3.2 Vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH)

Para prevenir la infección del VPH se han llevado a cabo estudios que han utilizado vacunas con partículas parecidas al virus VLP (partículas como virus) las cuales contienen las proteínas de la cápside del VPH sin ADN, siendo partículas no infectantes (Zacarías, 2009).

En Chile, en el año 2013, el Ministerio de Salud a través de su entonces ministro Jaime Mañalich, solicitó el financiamiento necesario en el presupuesto del año 2014 para incorporar la vacuna contra el VPH al Programa Nacional de Inmunización (Dorrego, 2013). Al año siguiente, se hizo efectiva la incorporación de la vacuna al Plan Nacional de Inmunizaciones.

La aplicación de esta vacuna consiste en dos dosis con una diferencia de 12 meses entre la aplicación de la primera y la segunda. La primera dosis está destinada a las niñas de 4° año básico y la segunda a niñas de quinto básico (MINSAL, 2014). El año 2014 se vacunaron aproximadamente 120.000 niñas y a partir del 2015 se administran 250.000 dosis cada año (1ª dosis a 4° básicos y 2ª dosis a 5° básicos) (MINSAL, 2014). De esta forma si la vacuna logra su total implementación se podrían prevenir el 70% de los casos de cáncer cervicouterino (OPS, 2014).

La aplicación de la vacuna en Chile no ha estado exenta de polémicas, agrupaciones de padres a lo largo del país han puesto recurso de protección para frenar la inmunización en las Cortes de Apelaciones de Arica, Iquique, La Serena, Valparaíso, Temuco y Puerto Montt. Así fueron Las Cortes de Apelaciones de Arica y Chillán quienes admitieron a trámite tres recursos de protección que buscan frenar la vacuna. Estos hechos serían la primera vez, a nivel internacional, que un bloque de padres eleva a tribunales la aplicación forzosa, respaldada por ley, de esta vacuna. Roberto del Águila, consultor en epidemiología de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS), ha declarado que esta judicialización no la había visto en ningún otro sitio, ya que en todos los países en que se incluye la vacuna, entra a ser un asunto de salud pública y, por lo tanto, una obligación y derecho (Herrera, 2016).

Teniendo en cuenta los antecedentes anteriores, el problema de investigación pone énfasis en el grupo de mujeres que no han sido beneficiadas por el Plan Inmunización Nacional, las mujeres entre 18 y 64 años. Conjuntamente, si bien en Chile han existido dos vacunas contra el VPH hace años, el alto costo de alrededor de 150 dólares no lo hizo accesible para la población de menores recursos (Urrutia, 2015). Por tanto, es un grupo que se encuentra expuesto al contagio de VPH.

1.4 Antecedentes de investigaciones sobre el cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino ha sido tratado y estudiado tanto a nivel nacional como internacional y desde variados enfoques. Muchos de ellos desde el reduccionismo de la visión médica hasta la amplitud de estudios de políticas de salud (Santillana, 2004).

Dentro del área de la salud se pueden mencionar diversos estudios que surgen cada año desde diferentes áreas, por ejemplo, se han llevado a cabo Investigaciones centradas en los conocimientos y creencias que tienen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y la Prueba de Papanicolau (Urrutia, 2012; Urrutia, Concha, Riquelme

& Padilla, 2012), así como también estudios centrados en las barreras de tipo psicológicas y no psicológicas que influyen en la realización de la Prueba de Papanicolau (Valenzuela & Miranda, 2001; Urrutia, Poupin, Concha, Viñales, iglesias & Reyes, 2008) y ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino (Valderrama, Carbellido & Domínguez, 1995), estas investigaciones se centran en tener a las mujeres como foco principal de estudio.

También podemos apreciar otras líneas investigativas que guardan relación con la visión médica y los adelantos que se han descubierto tanto para tratar el origen de la enfermedad cómo las consecuencias que después trae en las mujeres, por ejemplo, Investigaciones relacionadas con el Virus Papiloma Humano las cuales se centran en el acceso a la información (Castro & Arellano, 2010), prevalencia del virus (Luzoro, 2002), factores asociados (González, Hernández & Castro, 2008; González, Polanco, Puerto & Munguía, 2002) y epidemiología (Rivera, Aguilera & Larraín, 2002), investigaciones centradas en los estudios de inmunización a través de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano (Torres, Cuadra, Castro & Madrid, 2011; Curiel, 2008), estudios centrados en la Prueba de Papanicolau (Fajardo, Méndez, Molina, 2010; Murillo, Et al., 2009). En el caso de las consecuencias de la enfermedad podemos mencionar estudios de seguimiento a las mujeres que tienen cáncer cervicouterino ya sea de la calidad de vida que llevan las mujeres (Montes, Mullins & Urrutia, 2006), sobrevivencia de las mujeres con cáncer cervicouterino (Arellano, 2008) y pronóstico (Solís et al., 2007).

Aparte de esas áreas de investigaciones nombradas, también ha existido un interés en estudiar otros aspectos de la enfermedad, por ejemplo, su relación con la demografía. Estudios han mostrado un análisis geográfico y temporal de la mortalidad evitable por cáncer cervicouterino en Costa Rica (Aparicio & Morera, 2007) y distribución territorial por mortalidad del cáncer cervicouterino en México (Palacio, 2002). Así como la demografía ha desarrollado investigaciones sobre el cáncer cervicouterino, existen otras ramas dentro de las ciencias sociales que han mostrado su interés por estudiar la enfermedad, es así como en sociología podemos mencionar trabajos centrados en el área de la sociología del género (Zaldívar, 2009), elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino (Castro & Salazar, 2001) y representaciones sociales (Chávez, Arellano, Tamayo & Levy, 2012) a través de estos estudios se ha podido observar de una manera empírica, basada tanto en datos censales y muestrales, que este cáncer no opera de una forma homogénea en la población femenina.

La presente tesis toma como referencia algunas de las investigaciones nombradas, siendo una de las principales la que se titula “Creencias sobre Papanicolau y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas” (Urrutia, 2012). Esta investigación, tal como su nombre lo indica, busca describir las creencias que tienen un grupo de mujeres chilenas pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolau y el cáncer cervicouterino. Por lo cual, se encuestó a 333 mujeres chilenas que se atendieron en el servicio de ginecología del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Los resultados arrojaron que un 96% de las mujeres dice haberse realizado el PAP en los últimos 3 años, sin embargo, esa cifra debe ser tomada con cautela porque las mujeres encuestadas son usuarias en control activo en un servicio de ginecología, por lo cual tienen al día la prueba de PAP. El antecedente familiar es reportado por el 49,8% como causa de cáncer cervicouterino. La principal barrera para hacerse el PAP es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. La principal señal de acción que impulsa a la mujer a hacerse el PAP es la indicación entregada por el doctor. El beneficio que reportan más importante es el cuidado de la salud, un 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino.

La principal conclusión del estudio se basa en que para un programa preventivo en salud tenga éxito las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población empezando por valorarlas y comprenderlas para posteriormente modificarlas.

En ¿Por qué NO me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile (Valenzuela & Miranda, 2001) se destacan las barreras psicológicas y no psicológicas para acudir a hacerse el Papanicolau en mujeres de sectores populares (nivel socioeconómico bajo) del área geográfica del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Así se realizaron grupos focales exploratorios con mujeres de edad de riesgo (25 a 64 años) en sectores donde la campaña no fue muy exitosa (Paine) y con monitoras voluntarias donde la campaña tuvo éxito (Lo Espejo). Además, se hicieron entrevistas en profundidad a algunas mujeres que no acudieron a tomarse el PAP a pesar de haber tenido en su propia población un puesto de salud (San Bernardo).

Los resultados evidenciaron que las principales barreras psicológicas fueron miedo a obtener un resultado adverso, dolor del examen, la falta de higiene del material (espejo), pudor a que el examen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas en el box de atención, creencias erróneas en cuanto

a que es sólo para mujeres jóvenes en edad sexual activa. La barrera no psicológica más importante guardó relación con los errores de información contenidos en el folleto oficial.

Es importante destacar que las principales conclusiones que arrojó el estudio se encuentran en que las barreras que impiden a muchas mujeres tomarse el PAP son principalmente psicológicas y no de acceso físico o financiero, por tanto, es importante reformular las estrategias educativas y comunicacionales que hoy se usan para atraer a las mujeres a realizarse este examen.

En la investigación titulada ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE (Urrutia, Poupin, Concha, Viñales, Iglesias & Reyes, 2008) se examinaron las percepciones que tiene un grupo de mujeres chilenas, con lesiones preinvasoras de cuello uterino, sobre la Prueba de Papanicolau. Se entrevistaron 237 mujeres ingresadas al programa AUGE del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, Santiago, Chile.

Los principales resultados que arrojó el estudio dan cuenta de que cuando se les preguntó a las entrevistadas a que atribuían el hecho que las mujeres no acudieran a realizarse la prueba de PAP, las razones mencionadas fueron falta de preocupación de aspectos asociados a la propia mujer que hacen que no se interese por acudir a realizarse el examen y problemas asociados al procedimiento y falta de conocimiento.

La principal conclusión del estudio se encuentra en destacar la importancia de los resultados para implementar políticas de Salud Pública que permitan cumplir las metas propuestas por el Ministerio de Salud.

En “Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cervicouterino y papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas” (Urrutia, Concha, Riquelme & Padilla, 2012) se llevó a cabo un estudio analítico de corte transversal en un grupo de 226 adolescentes de primero a cuarto medio de tres colegios municipalizados en una comuna de la región metropolitana.

Los principales resultados del estudio señalan que más de 50% de la muestra no había sido examinada por ginecólogo o por matrona. Un 20% de la muestra desconocía la presencia de la vacuna contra el VPH y un 100% declaró no haber recibido nunca la vacuna. Solamente un 9,5% de la muestra total refería haber tenido un Papanicolaou. Las adolescentes señalaron como factor de riesgo, para desarrollar

el cáncer cervicouterino, tener múltiples parejas sexuales (70,8%), la herencia (60,3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección fue reconocida por un 68,2% de la muestra.

Las principales conclusiones se encuentran en que las adolescentes conocen sobre la transmisión del VPH, sin embargo, las conductas preventivas no se relacionaron con dicho conocimiento.

Las razones por las que se describen esas cuatro investigaciones específicas, se encuentran en que estos estudios fueron realizados en mujeres con un amplio rango de edad, desde adolescentes hasta mujeres mayores y con diferente estado de la enfermedad, por ejemplo, pacientes que ya estaban enfermas de cáncer cervicouterino y pacientes que no lo estaban y, por tanto, se quería indagar si tenían el examen del PAP al día. Así como también se utilizaron diferentes aproximaciones metodológicas en las investigaciones: encuestas, entrevistas y grupos focales.

Finalmente, cabe mencionar que las investigaciones descritas se utilizarán cómo fuentes de datos a lo largo de la investigación.

A luz de los antecedentes expuestos y tomando en cuenta la relevancia de la patología que estamos estudiando, podemos clarificar y dirigir aún más el problema de investigación.

1.5 Contexto en el que surge el problema de investigación

Si bien, las muertes por cáncer cervicouterino no representan el mayor número por muertes de cánceres, la pertinencia de estudiar este problema radica en que esta enfermedad se puede prevenir y tratar (OMS, 2004). Por tanto, es de suma importancia un diagnóstico precoz a través de la prueba de PAP.

En este sentido, en Chile, el examen Papanicolaou se realiza cada tres años y la cobertura vigente en mujeres beneficiarias FONASA de 25 a 64 años pasó de un 26% a 57% en los años 1990 y 2013 respectivamente (Baéz, 2016). Estas cifras demuestran los grandes esfuerzos que se han hecho para tratar esta enfermedad, esfuerzos que se han visto encaminados en cubrir cada vez un mayor número de mujeres beneficiarias. Sin embargo, las cifras de cobertura del examen Papanicolaou (PAP) han sufrido un descenso sostenido en los últimos años pasando de un 68% a un 57% entre los años 2008 y 2013 (Baéz, 2016).

En el caso de la región de Valparaíso el porcentaje de cobertura, en mujeres beneficiarias entre 25 a 64 años, también ha sufrido un descenso pasando de un 68,6% a un 66,9% entre los años 2010 y 2011 respectivamente (Prieto, 2012).

Esto demuestra que aún existen tareas pendientes por mejorar la cobertura, tanto en la región como en el país, puesto que la disminución en las tasas de adherencia a la prueba podría significar en un futuro un aumento de muertes producto del cáncer; más aún si tenemos presente que lo que se recomienda a nivel internacional es mantener una tasa de cobertura del 80% lo que evitaría tres de cada cuatro muertes (Urrutia, 2015).

Conociendo de esta forma estos antecedentes y tomando en cuenta la relevancia de la enfermedad que estamos estudiando, podemos clarificar y dirigir aún más nuestro problema de investigación.

1.6 El cáncer cervicouterino como problema social

El cáncer cervicouterino, además de ser una patología en sí, es factor de causal de múltiples problemas asociados a él, y sus consecuencias no son solamente de tipo sanitario, ya que posee implicancias importantes desde el punto de vista de Determinantes Sociales y de género. Se ha demostrado que la clase social y la etnia tienen un impacto devastador en la incidencia, tratamiento y mortalidad del cáncer y que estas inequidades son debidas a una gran cantidad de factores, incluyendo los factores socioeconómicos (MINSAL, 2016).

En Chile, la población de menor nivel socioeconómico tiene una mayor mortalidad por cáncer ajustada por edad respecto a sus pares de mayor nivel socioeconómico, independiente del sexo (Riquelme et al, 2015). Si bien esta diferencia se ha ido reduciendo en el tiempo impulsado por estrategias tales como la incorporación de algunos cánceres, como el cervicouterino, al plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) aún continúa siendo un problema de salud pública. Se ha observado que la sobrevivencia de los pacientes con cáncer tiende a ser menor en poblaciones con peor acceso a diagnóstico y a tratamiento. En el caso del cáncer cervicouterino esto es muy notorio, ya que en el año 2009 la mortalidad en mujeres con menos de 4 años de educación fue 12 veces mayor que aquellas con más de 12 años de estudio, existiendo una clara gradiente según nivel educacional (Léniz et al., 2014). La cobertura del Papanicolaou en 2011, por su parte, fue de 42% en el quintil I de ingreso (menor ingreso) mientras que en el quintil V (mayor ingreso) llegó al 68%. (MIDEPLAN, 2011).

En vista de estos antecedentes y de la situación en que se encuentra el país con un nuevo escenario de prevención, resulta relevante analizar el contexto actual de prevención del cáncer cervicouterino, debido a que una disminución en las tasas de adherencia al tamizaje podría significar en un futuro cercano el aumento de muertes producto del cáncer cervicouterino.

Por tanto, es fundamental examinar por qué las campañas no han permitido mantener o elevar la adherencia al tamizaje y conocer aquellos aspectos que impiden a las mujeres adherir a la prueba de PAP. Entre estos elementos resulta de importancia indagar en las creencias que tienen las mujeres sobre la prueba de PAP y también sobre el cáncer cervicouterino.

A nivel internacional, son múltiples las descripciones en relación a las creencias y cómo estas se relacionan con las conductas preventivas en el cáncer cervicouterino. En Chile, en cambio, la aproximación ha sido analizada desde la falta de conocimientos, las barreras y las formas de prevención adoptadas por la población. Sin embargo, no existen estudios que aborden la problemática desde la perspectiva de un modelo teórico abarcando los diferentes componentes que las creencias tienen y como se relacionan entre sí (Urrutia, 2012).

La presente investigación entonces, pretende observar esta relación entre las creencias que tienen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y si están asociadas o no en la adopción de conductas preventivas. El concepto de creencias es amplio y puede ser observado desde múltiples ópticas, en virtud de aquello, nos centraremos en el Modelo de Creencias de Salud y los cuatro componentes que ofrece el modelo, de manera tal que se indagará fundamentalmente en cuatro aspectos a lo largo de la investigación, percepciones de susceptibilidad y severidad ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino, y evaluación respecto de los beneficios y barreras de las conductas preventivas en las mujeres de la comuna de Valparaíso.

A partir de todo lo anteriormente señalado, desde un punto de vista sociológico es posible preguntarse:

¿Existe alguna asociación entre las creencias que tienen las mujeres de la comuna de Valparaíso, entre 18 y 64 años de edad¹, sobre el cáncer cervicouterino y la adopción de conductas preventivas?

¹ En el marco metodológico se abordará el criterio con respecto a la elección de la edad de la muestra.

1.7 Objetivos de la investigación

1.7.1 Objetivo general

Determinar si existe alguna asociación entre las creencias que tienen las mujeres de la comuna de Valparaíso, entre 18 y 64 años de edad, sobre el cáncer cervicouterino y la adopción de conductas preventivas.

1.7.2 Objetivos específicos

-Describir la percepción de Susceptibilidad Percibida de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

-Describir la percepción de Severidad Percibida de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

-Describir los Beneficios Percibidos de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino.

-Describir las Barreras Percibidas de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino.

1.8 Relevancias de la investigación

1.8.1 Relevancia teórica

El presente estudio pretende ser una contribución a las disciplinas de la Sociología de la Salud y del Género. Desde la Sociología de la Salud es interesante ver cómo existen, por ejemplo, distintas normas, valores y creencias respecto de la salud y cómo estas pueden diferir parcialmente de acuerdo a las distintas condiciones que tengan las personas, por ejemplo, el origen, la ideología o demografía. Por tanto, se pretende contribuir al conocimiento sociológico a través del estudio de cómo las creencias respecto a un problema de salud específico pueden llevar a las personas, y en este caso las mujeres, a tener conductas preventivas de sobrevivencia.

La sociología del género es importante incorporarla a partir de las desigualdades de relaciones de poder que existen entre hombre y mujer y, las consecuencias que estas desigualdades tienen, por ejemplo, en la salud, vida y bienestar.

1.8.2 Relevancia metodológica

En cuanto a los aportes metodológicos, la presente investigación pretende generar un instrumento que cumpla con los criterios de confiabilidad y validez destinados a identificar a través de índices, los niveles de Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida y Beneficios Percibidos de las mujeres de la comuna de Valparaíso sobre el cáncer cervicouterino.

También se formularán un conjunto de preguntas para determinar la cantidad de conocimiento que tienen las mujeres sobre el Virus Papiloma Humano y el cáncer cervicouterino. Del mismo modo, se definirán preguntas para conocer la evaluación que hacen las mujeres sobre la efectividad o no efectividad de los mecanismos de prevención a través de la prueba de PAP y las barreras con las que cuentan para hacerse la misma prueba.

1.8.3 Relevancia práctica

Desde un punto de vista práctico, el presente estudio pretende ser una contribución al desarrollo de medidas que apunten a la disminución de la mortalidad del cáncer cervicouterino, tomando en cuenta que ello ha formado parte de los objetivos sanitarios desde los años setenta y sigue siendo una de las principales metas sanitarias del país.

Así la investigación pretende contribuir a la disminución de la incidencia del cáncer cervicouterino y, por tanto, de las consecuencias negativas que esta enfermedad conlleva para la salud general de la población en Chile. De esta forma, los resultados que se presentan permitirán entregar información relevante para el uso por parte de instituciones y autoridades vinculadas a la salud tales como el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino o el Ministerio de Salud.

Capítulo 2.

Marco Teórico y Conceptual

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

A continuación, se presentarán los conceptos más relevantes de la investigación con el objetivo de clarificar el estudio. La investigación se enmarca dentro de la Sociología de la Salud y la Sociología del Género. Por lo tanto, comenzamos aludiendo los Determinantes Sociales en Salud, para luego revisar la relación que existe entre los determinantes sociales y el género. Luego revisaremos la relación que existe entre las creencias y conductas de salud, y así vincular las variables del estudio (creencias y conductas preventivas).

Una vez realizada tal conexión procederemos a revisar el Modelo de Creencias de Salud, por tanto, el orden que se sigue es el siguiente: una mirada crítica al uso de teorías y modelos en comportamientos de salud, formulación y orígenes teóricos del modelo (teoría conductista y teoría cognitiva), luego una mirada crítica del Modelo de Creencias de Salud con posturas a favor y en contra. Finalmente una revisión de sus constructos: Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos, Barreras Percibidas y claves para la acción.

Por último, revisaremos las conductas saludables y nos centraremos específicamente en las conductas preventivas para finalmente revisar las conductas no saludables.

2.1 Salud y Determinantes Sociales

Si bien este trabajo se relaciona directamente con un problema de salud específico, conductas preventivas que pueden ejercer las mujeres para no llegar a padecer cáncer cervicouterino, es relevante destacar cómo se entiende la salud y cómo este concepto ha pasado a involucrar aspectos que van más allá de los biológicos.

En este sentido, el concepto de salud ha sido motivo de múltiples reflexiones y teorizaciones. La definición que se ha podido consensuar, a partir de largos debates, es la que entrega la Organización de las Naciones Unidas, salud es el equilibrio de los factores físico, psíquico y social de una persona (OMS, 1946). Rojo & García (2000) sostienen que abordar la esfera de la salud independientemente de la esfera social sería asumir un modelo abstracto y unilateral que, por tanto, otorgaría una visión distorsionada de la realidad. A partir de esto, se logra dilucidar que cuando uno estudia un problema de la salud, no sólo a través de la biología se entregan las herramientas necesarias para abordar el fenómeno en cuestión, sino que se involucran diferentes dimensiones que condicionan la salud de la persona. Bajo esta lógica, la Sociología de la Salud se ha visto enfocada en el reconocimiento de los

determinantes sociales, los cuales explican los problemas de salud, a partir de las características estructurales de las diferentes sociedades (Rojo & García, 2000).

En el caso de América Latina los estudios que se han realizado sobre los determinantes de la salud, han llegado a demostrar que la pertenencia a un grupo o clase social explica mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población (Rojo & García, 2000). Nos parece conveniente tomar como referencia específica la sociología de la salud latinoamericana debido a que los estudios de este campo, a diferencia de lo que han sido otras corrientes como por ejemplo la europea, han estado enfocados en estudiar de una manera más reiterada los problemas de la salud en el ámbito de la medicina social y han dejado más atrás estudios que se vean enfocados en el autocuidado. En este sentido:

“En sociología han existido en América Latina trabajos notables desde décadas pasadas, pero particularmente nacidas desde la medicina social. Si bien se ha avanzado en cuanto a trabajos empíricos como embarazos no deseados, salud reproductiva, sida y los significados sexuales en jóvenes (Castro, 2001), la problematización analítica del AC (Autocuidado) y AA (autoatención) está en una fase embrionaria. Por ello, la utilización de conceptos desde distintos ángulos teórico-metodológicos, revigorizados con hallazgos empíricos regionales puede promover avances importantes hacia la comprensión de las prácticas y discursos desarrollados por los individuos ante la prevención y curación de la enfermedad” (Calvario y Barragán, 2007, p. 130).

El autocuidado y la autoatención, entendidos como acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos, no han sido temas ampliamente estudiados. En este contexto, resulta relevante para la presente investigación considerar estos conceptos, de manera de vincular el cáncer cervicouterino con la acción de realizar el examen del PAP y así prevenir el desarrollo del padecimiento de la enfermedad.

2.1.2 Determinantes sociales de la salud y género

La introducción del análisis de género en los Determinantes Sociales de la salud resulta relevante, puesto que al introducir esta temática en el abordaje de los problemas de salud se requiere de la consideración de las diferencias en la socialización de hombres y mujeres (Borrell & Artazcoz, 2008) debido a que determinan distintos valores, actitudes, creencias, conductas, desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos.

Teniendo en cuenta estas desigualdades y que es posible encontrarlas, por ejemplo, en el ámbito laboral, familiar o educacional, para efectos de la investigación interesan sobremanera las diferencias que se establecen en el área de la salud.

En este sentido, se ha establecido que las investigaciones de salud con perspectiva de género, surgen del interés que se tiene en conocer las relaciones de

desigualdad en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades, el poder y la vinculación de estas relaciones desiguales con los perfiles epidemiológicos, accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud (Flores, 2008).

Especialmente en lo que se refiere a la desigualdad del perfil epidemiológico, nos estamos refiriendo a que las mujeres enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso de la atención médica, es decir, las mujeres presentan un peor estado de salud, en cambio, una esperanza de vida más larga (Gove & Hughes, 1979). Las mujeres, al tener un peor estado de salud, mueren de enfermedades relacionadas con procesos reproductivos y neoplasias a partir de los 25 años de edad, a diferencia de los hombres que, por ejemplo, mueren por causas violentas.

Dentro de las enfermedades relacionadas con las neoplasias el cáncer cervicouterino tiene una importancia especial, puesto que al ser una enfermedad exclusiva de la mujer tiene significaciones específicas en las mujeres las cuales repercuten en consecuencias de tipo biológicas, sociales y psicológicas.

En el caso de las biológicas encontramos la importancia que tiene el órgano para las mujeres y si la mujer lo llega a perder significa perder alguna de las partes que la hace “sentirse más mujer” (Flores, 2008), puesto que el órgano (útero) se relaciona directamente con el proceso reproductivo. El no tener el órgano trae consigo diferentes consecuencias, por una lado, si ya ha sido madre el impacto es menor ya que “su misión” ya ha sido cumplida. Por otro lado, si no ha tenido hijos el duelo por lo no realizado siempre estará presente (Fernández, 2009).

En el caso de las consecuencias psicológicas y sociales nos encontramos con que la mujer siente miedo de perder a su pareja, miedo a dejar de ser deseadas sexualmente, miedo a perder su deseo sexual y finalmente, miedo al rechazo y al ridículo social por ser histerectomizadas (Araya & Urrutia, 2008).

2.2 Creencias y conductas de salud

Ya hemos revisado cómo no es posible abordar la esfera de la salud independientemente de la esfera social y la importancia que tiene el análisis de género en los problemas de salud. Ahora revisaremos la importancia que tienen las creencias en materia de salud y de conductas preventivas y cómo éstas varían según distintas dimensiones de la vida:

“La experiencia de la salud y enfermedad son fenómenos que, si bien han existido siempre como tales, cobran distintas características según el contexto socio histórico que se esté observando. Las creencias y prácticas de salud varían según las etapas de la historia, las culturas y sociedades, grupos etc.

En el plano de los comportamientos preventivos, por ejemplo, distintos estudios muestran que dichos comportamientos no están explicados por un conjunto único de razones, sino que dependen significativamente de la percepción

que ellas tienen de la amenaza de una enfermedad o conducta, y de la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción de dicha amenaza. En este sentido, las creencias juegan un papel importante en materia de salud y de conductas preventivas” (Castellano, Heinzen & Nión, 2011, p. 3).

De acuerdo a la referencia anterior, es posible establecer una vinculación con el problema de salud que se está indagando, debido a que en primer lugar podemos estudiar cómo influyen las creencias de un problema de salud específico, el cáncer cervicouterino, en un grupo de mujeres específicas y las creencias pueden variar a los resultados obtenidos en otros contextos. Por ejemplo, podemos mencionar cómo en un estudio realizado con población latina, el porcentaje de mujeres que desconocía la periodicidad con que debe hacerse el examen llegó al 21% cifra levemente inferior al de un estudio llevado a cabo en mujeres chilenas. En relación a la edad, en un estudio realizado en Tailandia se reportó que el 82,5% de la población conocía el rango de edad, cifra casi 20 puntos porcentuales mayor al porcentaje obtenido en el estudio llevado a cabo con mujeres chilenas. Sin embargo, existen barreras de tipo psicológicas que son transversales como, por ejemplo, el miedo y la vergüenza, los cuales han sido descritos como barreras en otros grupos étnicos, demostrando lo transversal de esas dos emociones (Urrutia, 2012).

En segundo lugar podemos mencionar, a partir de la cita anterior, que las creencias dependen significativamente de la percepción de amenaza. Por ejemplo, si las relacionamos con uno de los constructos del Modelo de Creencias de Salud “Severidad Percibida”, podemos decir que la mujer podría creer que el cáncer cervicouterino es una condición medicamente seria, pero también podría creer que su ocurrencia podría ser aún más seria, si la enfermedad crea conflictos sociales, psicológicos, económicas dentro de su entorno familiar.

Finalmente, la eficacia de la acción preventiva, en este caso la prueba de PAP, para prevenir el cáncer cervicouterino.

“Los individuos viven en una continua movilización y actualización de creencias que estas pueden ser llevadas a la práctica dependiendo de las habilitaciones y limitaciones que les brinda el contexto en el que están insertos. Es decir, las creencias y prácticas se entrecruzan en un tiempo y espacio determinado, en una red de relaciones socioeconómicas y culturales determinadas que fomentan la actualización de dichas creencias pero que así mismo las limitan.

Puede que esas limitaciones sean plasmadas en prácticas divergentes. Las creencias moldean las actitudes con respecto a la salud, pero no necesariamente se traducen en comportamientos acordes a dichas creencias” (Castellano, Heinzen & Nión, 2011, p. 4).

A través de esta segunda cita podemos remitirnos a observar cómo las creencias se ven afectadas en un tiempo y espacio determinado y en una red de relaciones socioeconómicas y culturales, las cuales pueden llevar a limitaciones dependiendo del contexto socioeconómico. Si lo vinculamos con el problema de

investigación podemos evidenciar que las creencias tienen una diferenciación a partir de los recursos económicos.

En este contexto, estudios evidencian que las mujeres se postergan por las barreras impuestas por sus familias y por los bajos recursos económicos, hecho que también ha sido reportado en la literatura al analizar el concepto de género y política de salud, donde se afirma que la mujer soporta la carga social de la responsabilidad de los niños y los enfermos (Urrutia et al., 2008).

2.3 Modelo de Creencias de Salud

Antes de revisar las bases conceptuales del Modelo de Creencias de Salud, nos parece pertinente revisar cómo las diferentes teorías y modelos de comportamiento en salud, que han tratado de explicar la decepcionante participación de las personas en programas para prevenir y detectar enfermedades, han encontrado detractores y personas que se encuentran en favor de su uso, de esta manera podremos tener una visión crítica del uso de teorías y modelos en salud.

2.3.1 Análisis crítico del uso de teorías y modelos de comportamiento en salud

Las teorías y modelos de comportamiento en salud han encontrado detractores, por ejemplo, personas pertenecientes al área de la salud que consideran que son inaplicables y poco útiles frente a hechos cotidianos de práctica profesional (Lewin, 1935). En esta misma posición se encuentran quienes consideran que es imposible de abordar en extenso teorías para su posterior aplicación en ejercicios de investigación o en la práctica (OPS, 1998).

Siguiendo esta misma línea, se le critica también que al existir una gran variedad de teorías y modelos, hasta el momento no han tenido una confrontación y mucho menos un análisis cruzado, tanto del conflicto de sus resultados como de las variables que cada uno considera determinantes y la metodología que cada autor siguió para llegar al modelo planteado (Arredondo, 1992).

En una posición opuesta están quienes defienden el uso de teorías y de modelos conceptuales, técnicos u operativos, puesto que es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran las probabilidades de éxito de las acciones en salud (Katz, Peberdy & Douglas, 1997). Siguiendo esta línea Gustavo Cabrera (1999) considera que las conductas saludables que llevan a cabo las personas son el resultado de múltiples variables políticas, económicas, ambientales o sociales. Por tanto, se trata de un fenómeno complejo y las teorías o modelos ayudan a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas

de las personas, así como también las características, la dinámica y el contexto en el que ocurre.

2.3.2 Formulación y orígenes del Modelo de Creencias de Salud

Aunque, como revisamos, existe polémica en la utilización de modelos y teorías en salud, se reconoce que las experiencias acumuladas en medio siglo del uso del Modelo de Creencias de Salud han advertido su conveniencia para continuar dando respaldo teórico válido a investigaciones e intervenciones sobre prácticas preventivas en salud (Cabrera, Tascón & Lucumi, 2001). En efecto, a pesar de la polémica en torno al uso de teorías y modelos podemos observar cómo el Modelo de Creencias de Salud continúa siendo un sustento teórico utilizado para entender mejor la naturaleza del comportamiento en salud de las personas.

La formulación de las bases conceptuales del Modelo de Creencias de Salud surgió alrededor de la década de los años cincuenta. El equipo que desarrolló la arquitectura y descripción del modelo, estuvo conformado por Mayhew Derryberry, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock, grupo de psicólogos pertenecientes al Public Health Service estadounidense. El modelo es considerado el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos en salud y en enfermedad. Su función principal es demostrar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado este como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Cabrera, Tascón & Lucumi, 2001). El Modelo de Creencias de Salud funciona en base a la siguiente hipótesis:

“La conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, podríamos traducirlas en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud” (Moreno & Gil, 2003, p. 94).

En el problema de salud específico, que estamos estudiando, podemos relacionarlo de la siguiente forma:

-El valor que las mujeres atribuyen a una determinada meta se relaciona con la búsqueda de un resultado particular, que en este caso sería evitar enfermarse de cáncer cervicouterino.

-En el caso de la estimación nos estamos refiriéndonos a una conducta saludable específica para prevenir esta enfermedad y en este caso sería la realización de la prueba de PAP.

2.3.3 Orígenes teóricos del Modelo de Creencias de Salud

El modelo tiene una fuerte influencia en las teorías clásicas del aprendizaje, en particular, la teoría conductista y la teoría cognitiva (Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997) teorías ampliamente dominantes durante los primeros cincuenta años del siglo XX. Revisaremos los principales lineamientos de ambas teorías a fin de que podamos tener una visión más detallada del Modelo de Creencias de Salud.

2.3.3.1 La teoría conductista

La teoría conductista defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuestas elementales y justificado por sus consecuencias inmediatas (Triviño & Sanhueza, 2005). Hay autores como O`Donohue y Kitchener (1999) que han planteado que existen varios tipos de conductismos, estos se han modificado y conviven actualmente en el trasfondo de las teorías conductuales contemporáneas. De esta forma, identifican más de 10 formas de conductismo. Esta lista incluye el conductismo de Tolman, Hull y Skinner, el interconductismo y la psicología interconductual de Kantor, el conductismo teleológico de Rachlin, empírico de Bijou, teórico de Staddon y biológico de Timberlake y el contextualismo funcional de Hayes. También incluye como forma de conductismo algunos de los aspectos del pensamiento de Wittgenstein, Ryle y Quine. Si bien este estudio elabora esta lista, Zuriff (1985) ha mantenido que en un sentido más amplio es posible distinguir dos formas de conductismo: el radical skineriano y el metodológico

Zuriff (1985 citado en Hurtado 2006), ha sugerido que es posible delimitar la estructura conceptual de una versión genérica del conductismo. Esta excluiría las formas de conductismo metodológico. Plantea también cuatro componentes que posee el conductismo, estos son:

1. El conductismo es la filosofía de la ciencia del comportamiento (análisis del comportamiento). Antes que cualquier hallazgo empírico, la postura conductista dicta los cánones acerca de qué tipo de preguntas psicológicas son válidas y qué métodos son aceptables en la búsqueda de sus respuestas.
2. El conductismo es una filosofía de la mente con ciertos supuestos acerca de la naturaleza humana. Esta filosofía de la mente es interdependiente con la filosofía conductista de la ciencia. Una ciencia restringida a un grupo limitado

de métodos y formas de explicar, tenderá a reafirmar una concepción particular de lo mental (usualmente antidualista).

3. Es además importante, como componente de la estructura del conductismo genérico, que se intente reconstruir el reconocimiento de una serie de supuestos empíricos acerca de la conducta de los organismos, su relación con el ambiente y la efectividad de varios métodos de investigación científica y construcción teórica por encima de otros.
4. El conductismo representa un conjunto de valores, recomienda las metas para una ciencia del comportamiento y sugiere algunos estándares para evaluar la actividad científica. La importancia de esta "ideología" es mayor en las áreas de estudio del comportamiento con énfasis aplicado, en las cuales el conductismo promueve intervenciones congruentes con intereses sociales.

2.3.3.2 La teoría cognitiva

La teoría cognitiva, enfatiza la estructura y el desarrollo de los procesos del pensamiento, esto es, nuestros pensamientos y expectativas afectan de manera profunda nuestras actitudes, creencias, valores, supuestos y acciones. (Berger, 2006). La propuesta principal de esta teoría consiste en estudiar la génesis del conocimiento, desde el pensamiento infantil al razonamiento científico adulto.

Su principal influencia se encuentra en el evolucionismo darwiniano y es un intento epistemológico por ser una síntesis superadora de las grandes corrientes que han tratado de presentar teorías de conocimiento humano, estas son, el racionalismo y el empirismo (Rodríguez & Fernández, 1997).

El gran precursor de esta teoría fue Jean Piaget (1896-1980), su tesis central se basa en la premisa que el modo de pensamiento de los niños cambia con el tiempo y la experiencia, y que esos procesos de pensamiento siempre influyen sobre la conducta (Berger, 2006). Para Piaget, el conocimiento no es una copia sino una transformación constructiva de la realidad, puesto que en el proceso de conocimiento, atribuimos a las cosas propiedades que realmente no tienen cuando las conocemos. Tampoco existen para Piaget las estructuras innatas sino por el contrario, la investigación experimental constata que las estructuras suponen una construcción, una génesis (Rodríguez & Fernández, 1997).

Partiendo de estas premisas construye su propio sistema teórico sobre el desarrollo de la inteligencia que, independientemente de su nivel de desarrollo, se define por dos aspectos que se encuentran relacionados: organización y adaptación (invariantes funcionales). A medida que el sujeto se desarrolle, el proceso adaptativo da lugar a una forma determinada de organización del conocimiento, esta será

diferente según el momento evolutivo en que el sujeto se encuentre. Esta forma de organización del conocimiento, resultante de una interacción entre organización y adaptación, es la estructura intelectual (Rodríguez, R. y Fernández, M., 1997). Piaget sostiene que el desarrollo cognitivo se produce en cuatro periodos o etapas principales (Berger, 2006):

1. Sensoriomotor: va desde el nacimiento hasta los 2 años, el niño utiliza los sentidos y las habilidades motoras para entender el mundo.
2. Preoperacional: desde 2 hasta los 6 años, el niño utiliza el pensamiento simbólico que incluye el lenguaje, para entender el mundo.
3. Operacional concreto: desde los 6 a los 11 años, el niño entiende y aplica operaciones o principios lógicos para interpretar las experiencias en forma objetiva y racional.
4. Operacional formal: a partir de los doce años, el adolescente y el adulto son capaces de pensar acerca de abstracciones y conceptos hipotéticos y razonar en forma analítica.

El avance del intelecto se produce porque los seres humanos buscan el equilibrio cognitivo, es decir, un estado de equilibrio mental. Una forma fácil de lograr este equilibrio es interpretar las nuevas experiencias a través de la lente de las ideas preexistentes.

2.3.4 Análisis crítico del Modelo de Creencias de Salud

Tal como revisamos que las teorías y modelos, a pesar de que han sido usados ampliamente para explicar los comportamientos en salud, se han encontrado con posturas a favor y en contra. Lo mismo ocurre con el Modelo de Creencias de Salud. En efecto, existen detractores y defensores los cuáles serán mencionados a continuación.

El Modelo de Creencias de Salud se ha encontrado con detractores quienes le critican fundamentos tales como el énfasis puesto en ciertas variables en desmedro de otras, la predicción y que los resultados positivos que arrojaría el modelo serian retrospectivos.

Autores como Turk, Rudy y Salovey (1986) han destacado que se ha puesto demasiado énfasis sobre variables cognitivas y se han descuidado variables como las circunstancias sociales e individuales, así como también ha habido una omisión a las contingencias. John Kirscht (1988) y Neil Weinstein & Mark Nicolich (1993) han criticado la modesta capacidad predictiva del modelo. En relación a que las creencias acerca de las conductas de salud no resultan predictivas del comportamiento real que lleva a cabo el sujeto.

Autores como Icek Ajzen y Christine Timko (1986) han criticado que los estudios que han arrojado resultados positivos, en cuanto a capacidad predictiva del modelo, son de carácter retrospectivo, esto es, falta de correspondencia entre decir y hacer.

En posición contraria, están quienes defienden el uso del modelo. Por ejemplo, para Janz & Becker (1984) el modelo continúa siendo un marco teórico adecuado para explicar el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud. De esta forma, el modelo se ha utilizado en diversas investigaciones que abarcan trabajos desde el cuidado dental, estudio del cáncer al pulmón, relación entre creencias en salud y práctica de autoexploración de mama en la prevención del cáncer, consumo de tabaco y trabajos sobre el SIDA entre otros (Moreno & Gil, 2003).

2.3.5 Componentes del Modelo de Creencias de Salud

La Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, los Beneficios Percibidos y las Barreras Percibidas serían, de acuerdo a Rosenstock (1974) las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias de Salud. Con el paso del tiempo algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción (Moreno & Gil, 2003).

Revisaremos cada uno de los constructos guiándonos por los planteamientos de Rosenstock (1974).

2.3.5.1 Susceptibilidad Percibida

La Susceptibilidad Percibida se define como los riesgos subjetivos de contraer una determinada enfermedad o condición. Esto es, si solo si el individuo percibe que es susceptible de adquirir una enfermedad, esto lo llevara a que tome acciones preventivas con la enfermedad.

En el contexto, del problema de investigación, puede esperarse que las mujeres que muestren mayores niveles de susceptibilidad, tenderán a tomar la decisión de llevar a cabo conductas de prevención frente a la enfermedad. Por el contrario, aquellas que no se perciben como susceptibles a la enfermedad no llevaran a cabo las correspondientes conductas preventivas para evitar el padecimiento del cáncer cervicouterino.

2.3.5.2 Severidad Percibida

La Severidad Percibida se define como los grados de amenaza atribuidos por el sujeto hacia una determinada condición de riesgo, a partir de consecuencias negativas que la enfermedad tiene para ella en términos sociales y orgánicos.

Las convicciones respecto al grado de seriedad de un problema de salud pueden variar de persona a persona y es posible que tal grado pueda ser afectado por inquietudes, inseguridades, efectos emocionales creados por el pensamiento en la enfermedad. De esta forma, se puede creer que un problema de salud puede tener consecuencias tan extensas y complejas como efectos en el trabajo, familia o sobre relaciones sociales.

En el contexto de la investigación, la mujer podría considerar que el cáncer cervicouterino es una condición medicamente seria, pero también podría creer que su ocurrencia podría ser aún más seria, si la enfermedad crea conflictos sociales, psicológicos, económicas dentro de su entorno familiar.

Por tanto, a mayor severidad, consecuencias subjetivas atribuidas al hecho de padecer cáncer cervicouterino, mayor probabilidad existirá que adopte la mujer acciones preventivas, en consecuencia, a menor severidad existirá una menor probabilidad de que la mujer adopte acciones preventivas frente al riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

2.3.5.3 Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas

La conducta específica a ser adoptada por las mujeres dependerá de la evaluación que esta haga entre los beneficios y las barreras que se le presentan si ellas fueran a llevar a cabo la acción. Se asume que los seres humanos son racionales en el proceso de tomar decisiones relacionadas con la salud, por tanto, su conducta dependerá de cuan beneficioso considere que son las múltiples alternativas de acción.

En el caso de los beneficios, estos serán definidos como la percepción respecto de la probable efectividad de los mecanismos de prevención que lleven a cabo las mujeres (en esta investigación específica, la realización de la prueba de PAP).

2.3.5.4 Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas

Las Barreras Percibidas serán aquellos mecanismos que impiden que las mujeres lleven a cabo conductas preventivas, en este caso específico se relacionan con los impedimentos que puedan tener las mujeres por los cuales no acude a realizarse la prueba de PAP. Por ejemplo, podemos mencionar las barreras

psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

El proceder general del desarrollo de la conducta, dependerá de la valoración que haga la mujer entre los beneficios y las barreras que se le presentan si es que lleva a cabo la acción. Por tanto, su conducta dependerá de cuan beneficioso considere que son las alternativas de acción.

En esta investigación las barreras serán estudiadas a partir de la clasificación llevada a cabo por Valenzuela & Miranda (2001). En la cual las barreras percibidas por las mujeres a la hora de realizarse la prueba de PAP son clasificadas según sean de tipo psicológicas y no psicológicas.

1) Barreras no psicológicas:

- Demora en la atención en la prueba de PAP.
- Falta de información con respecto a la prueba de PAP.
- Error de información, el cual puede dar pie a una interpretación errónea del mensaje y por ende desencadenar una actitud negativa.

2) Barreras de tipo psicológicas:

- Temor: temor al dolor del mismo examen, temor sobre el posible resultado adverso o la falta de esterilización del material usado.
- Pudor: en cuanto a la posibilidad de que el profesional encargado fuese de sexo masculino (matrón) o la escasa privacidad del box.
- Creencias erróneas: creencias que las mujeres tengan erradamente sobre el examen, por ejemplo, que es solo para mujeres en edad sexual activa, o la edad en la cual se tiene que tomar.

2.3.5.5 Sugerencias o claves que motivan al individuo a la acción

Este constructo, como se mencionó anteriormente, fue incorporado más tarde porque algunos autores vieron la necesidad de considerar ciertos estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones. En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (síntomas físicos o percepciones corporales) como externos (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos). La intensidad necesaria de una de estas claves puede variar de sujeto a sujeto e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y de grado de severidad percibida.

Lamentablemente, hay muy pocos estudios fiables que hayan intentado evaluar la contribución relativa de estas claves a la hora de predecir las conductas en

salud debido, principalmente, a la dificultad de medirlas adecuadamente en estudios (Moreno & Gil, 2003). Razón por la cual este constructo no será utilizado en la presente investigación puesto que tal como se menciona no se ha podido evaluar su contribución relativa para predecir las conductas en salud. Resumiendo, entonces los cuatro constructos a utilizar, susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras y relacionándolos entre sí tenemos que:

Para que una persona, en este caso una mujer, realice una acción la cual tendrá como finalidad evitar una enfermedad, se necesitan que sucedan las siguientes acciones: en primer lugar, la mujer debe creer que es susceptible de padecer una enfermedad, en este caso cáncer cervicouterino, por tanto, debe creer que existe un riesgo subjetivo de que le ocurra a ella. En segundo lugar, debe creer que esta enfermedad va a tener severidad en su vida, esto es, le traerá amenazas a partir de consecuencias negativas que la enfermedad tiene para ella en términos sociales (familia, amigos, relaciones laborales) y en términos orgánicos (problema de salud serio). En tercer lugar, al tomar una acción específica, en este caso hacerse la prueba de PAP, puede traerle beneficios al reducir la susceptibilidad o severidad, teniendo más importancia que las barreras tales como costos, conveniencia, dolor o incomodidad del examen.

2.4 Conductas saludables

Desde el punto de vista de la salud encontramos dos tipos de conductas que tienen relación con los estilos de vida. Tenemos entonces, por un lado, las conductas saludables o sanas y, por otro lado, las conductas no saludables.

Tomaremos como referencia a Cockerham (2007) para aludir a estos conceptos. Por tanto, una conducta saludable será aquella en que las personas promueven su salud y tienen el deseo de mantenerla, independientemente de cuales sean los motivos para aquello (prevención de alguna enfermedad o estética corporal). De esta manera, quienes poseen una conducta saludable llevan, por ejemplo, a cabo estrategias en favor de su propia salud.

Una conducta saludable se relaciona a un estilo de vida cuando la persona puede prescindir de alguna forma del médico, es decir, la conducta no se realiza por algún síntoma o malestar, sino que por elecciones personales las cuales orientan la conducta. Sin embargo, estas elecciones están condicionadas por factores externos a las personas, puesto que el estilo de vida depende en gran parte de otros factores determinantes de la salud, como los factores socioeconómicos, el empleo, educación, cultura, la clase social, los ingresos, lugar geográfico y los círculos sociales.

Cockherman (2007) señala que el estilo de vida es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas a partir de las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma el estilo de vida está posibilitado o bien limitado por la situación social de la persona y sus condiciones de vida. Por tanto, las personas que poseen un menor ingreso económico a la hora de optar por un estilo de vida particular poseen ciertas limitaciones en su libertad de acción, ya que además poseen barreras, por ejemplo, en el acceso a la información, a recursos saludables y también en sus elecciones alimentarias.

Cabe mencionar que todos estos factores nombrados influyen de manera puntual en la prevención del cáncer cervicouterino, puesto que si mencionamos, por ejemplo, las barreras o el acceso a la información nos encontramos con que existen barreras de tipo psicológicas (temor, pudor y creencias erróneas) y no psicológicas (demora en atención, falta de información, error de información) las cuales afectan a las mujeres a la hora de acudir a los controles preventivos. (Valenzuela & Miranda, 2001).

2.4.1 Conductas preventivas

Dentro de las conductas saludables hay un aspecto importante: las conductas o cuidados preventivos. El objetivo principal de la prevención es evitar enfermedades futuras y va desde lo más simple como simples chequeos rutinarios hasta situaciones más complejas. Un factor importante que se encuentra en la prevención de enfermedades es el factor económico. Puesto que las personas con menos ingresos tienen menos posibilidades de realizar mayores gastos en salud y administran sus ingresos de acuerdo a la situación económica contingente de su diario vivir. Lo que provoca que solo recurran al médico cuando se presenta alguna enfermedad.

El factor económico influye de manera considerable en la prevención del cáncer cervicouterino, ya que las estadísticas muestran una mayor proporción en mujeres originaria de grupos poblacionales pobres y con escolaridad mínima, más aún se estima que cerca del 90% de las mujeres que viven en países en desarrollo nunca se han realizado un examen orientado a la detección precoz del cáncer cervicouterino (Arzuaga, Souza & Azevedo, 2012).

De ahí la importancia de los programas de detección y control del cáncer cervicouterino en nuestro país. Como la investigación se centra en estudiar la prevención del cáncer cervicouterino, es importante destacar que una conducta preventiva, en este caso específico, será la realización de la prueba de PAP teniendo en consideración la periodicidad adecuada que corresponde a tres años según los servicios de salud, basándose en la mejor relación costo-efectividad (MINSAL, 2005).

2.5 Conductas no saludables

Siguiendo a Cockerham (2007) una conducta no saludable o enferma será aquella en que las personas interpreten ciertos síntomas o molestias, a partir de lo cual deberán identificar una enfermedad para luego de ello buscar aliviarse. Esta conducta implica cuidados formales y/o informales. La intención de la persona deberá ser salir de ese estado para sanarse, independientemente de si en el proceso interviene algún médico. El recurrir a la asistencia médica implica un costo económico, el cual las personas con menos recursos por lo general, no están dispuestas a priorizar.

Ante este dilema la alternativa más recurrente es la automedicación. Alexander Segal y Jay Goldstein (citado en Cockherman, 2007) proponen que la automedicación sería el reemplazo directo a la asistencia médica. Lo cual sería ocasionado por un disgusto en el usuario del sistema (público principalmente) además, de una insatisfacción con la medicina moderna en general y sus limitaciones.

La medicina alternativa ha tenido un rol importante en la automedicación, y su uso principal se debe al deseo de obtener beneficios terapéuticos de forma rápida, cómoda, confiable y a un costo asequible. Entre los factores que influyen sobre la decisión de acceder a ellas se encuentran: el deseo de evitar la toxicidad, los métodos invasivos o los efectos secundarios; o bien, alcanzar niveles de calidad de vida que no son posibles con las terapias convencionales (Berenzon, Ito-Sugiyama & Vargas, 2006).

Por otra parte, en el último tiempo se ha podido observar como Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en especial internet, se han convertido en un instrumento fundamental para la transmisión de información y conocimiento en relación con la automedicación lo cual se ha transformado en un problema, puesto que existe un riesgo de transmisión de información sesgada y/o errónea cuando existen conflictos de interés frente al interés primario, que es la salud (Martín et al., 2016).

Así como podemos observar, existen claros problemas que inciden al momento de recurrir a la atención médica por alguna enfermedad. Las diferencias se manifiestan cuando se acude al sistema privado o público. Puesto que las personas de mayores ingresos optan por un servicio privado y de carácter preventivo, mientras que las de menos ingresos acceden al servicio público, a pesar de las limitaciones que tiene.

En lo que respecta al problema del cáncer cervicouterino el tema adquiere una relevancia particular. Estudios han mostrado que frente a esta enfermedad las mujeres no tienen conductas saludables, puesto que no se realizan la Prueba de Papanicolau al inicio de la vida sexual, que es cuando debiesen, sino que se la realizan luego de ser madres y con una periodicidad arbitraria (Santillana, 2004) y no cada tres años como los servicios de salud estiman más convenientes, como se mencionó anteriormente.

2.6 Hipótesis:

De acuerdo a la problematización y al marco teórico planteado, las hipótesis de investigación serán las siguientes:

2.6.1 Hipótesis general

“Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, las creencias sobre el cáncer cervicouterino están asociadas con la adopción de conductas preventivas para evitar padecer la enfermedad”.

2.6.2 Hipótesis específicas

1. “Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, la Susceptibilidad Percibida está asociada con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.
2. “Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, la Severidad Percibida está asociada con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.
3. “Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, los Beneficios Percibidos están asociados con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.
4. “Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, las Barreras Percibidas están asociadas con la Adopción de Conductas preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.

Capítulo 3.

Marco Metodológico

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

Ya expuestos los conceptos y enfoques teóricos que sustentan la presente tesis, en este capítulo se señalarán las consideraciones metodológicas del estudio, las cuales sirvieron de orientación a la hora de obtener la información necesaria para dar cuenta del problema de investigación.

3.1 Tipo de estudio

Siguiendo los planteamientos de Selltiz y Jahoda (1964) el presente estudio fue de carácter descriptivo y asociativo. Por una parte, fue descriptivo debido a que se realizó una descripción de las creencias (Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos y Barreras Percibidas) que tienen las mujeres entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso sobre el cáncer cervicouterino. Así como también se describió la cantidad de conocimiento que manejan sobre la Prueba de Papanicolau (PAP) y la enfermedad.

Por otra parte, fue asociativo porque estableció una asociación entre las creencias que poseen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y las conductas preventivas que poseen.

3.2 Tipo de diseño

El presente estudio ha sido de carácter cuantitativo, no experimental y transversal. El enfoque cuantitativo se caracteriza porque delimita propiedades de sus sujetos de estudio con el fin de asignarles números a las magnitudes, grados o tipos en que estos las poseen y utiliza procedimientos estadísticos para resumir, manipular y asociar dichos números (Asún, 2006).

El diseño fue no experimental (Kerlinger, 1988) ya que no se manipularon variables, puesto que estas vienen dadas por los sujetos. Adicionalmente, fue transversal, debido a que la recolección de los datos se llevó a cabo en un momento determinado de tiempo.

3.3 Universo y muestra

El universo del estudio estuvo conformado por todas las mujeres entre 18 y 64 años de edad de la comuna de Valparaíso. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) al año 2017, la población que cumple con dichas características asciende a 115.848 mujeres.

El universo se ha dividido según tres estratos de edad: 18 a 34 años, 35 a 49 años y finalmente 50 a 64 años de edad, tal como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1: Distribución etaria del universo de mujeres entre 18-64 años de edad, comuna de Valparaíso.

Estrato de edad	Número de mujeres	Porcentaje
18-34 años	44.631	38,53%
35-49 años	36.094	31,16%
50-64 años	35.123	30,31%
Total	115.848	100%

Elaboración propia

Se puede observar, a partir de la tabla 1, que la mayor cantidad de mujeres es posible encontrarla en el estrato comprendido entre 18-34 años de edad con un 38,53%, seguido por el estrato entre 35-49 años con un 31,16% y por último 50-64 años de edad con 30,31%. Ahora bien, para realizar la elección de la muestra se decidió que se utilizaría un muestreo por cuotas, las cuales fuesen proporcionales a los porcentajes que existen en cada uno de los estratos de edad. Esto es, que hubiese un 39% de mujeres (38,53% aproximado) en el estrato 18-34 años de edad, un 31% en el estrato comprendido entre 35-49 años y un 30% en el estrato 50-64 años. De esta forma se pudo tener a las mujeres encuestadas de forma proporcional a los estratos de edades y que no existiera una desproporción en cuanto a las edades.

En el caso de la muestra, como se mencionó, el diseño muestral que se llevó a cabo fue mediante cuotas. Este tipo de muestreo se caracteriza porque el muestrista decide qué variables de cuota se utilizarán, el tamaño de la cuota y el número de cuota que comprende la muestra (Vivanco, 2006). Al elegir un muestreo por cuotas se acepta que la selección de los individuos, y en este caso las mujeres, no es aleatoria sino que es una selección mediante muestreo por conveniencia. Esto es, en nuestro estudio, el cual se definió una cuota de 100 personas, al salir a elegir a esas 100 mujeres se fue obteniendo candidatas a formar parte de la muestra de forma no aleatoria, y se fue comprobando antes de entrevistar si son válidas para el estudio (es decir, si puede formar parte de mis cuotas de edad o ya se ha excedido). De esta forma, las cuotas representan el porcentaje a nivel poblacional según edad, tal como grafica la tabla 2.

Tabla 2: Distribución etaria de la muestra de mujeres entre 18-64 años de edad, comuna de Valparaíso.

Estrato de edad	Número de mujeres	porcentaje
18-34 años	39	39%
35-49 años	31	31%
50-64 años	30	30%
Total	100	100%

Elaboración propia

La tabla 2 presenta el tamaño muestral, 100 casos, que tal como se ha mencionado fue establecido en base a cuotas proporcionales de acuerdo a la edad. De esta manera, los porcentajes correspondientes al universo se corresponden a los utilizados para seleccionar el tamaño muestral.

3.3.1 Criterios de inclusión y de exclusión: edad de la muestra analizada

A la muestra se decidió incorporar a las mujeres entre 18 y 24 años, a pesar de que el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en Chile tiene como grupo objetivo a las mujeres entre 25 y 64 años de edad para la realización del tamizaje. Principalmente, debido a que las mujeres jóvenes registran la mayor prevalencia del virus a nivel nacional (Ferrecio et al., 2004). Lo que sumado a la disparidad de información y falta de acceso a la vacuna contra el VPH, hacen a esta población un grupo más susceptible de desarrollar un futuro cáncer cervicouterino (Urrutia, Concha, Riquelme & Padilla, 2012). Fue por estos motivos que la muestra se conformó por todas aquellas mujeres entre 18 y 64 años de edad.

3.4 Técnica de recolección de datos

Los datos se recolectaron a través de una fuente primaria, esto es, un cuestionario (ver anexo N°1) administrado por un entrevistador, la investigadora en este caso. Este instrumento presenta la particularidad de medir el grado o la forma en que los sujetos que van a ser encuestados poseen determinadas variables o conceptos de interés. Por tanto, las preguntas constituyen una forma en que el investigador “traduce” un concepto que desea medir en una pregunta y sus respectivas categorías de respuesta (Asún, 2006).

El cuestionario contó con un total de 26 preguntas, y se estructuró en cuatro secciones las cuales consistieron en:

- Parte I: datos sociodemográficos, correspondientes a 7 preguntas sobre edad, estado civil, ocupación laboral, religión, nivel educacional y previsión de salud.

-Parte II: correspondiente a 6 preguntas sobre conocimiento del cáncer cervicouterino y la prueba de PAP.

-Parte III: un total de 11 preguntas sobre creencias del cáncer cervicouterino, para medir los cuatro constructos básicos del Modelo de Creencias de Salud consistentes en: Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos y Barreras Percibidas.

-Parte IV: correspondiente a 2 preguntas abiertas en las cuales se les solicitó a las mujeres que mencionaran cuales creían que eran las causas por las que las mujeres no se realizaban la prueba de PAP y alguna sugerencia sobre el cuestionario o tema en cuestión.

3.5 Definición y operacionalización de las variables

En este apartado se presentan las definiciones nominales y operacionales de las variables del estudio. Se exponen la variable dependiente, variables independientes y sociodemográficas.

3.5.1 Variable dependiente: Adopción de conductas preventivas para evitar el padecimiento de la enfermedad cáncer cervicouterino

La OMS reconoce como método para prevenir el cáncer cervicouterino distintas pruebas diagnósticas. La prueba de PAP es la única que se ha utilizado en grandes grupos de población y ha demostrado que reduce la incidencia del cáncer cervicouterino y la mortalidad. Otras pruebas como, por ejemplo, la inspección visual con ácido acético o con solución de lugol son prometedoras, pero no se dispone de datos probatorios comparables con su eficacia. En el caso de la vacuna, que si bien podría prevenir el 70% de los casos de cáncer cervicouterino (OPS, 2014) se debe recordar que el grupo al cual se encuentra dirigida la investigación, mujeres entre 18 y 64 años, no han sido beneficiadas por el plan de inmunización nacional. Si bien en Chile han existido dos vacunas contra el VPH hace años el alto costo de alrededor de 150 dólares no fue accesible para la población de recursos menores (Urrutia, M. 2015). Por tanto, es un grupo que se encuentra expuesto al contagio de VPH y de esta forma susceptible de desarrollar células malignas que desencadenen en cáncer cervicouterino.

Definición nominal: adopción de conductas preventivas para evitar el padecimiento de cáncer cervicouterino se definió conceptualmente como: “conductas llevadas a cabo por las mujeres relacionadas con el hecho de tener la prueba de PAP realizada por lo menos una vez en los últimos tres años”. Tres años es lo

correcto según los servicios de salud, basándose en la mejor relación costo-efectividad (MINSAL, 2005).

Definición operacional: la adopción de conductas de prevención del cáncer cervicouterino se definió operacionalmente a través de las respuestas dadas por las mujeres a la siguiente pregunta:

Pregunta N°2.6 ¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba de PAP por última vez? Las opciones de respuesta se presentan en la tabla 3, PAP al día= 1 PAP atrasado=2.

Tabla 3: ¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba de PAP?

Menos de tres años	Más de tres años
PAP al día	PAP atrasado
1. Dentro de este año 2. El año pasado 3. Hace dos años 4. Hace tres años	5. Más de tres años 6. No se acuerda 7. Nunca se ha hecho la prueba de PAP

Elaboración propia

3.5.2 Variables independientes

Las variables independientes del estudio son las siguientes:

- Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.
- Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.
- Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino.
- Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino.

3.5.2.1 Variable independiente: Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

Definición nominal: Se define la Susceptibilidad Percibida como: “la percepción de las mujeres acerca de la vulnerabilidad personal de enfermarse de cáncer cervicouterino”.

Definición operacional: La Susceptibilidad Percibida se definió operacionalmente como el puntaje total obtenido de la sumatoria de los puntajes logrados en las respuestas a las siguientes preguntas:

Pregunta 3.1 En su situación personal ¿Qué tan probable es que se enferme de cáncer cervicouterino? Muy probable=4; Probable=3; Poco probable= 2; ninguna probabilidad=1.

Pregunta 3.2 ¿Se considera una persona con riesgo de enfermarse de cáncer cervicouterino? Si= 2; No=1.

Pregunta 3.3 ¿Cuánto cree usted que le afectaría enfermarse de cáncer cervicouterino? Me afectaría mucho=4; me afectaría=3; me afectaría un poco=2; no me afectaría=1.

3.5.2.2 Variable independiente: Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

Definición nominal: Se entiende por Severidad Percibida como: “percepción de las mujeres respecto a las consecuencias negativas que la enfermedad cáncer cervicouterino tiene para ella en términos psicosociales y/u orgánicos”.

Definición operacional: La Severidad atribuida a la enfermedad se definió operacionalmente como el puntaje total obtenido por las mujeres en la sumatoria de los puntajes logrados en las respuestas a las siguientes preguntas:

Pregunta 3.4 ¿Cuán grave considera que es el cáncer cervicouterino? Muy grave=4; grave=3; poco grave=2; no es grave=1.

Pregunta 3.5 En su caso ¿Cuán grave sería para su salud enfermarse de cáncer cervicouterino? Muy grave=4; Grave=3; Poco grave=2; No es grave=1.

Pregunta 3.6 ¿Cuán problemático sería económicamente para su familia si usted se enfermara de cáncer cervicouterino? Muy problemático=4; Problemático=3; Un poco problemático=2; No sería problemático=1.

3.5.2.3. Variable independiente: Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

Definición nominal: Los Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas se definió de la siguiente forma: “percepción respecto de la probable efectividad de los mecanismos de prevención que lleven a cabo las mujeres” (la realización de la prueba de PAP).

Definición operacional: Se definió operacionalmente como el puntaje total obtenido de la sumatoria de los puntajes logrados en las respuestas a las siguientes preguntas:

Pregunta 3.7 ¿Realizándose la prueba de PAP, usted cree que está protegiendo su salud? Si=2; No=1.

Pregunta 3.8 ¿Cree que al realizarse la prueba de PAP regularmente usted se encuentra protegida de padecer cáncer cervicouterino? Sí=1; No=2.

Pregunta 3.9. ¿Al hacerse la prueba de PAP usted se siente tranquila y confiada de que no padecerá cáncer cervicouterino? Sí=1; No=2.

3.5.2.4. Variable independiente: Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

Definición nominal: Las barreras frente a la adopción de conductas preventivas se definió de la siguiente forma: “aquellos mecanismos que impiden que las mujeres lleven a cabo conductas preventivas”, en este caso específico se relacionan con los impedimentos que puedan tener las mujeres por los que no acuden a realizarse la prueba de PAP.

Definición operacional: Se definió operacionalmente la variable como las respuestas dadas por las mujeres a la siguiente pregunta:

Pregunta 3.10: ¿Tiene usted algún problema para realizarse la prueba de PAP? Si= 2; no=1.

Luego a las mujeres que respondieron que si tenían algún problema para realizarse la prueba de PAP se les pidió que contestaran la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los impedimentos que usted tiene para hacerse la prueba de PAP?, los tipos de barreras que podían ser nombrados pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4: Barreras en la realización de la prueba de PAP.

1) No sé cada cuanto tiempo hacen el PAP	1) Sí 2) No	9) Me da vergüenza ir	1) Sí 2) No
2) Me cuesta sacar hora de atención	1) Sí 2) No	10) Tengo dificultades para movilizarme	1) Sí 2) No
3) Se demoran en atenderme cuándo voy al consultorio o clínica	1) Sí 2) No	11) No creo que sea necesario	1) Sí 2) No
4) El consultorio atiende en horario en que no puedo ir	1) Sí 2) No	12) Me da miedo recibir malas noticias	1) Sí 2) No
5) No sé desde que edad se toma el PAP	1) Sí 2) No	13) No sé cada cuánto tiempo necesito tomarme el PAP	1) Sí 2) No
6) No me gusta la atención que recibo	1) Sí 2) No	14) Otras, ¿cuáles?	1) Sí 2) No
7) No puedo ir por motivos de trabajo	1) Sí 2) No	98) No sabe/ No responde	1) Si 2) No
8) Prefiero hacer las cosas de la casa	1) Sí 2) No		

Elaboración propia

3.5.3 Variables sociodemográficas

Estas variables permitieron describir la muestra de estudio. Dentro de las variables sociodemográficas se consideraron las siguientes: edad de las encuestadas, estado civil, ocupación laboral, religión, escolaridad y previsión de salud.

3.6 Pretest

Luego de la construcción del instrumento, se realizó un pretest con la finalidad de evitar errores e incluir mejoras en la formulación de las preguntas y extensión del cuestionario en general. De este modo, se aplicó el pretest a 50 mujeres de la comuna de Viña del Mar, en el Mirador de Reñaca, durante noviembre del año 2016. Cabe señalar que el grupo que respondió el pretest posee características similares al universo en estudio.

La aplicación del pretest contribuyó a identificar problemas en la aplicación de algunas preguntas, las cuales fueron modificadas. Principalmente el problema estuvo presente en la variable Severidad Percibida, especialmente cuando se intentó medir la parte social del constructo. Esto porque habían 2 preguntas que tenían relación con los problemas sociales y problemas de relación de pareja que les traería hipotéticamente la enfermedad a las encuestadas. Muchas de ellas (60%) respondieron que no sabían si la enfermedad le traería problemas con su pareja o con sus amistades, lo cual ocasionó que al hacer la sumatoria de las preguntas del constructo se generaran puntajes que marcaban igual, no existiendo discriminación del índice. Por tanto, se decidió sacar esas dos preguntas del constructo severidad.

3.7 Trabajo de campo

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en cuatro sectores de la comuna de Valparaíso. Cada sector corresponde a una o un conjunto de plazas, ubicadas en la zona céntrica de la comuna de Valparaíso. Los sectores correspondientes son los siguientes: 1) Plaza Aníbal Pinto y Plaza Cívica, 2) Plaza de la Victoria, 3) Parque Italia y 4) Plaza O'Higgins (ver anexo N°2). Se eligieron las plazas mencionadas por dos razones. En primer lugar, las plazas al ser espacios públicos son eminentemente lugares de circulación, paso, desplazamiento, transporte y espera entre un destino y otro, por lo que se tiene acceso a una muestra heterogénea de mujeres de diferentes lugares de afluencia de la comuna.

En segundo lugar, se eligió un sector público porque la modalidad de recolección de información ha sufrido transformaciones en el último tiempo, especialmente propiciado por los cambios en la sociedad. Si consideramos que existe un aumento del número de personas que trabajan fuera de casa, el alargamiento de las jornadas laborales y el descenso del tamaño de los hogares han reducido el tiempo en estancia en la propia vivienda (Díaz de Rada, 2012). Por tanto, la investigación con encuestas ha tenido que adaptarse a los cambios. Si antes la encuesta telefónica era el principal medio para realizar encuestas, ahora se encuentra con dificultades debido a que presenta una menor tasa de respuesta que

la presencial, así como también la sobrerrepresentación de determinados estratos de clases media alta (Wert, 2000).

Es por eso que se han introducido nuevas formas de recogida de información y la encuesta por internet ha ganado notoriedad el último tiempo, pero no ha estado exenta de inconvenientes debido a que presenta errores de cobertura, escasa aleatoriedad de las muestras y menor tasa de respuesta (Díaz de Rada, 2012). De esta forma las encuestas en lugares públicos, como plazas por ejemplo, han surgido como una alternativa a los cambios ya que la encuesta presencial, realizada en hogares, ha presentado dificultades para los encuestadores de acceder a determinadas zonas, unidos al elevado número de hogares vacíos durante gran parte del día lo cual ha puesto en duda la premisa sobre el elevado porcentaje de población efectivamente cubierta.

El tiempo promedio en que las mujeres respondieron el cuestionario fue de 5 minutos aproximadamente. El trabajo en terreno se extendió desde el jueves 3 de agosto hasta el jueves 7 de septiembre del 2017.

3.8 Validez, confiabilidad y calidad del dato

En cuanto a la validez se utilizaron dos procedimientos para asegurar la validez de la medición de las variables de la investigación. Primero, se sometió el instrumento a una validez de constructo. De esta forma, se verificó que el instrumento contenga todas las dimensiones, indicadores y variables que se reflejan en la operacionalización de las variables (Palella & Matins, 2012). Luego, cada una de las preguntas fue examinada para lograr una mayor coherencia con su indicador.

El segundo paso fue asegurar el poder discriminador del ítem de análisis, debido a que se realizaron tres índices: Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo del cáncer cervicouterino, índice de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y el índice de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino, fue necesario que cada uno contara con un alto poder discriminador y que a la vez fuese confiable, los pasos para asegurar tales criterios serán descritos a continuación.

3.8.1 Índice de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

A partir de las tres preguntas que conformaron este índice y de los valores respectivos de cada pregunta que puntuaron las mujeres, se procedió a realizar una

sumatoria con las tres preguntas en el programa SPSS y así observar de forma gráfica como se comportaba la muestra, los resultados pueden observarse en la tabla 5.

Tabla 5: Distribución de frecuencia Susceptibilidad Percibida.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	1	1	1
5	7	7	8
6	31	31	39
7	22	22	61
8	15	15	76
9	18	18	94
10	6	6	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Luego de observar la distribución de los puntajes se procedió a ver el grado de discriminación del índice, por lo que se seleccionaron los ítems de manera que la suma total de las tres preguntas se recodificara en tres grupos (Bajo, Medio y Alto):

1 = Grupo Bajo (valor mínimo, percentil bajo 50)

2= Grupo Medio (percentil 50)

3= Grupo Alto (valor máximo, percentil sobre 50)

El percentil 50 de la variable Susceptibilidad Percibida resultó ser de valor 7, de esta forma el grupo 1 quedó conformado por aquellas mujeres que marcaron desde los 3 puntos hasta los 6 puntos. El grupo 2 por mujeres que tuvieron 7 puntos y finalmente el grupo 3 conformado por mujeres que marcaron desde los 8 puntos hasta los 10 puntos.

Una vez definido, entonces, cuáles eran los grupos que puntuaron bajo y alto en los ítems, se procedió a utilizar en el programa SPSS la prueba t -Student para muestras independientes y así comparar las medias de los grupos altos y bajos y ver finalmente si el ítem poseía un alto nivel de discriminación. El resultado arrojó que con un nivel de significación de 0,046 (se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis h_1) existen diferencias significativas entre las medias de los grupos, por tanto, existe un alto poder discriminador por parte del ítem. En conclusión, se decidió mantener las tres preguntas para conformar el índice sumatorio de Susceptibilidad Percibida.

Para asegurar la confiabilidad del índice se utilizó el método de consistencia interna basado en alfa de Cronbach, el cual asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch, S. & Comer, J. 1988).

El alfa de Cronbach arrojó como resultado un valor de 0,765 y el criterio establecido, y señalado por diferentes autores, es que un valor del alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90 indica una buena consistencia interna para un índice

unidimensional (Oviedo, H. C. & Campo-Arias, A., 2005). Por tanto, podemos concluir que el índice es confiable.

Una vez que se pudo confirmar que el índice poseía un alto nivel de discriminación y, a su vez, era confiable, se procedió a clasificar la distribución de la variable Susceptibilidad Percibida en tres niveles (Bajo, Medio y Alto) y de esta forma tener una visión de cuál era el nivel de Susceptibilidad Percibida de las mujeres, así como también poder aplicar la prueba estadística, en este caso, Chi cuadrado de Pearson puesto que esta prueba sólo puede ser aplicada en variables con un nivel de medición nominal u ordinal lo cual requería, por tanto, tener un nivel ordinal de medición en la variable de Susceptibilidad Percibida.

Para lograr este procedimiento, primero se realizó una nueva tabla de frecuencia para conocer la distribución de la variable. En la tabla 6 se presenta la distribución de frecuencias del índice de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino. Los valores son un mínimo de 3 puntos y un máximo de 10 puntos. Para el índice de Susceptibilidad Percibida se obtuvo una media aritmética de 7,20 puntos, con una desviación estándar de 1,463 y una mediana de 7 puntos.

Tabla 6: Distribución de frecuencia del índice Susceptibilidad Percibida

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	1	1	1
5	7	7	8
6	31	31	39
7	22	22	61
8	15	15	76
9	18	18	94
10	6	6	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Media 7,20	Mediana 7	Desviación estándar 1,463
----------------------	---------------------	-------------------------------------

Posteriormente de conocer la distribución de la variable Susceptibilidad Percibida se procedió a agrupar a las mujeres en tres grupos, el primero con un Nivel Bajo de Susceptibilidad Percibida, el segundo con un Nivel Medio de Susceptibilidad Percibida y finalmente el tercero con un Nivel Alto de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

Para poder asignar a las mujeres en los diferentes niveles de Susceptibilidad Percibida se utilizó como criterio la escala de estaninos cuya fórmula es la siguiente:

$$A = \text{MEDIA} \pm 0,75 * \text{DESV.EST.}$$

Para encontrar las mediciones se aplicó la fórmula y se obtuvieron los siguientes valores para A y B.

$$A = \text{MEDIA} - 0,75 * \text{DESV.EST.}$$

$$B = \text{MEDIA} + 0,75 * \text{DESV.EST.}$$

$$A = 7,20 - 0,75 * 1,463$$

$$B = 7,20 + 0,75 * 1,463$$

$$A = 7,20 - 1,09725$$

$$B = 7,20 + 1,09725$$

$$A = 6,102$$

$$B = 8,29.$$

Teniendo entonces los valores 6 y 8, correspondiente el primero al puntaje de corte del Nivel Bajo y el segundo al puntaje de inicio del Nivel Alto, se procedió a clasificar los valores quedando conformados de la siguiente forma, tal como puede observarse en la tabla 7.

Tabla 7: Distribución Niveles de Susceptibilidad Percibida

Susceptibilidad Percibida	Valores que incluye	Número de casos	Distribución Relativa
Nivel Bajo	3-6 puntos	39 casos	39%
Nivel Medio	7 puntos	37 casos	37%
Nivel Alto	8- 10 puntos	24 casos	24%
Total		100 casos	100%

Elaboración propia

El grupo de mujeres con un Nivel Bajo de Susceptibilidad Percibida quedó conformado por todas aquellas mujeres que obtuvieron entre 3 y 6 puntos en el índice de Susceptibilidad Percibida, dentro de este grupo se registró un 39%. El grupo con un Nivel Medio de Susceptibilidad Percibida lo conformaron las mujeres que obtuvieron 7 puntos en el índice de Susceptibilidad Percibida y quedó conformado por un 37%. Por último, el grupo con un Nivel Alto de Susceptibilidad Percibida quedó conformado por las mujeres con puntajes entre 8 a 10 puntos en el índice de Susceptibilidad Percibida, dentro de este grupo se registró un 24% de mujeres.

3.8.2 Índice de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino, se siguió el mismo procedimiento

Tal como el índice de Susceptibilidad Percibida, a partir de las tres preguntas que conformaron el índice y de los respectivos valores que puntuaron las mujeres, se procedió a realizar una sumatoria con las tres preguntas en el programa SPSS, los resultados se pueden ver en la tabla 8.

Tabla 8: Distribución de frecuencia Severidad Percibida

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5	1	1	1
6	2	2	3
8	4	4	7
9	8	8	15
10	13	13	28
11	24	24	52
12	48	48	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Luego de observar la distribución de los puntajes se procedió a ver el grado de discriminación del índice, por lo que se seleccionaron los ítems de manera que la suma total de las tres preguntas se recodificara en tres grupos (Bajo, Medio y Alto):

1 = Grupo Bajo (valor mínimo, percentil bajo 50)

2= Grupo medio (percentil 50)

3= Grupo Alto (valor máximo, percentil sobre 50)

El percentil de la variable Severidad Percibida resultó ser de valor 11. De esta forma, el grupo 1 quedó conformado por aquellas mujeres que marcaron desde los 5 puntos hasta los 10 puntos. El grupo 2 quedó conformado por mujeres que tuvieron 11 puntos y finalmente el grupo 3 conformado por mujeres que marcaron 12 puntos.

Una vez definido cuales eran los grupos que puntuaron bajo y alto en los ítems, se procedió a utilizar la prueba t -Student. El resultado arrojó que con un nivel de significación de 0,000, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis h_1 , por tanto, si existen diferencias significativas entre las medias de los grupos, por lo que existe un alto poder discriminador por parte del ítem. En conclusión, se decidió mantener las tres preguntas para conformar el índice de Severidad Percibida.

En el caso de la confiabilidad también se utilizó el método de consistencia interna basado en alfa de Cronbach, el que arrojó como resultado 0,787 y, tal como se mencionó anteriormente, el criterio señalado por diferentes autores es que un valoro alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indica una buena consistencia para un índice unidimensional. Por tanto, podemos concluir que el índice es confiable.

Una vez que se pudo confirmar que el índice poseía un alto nivel de discriminación y que era confiable, se procedió a clasificar la distribución de la variable Severidad Percibida en tres niveles (Bajo, Medio y Alto).

A continuación, en la tabla 9, se presenta la distribución de frecuencias del índice de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino. Los valores son un mínimo de 5 puntos y un máximo de 12 puntos. Para el índice de Severidad Percibida se obtuvo una media aritmética de 10,9100 puntos, con una desviación estándar de 1,47090 y una mediana de 11 puntos.

Tabla 9: Distribución de frecuencia del índice Severidad Percibida

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5	1	1	1
6	2	2	3
8	4	4	7
9	8	8	15
10	13	13	28
11	24	24	52
12	48	48	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Media 10,9100	Mediana 11	Desviación estándar 1,47090
-------------------------	----------------------	---------------------------------------

Luego de conocer la distribución de la variable Severidad Percibida, se procedió a agrupar a las mujeres en tres grupos, el primero con un Bajo nivel de Severidad Percibida, el segundo con un nivel Medio de Severidad Percibida y finalmente un tercer grupo con un Alto nivel de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino, aplicando de igual manera la fórmula de estatinos:

$$A = MEDIA \pm 0,75 * DESV.EST.$$

Se obtuvieron los siguientes valores para A y B.

$$A = \text{MEDIA} - 0,75 * \text{DESV.EST.}$$

$$B = \text{MEDIA} + 0,75 * \text{DESV.EST.}$$

$$A = 10,9100 - 0,75 * 1,47090$$

$$B = 10,9100 + 0,75 * 1,47090$$

$$A = 10,9100 - 1,103175$$

$$B = 10,9100 + 1,103175$$

$$A = 9,8068$$

$$B = 12,013175$$

Teniendo entonces los valores 10 (aproximando el resultado de 9,8068) y 12 correspondiente, el primero al puntaje de corte del Nivel Bajo y el segundo al puntaje de inicio del Nivel Alto, se procedió a clasificar los valores quedando conformados de la siguiente forma, tal como se puede observar en la tabla 10.

Tabla 10: Distribución Niveles de Severidad Percibida

Severidad Percibida	Valores que incluye	Número de casos	Distribución Relativa
Nivel Bajo	5-10 puntos	28 casos	28%
Nivel Medio	11 puntos	24 casos	24%
Nivel Alto	12 puntos	48 casos	48%
Total		100 casos	100%

Elaboración propia

El grupo de mujeres con un Nivel Bajo de Severidad Percibida quedó conformado por todas aquellas mujeres que obtuvieron entre 5 y 10 puntos en el índice de Severidad Percibida, dentro de este grupo se registró un 28%. El grupo de mujeres con un Nivel Medio de Severidad Percibida lo conformaron las mujeres que obtuvieron 11 puntos en el índice de Severidad Percibida, en este grupo se registró un 24%. Finalmente, el grupo con un Nivel Alto de Severidad Percibida lo conformaron mujeres que marcaron 12 puntos y estuvo conformado por un 48% de las mujeres.

3.8.3 Índice de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

Este índice también estuvo conformado por tres preguntas, y una vez que se obtuvieron los valores respectivos de cada pregunta, se procedió a realizar una sumatoria con las preguntas en el programa SPSS. Los resultados se pueden observar en la Tabla 11.

Tabla 11: Distribución de frecuencia Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	4	4	4
4	25	25	29
5	36	36	65
6	35	35	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Luego de observar la distribución de los puntajes se procedió a ver el grado de discriminación del índice, por lo que se seleccionaron los ítems de manera que la suma total de las tres preguntas se recodificara en tres grupos (Bajo, Medio y Alto):

1 = Grupo Bajo (valor mínimo, percentil bajo 50)

2= Grupo medio (percentil 50)

3= Grupo Alto (valor máximo, percentil sobre 50)

El percentil 50 de la variable Beneficios Percibidos resultó ser de valor 5. De esta forma, el grupo 1 quedó conformado por aquellas mujeres que marcaron desde los 3 hasta los 4 puntos. El grupo 2 quedó conformado por mujeres que tuvieron 5 puntos y finalmente el grupo 3 conformado por mujeres que marcaron 6 puntos.

Una vez definido cuales eran los grupos que puntuaron bajo y alto en los ítems, se procedió a utilizar la prueba t -Student. El resultado de la prueba arrojó un nivel de significación de 0,000, es decir, si existen diferencias significativas entre las medias de los grupos que puntuaron alto y bajo y de esta forma existe un alto poder discriminador por parte del ítem. En conclusión, se decidió mantener las tres preguntas para conformar el Índice de Beneficios Percibidos.

Para la confiabilidad también se usó alfa de Cronbach el cual arrojó como resultado 0,726 por tanto, podemos concluir que el índice es confiable.

Una vez que se pudo confirmar que el índice poseía un alto nivel de discriminación y que era confiable, se procedió a clasificar la distribución de la variable Beneficios Percibidos en tres niveles (Bajo, Medio y Alto). En la tabla 12 se presenta la distribución de frecuencias del índice de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas (prueba de PAP) para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino. Los valores son un mínimo de 3 puntos y un máximo de 6 puntos. Para el índice de Beneficios Percibidos se obtuvo una media aritmética de 5,0200 con una desviación estándar de 0,87594 y una mediana de 5.

Tabla 12: Distribución de frecuencia del índice Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	4	4	4
4	25	25	29
5	36	36	65
6	35	35	100
Total	100	100	

Elaboración propia

Media	Mediana	Desviación estándar
5,0200	5	0,87594

Luego de conocer la distribución de la variable Beneficios Percibidos, se procedió a agrupar a las mujeres en tres grupos, el primero con un Nivel Bajo de Beneficios Percibidos, el segundo con un Nivel Medio de Beneficios Percibidos y finalmente el tercer grupo con un Nivel Alto de Beneficios Percibidos, se utilizó también como criterio la escala de estatinos con su respectiva fórmula:

$$A = MEDIA \pm 0,75 * DESV.EST.$$

Se obtuvieron los siguientes valores para A y B.

$$A = MEDIA - 0,75 * DESV.EST.$$

$$B = MEDIA + 0,75 * DESV.EST.$$

$$A = 5,0200 - 0,75 * 0,87594$$

$$B = 5,0200 + 0,75 * 0,87594$$

$$A = 5,0200 - 0,656955$$

$$B = 5,0200 + 0,656955$$

$$A = 4,363045$$

$$B = 5,676955$$

Teniendo entonces los valores a 4 y 6 (aproximando el resultado 5,676955) correspondientes el primero al puntaje de corte del Nivel Bajo y el segundo al puntaje de inicio del Nivel Alto, procedió a clasificar los valores quedando conformados de la siguiente forma, como puede observarse en la tabla 13.

Tabla 13: Distribución Niveles de Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas

Beneficios percibidos	Valores que incluye	Número de casos	Distribución Relativa
Nivel Bajo	3-4 puntos	29 casos	29%
Nivel Medio	5 puntos	36 casos	36%
Nivel Alto	6 puntos	35 casos	35%
Total		100 casos	100%

Elaboración propia

El grupo de mujeres con un Nivel Bajo de Beneficios Percibidos quedó conformado por todas aquellas mujeres que obtuvieron entre 3 y 4 puntos en el índice de Beneficios Percibidos, dentro de este grupo se registró un 29%. El grupo de mujeres con un Nivel Medio de Beneficios Percibidos lo conformaron las mujeres que obtuvieron 5 puntos en el índice de Beneficios Percibidos, en este grupo se registró un 36%. Finalmente, el grupo con un Nivel Alto de Beneficios Percibidos lo conformaron mujeres que marcaron 6 puntos y estuvo conformado por 35% de las mujeres.

3.9 Técnica de análisis de datos y procesamiento de la información

Una vez recopilada la información necesaria, se procedió a realizar el análisis de los datos, el cual fue desarrollado teniendo en cuenta las siguientes etapas. La primera etapa consistió en el uso de estadísticos descriptivos (tablas de frecuencia, gráficos de datos, porcentajes, medias de dispersión de datos) mediante los cuales se efectuó una visión detallada de la muestra.

La segunda etapa consistió en un análisis estadístico inferencial, de esta forma se utilizaron estadísticos específicos dependiendo del nivel de medición de cada una de las variables y de la dependencia o independencia del grupo estudiado (Blalock, 1986). En el caso de la presente investigación la prueba de hipótesis que se ajusta al nivel de medición de las variables es la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Tanto para la primera como la segunda etapa se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0.

3.10 Condiciones éticas

Nos parece preciso señalar que, dentro de la investigación, consideramos necesario que las mujeres encuestadas participen voluntariamente e informadas, es decir, que tengan conocimiento de la finalidad del estudio y su procedencia. Por lo cual, el instrumentó contó con consentimiento informado (ver anexo N° 1).

Por otra parte, es necesario mencionar que la información recabada a partir de los resultados de la encuesta, fue utilizada de tal manera de mantener el anonimato de las identidades de las mujeres.

Capítulo 4.

Análisis de la Información

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación, se presentan los principales resultados hallados una vez realizada la investigación, partiendo de lo más general hasta llegar a lo más específico de acuerdo a los objetivos planteados. Cabe señalar que cada uno de los análisis que se presentan son producto de la sistematización de respuesta que las mujeres del estudio otorgaron al instrumento de recolección de los datos.

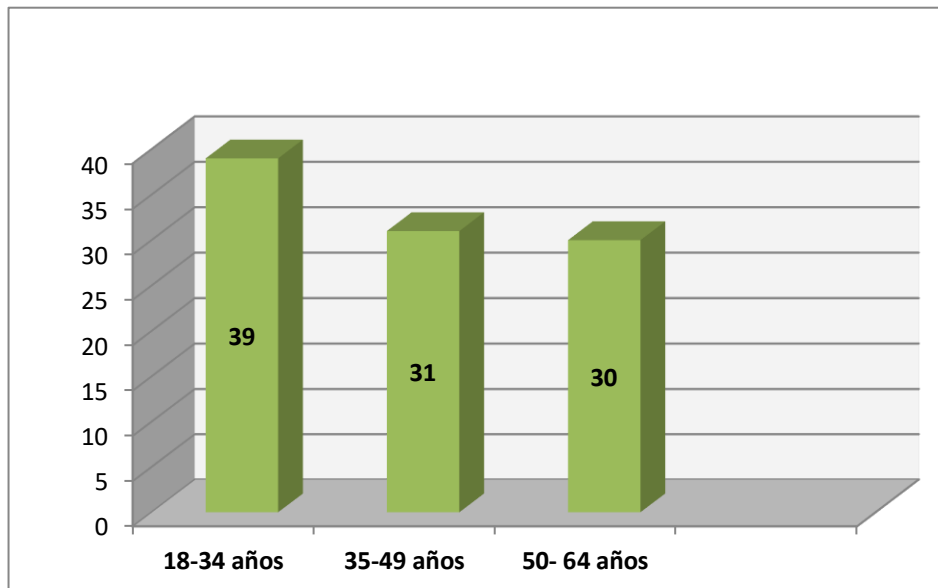
Por otro lado, los resultados son solo representativos de la muestra escogida y es posible ordenarlos en cinco temáticas: una caracterización general de la muestra a partir de la variable sociodemográfica, una descripción general del conocimiento que presentan las mujeres de la muestra sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de PAP, una descripción de las conductas preventivas que las mujeres presentan, un análisis de las creencias que las mujeres poseen sobre el cáncer cervicouterino en base a los cuatro constructos principales: Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos y Barreras Percibidas y finalmente un análisis de dos preguntas abiertas que se les realizó a las mujeres.

4.1 Características socio-demográficas de las mujeres de la comuna de Valparaíso

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 100 casos de mujeres entre 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso.

Respecto de la variable edad, el promedio de edad de las mujeres de la muestra es de 38,49 años, con una desviación estándar de 13,69. Agrupando la edad de las mujeres en estratos, tal como se puede observar en el gráfico 1, podemos observar que la distribución entre 18 y 34 años de edad se encuentra conformada por 39 mujeres, entre el estrato 35 y 49 años hay 31 mujeres y finalmente en el estrato 50-64 años de edad 30 mujeres, las cuales se encuentran proporcionalmente a la cantidad de mujeres entre 18 y 64 años de edad de la comuna de Valparaíso.

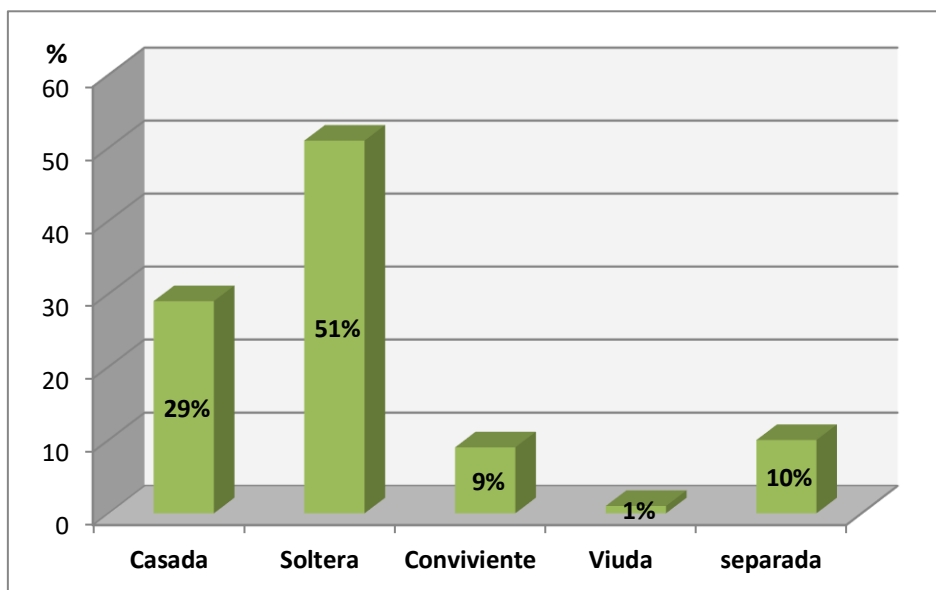
Gráfico 1: Edad agrupada de la muestra de las mujeres



Elaboración propia

Respecto del estado civil, cómo podemos observar en el gráfico 2, la mayor cantidad de mujeres se encuentra en la categoría soltera con un 51%, seguida por casada con 29%, luego encontramos un 10% de mujeres en la categoría separada, 9% casos en la categoría conviviente y finalmente 1% en la categoría viuda.

Gráfico 2: Estado Civil de las mujeres

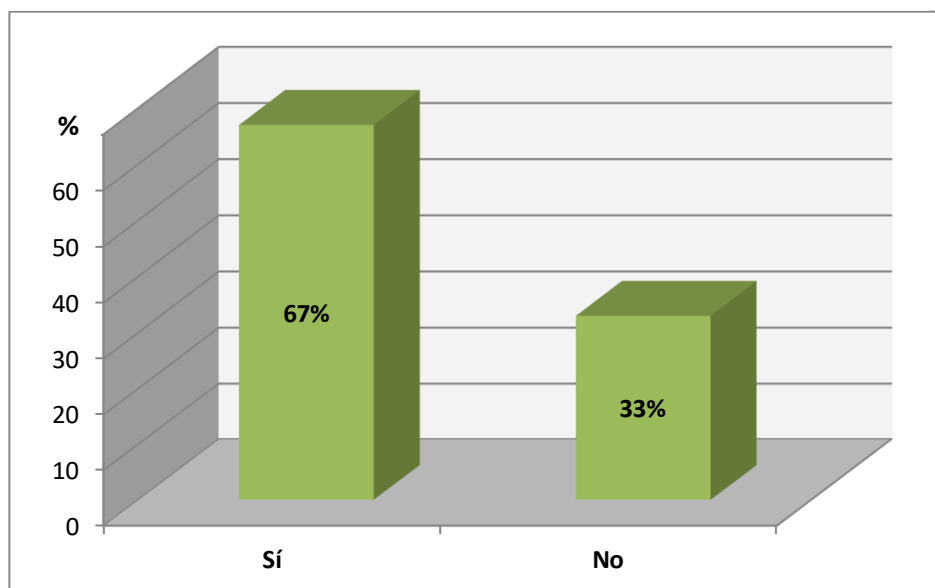


Elaboración propia

En relación a la actividad laboral, de la muestra total de 100 mujeres, el 67% de ellas declaró que sí habían realizado algún tipo de trabajo remunerado la semana

pasada, mientras que un 33% mujeres declararon no haber realizado labor alguna. Los resultados se pueden observar en el gráfico 3.

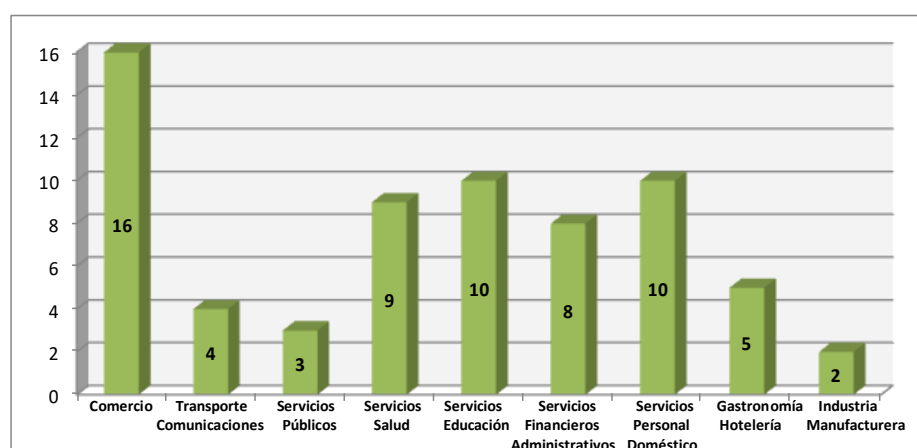
Gráfico 3: Durante la semana pasada ¿realizó usted algún trabajo por el cual recibió o recibirá algún ingreso económico?



Elaboración propia

De aquellas encuestadas que afirmaron que sí trabajaron la semana pasada, se les solicitó especificar la labor o actividad en la cual se desempeñaron. Los resultados señalan, tal como se pueden apreciar en el gráfico 4, que la labor realizada con mayor frecuencia es el sector de comercio con un 16%, seguido por el sector de servicios de educación con un 10%, el sector de servicios de personal doméstico también presentó un 10%, en tanto, un 9% se desempeñan en el sector de salud y un 8% en los servicios financieros y administrativos.

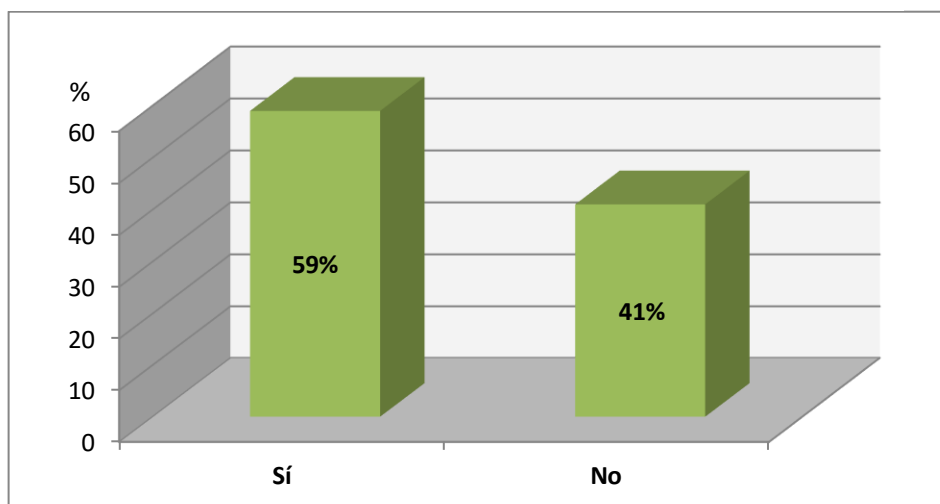
Gráfico 4: Tipo de ocupación laboral



Elaboración propia

Frente a la pregunta de si profesa alguna religión el 59% de la muestra declara profesar. En contraste, el 41% declara no profesar alguna religión. Los datos se pueden observar en el gráfico 5.

Gráfico 5: ¿Profesa usted alguna religión?



Elaboración propia

De aquellas que declararon profesar alguna religión, se les pregunto qué especificaran cuál tipo profesaban, la religión católica encabeza las preferencias con un 46%, seguida por la evangélica con un 9%. En tanto, con menores preferencias encontramos Testigo de Jehová, Mormón, Adventista y Espiritista cada una con 1%. Los datos se pueden apreciar en el gráfico 6.

Gráfico 6: ¿Cuál religión?

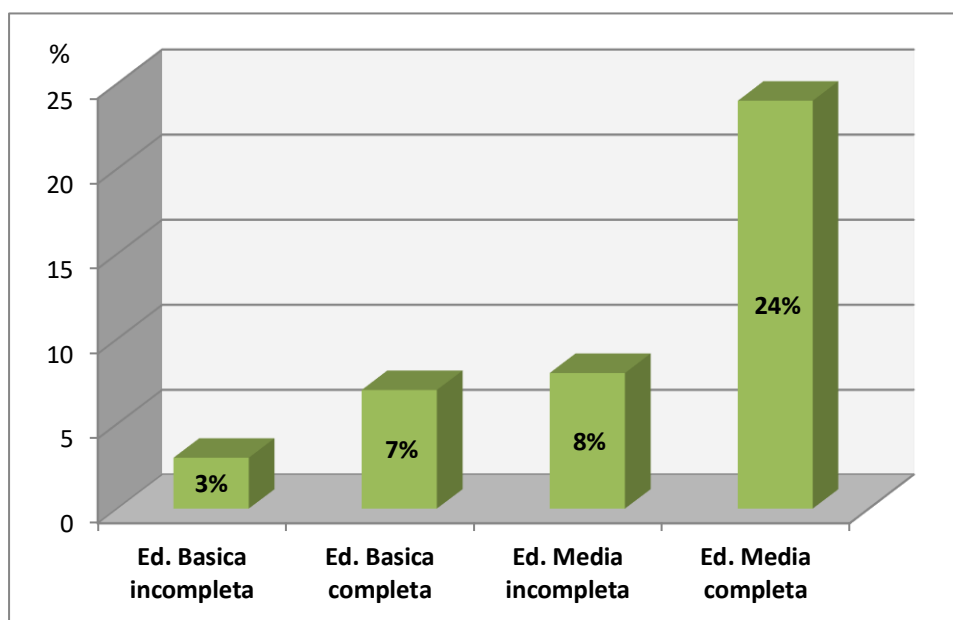


Elaboración propia

En relación a los niveles de escolaridad y educación superior que presenta la muestra analizada. Podemos mencionar que en el caso del nivel de escolaridad un 24% posee educación media completa, seguido por un 8% que declaró tener educación media incompleta, luego un 7% poseía educación básica completa y

finalmente un 3% presentaba una educación básica incompleta. Los resultados se pueden observar en el gráfico 7.

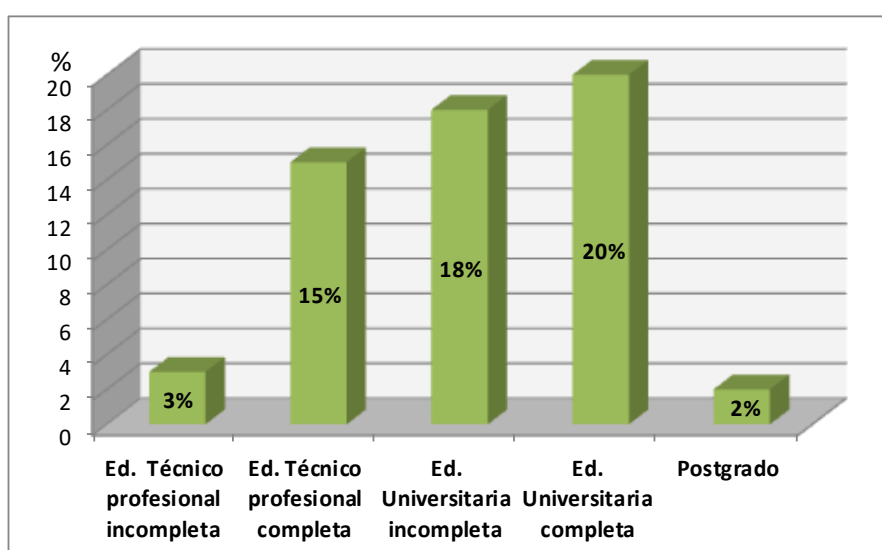
Gráfico 7: Educación Escolar



Elaboración propia

En cuanto a la educación superior, tal como se puede observar en el gráfico 8, un 20% posee Ed. Universitaria completa, seguida por un 18% que presentan una Ed. Universitaria incompleta, mientras que un 15% posee una Ed. Técnico profesional completa y un 3% una Ed. Técnico profesional incompleta, finalmente un 2% presentan postgrado. De manera total encontramos que un 58%, de la muestra total, posee educación superior, ya sea la terminaron o continúan estudiando.

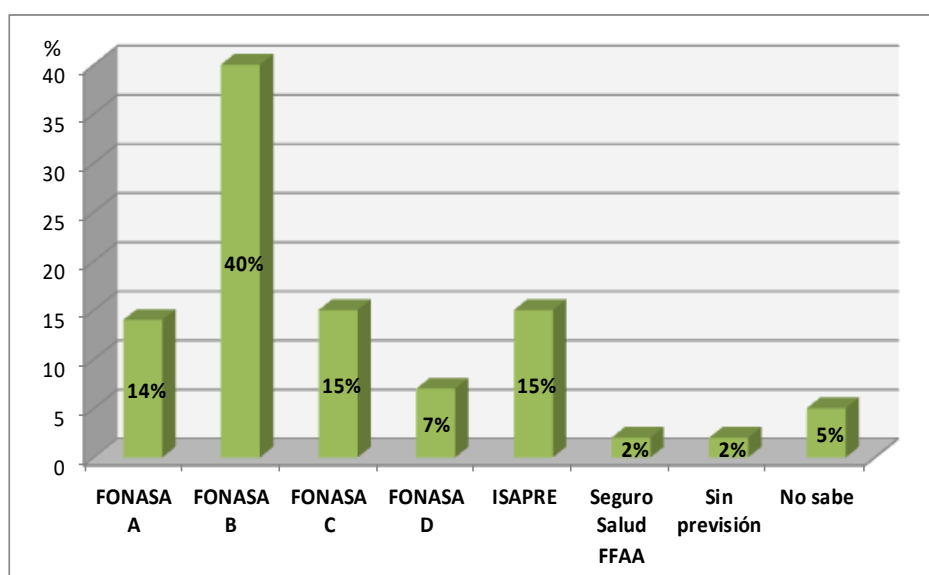
Gráfico 8: Educación secundaria



Elaboración propia

Con respecto a la variable previsión de salud un 76% posee como previsión social FONASA. Si desglosamos la información, a partir de la subdivisión de categorías que posee FONASA, tal cómo se puede observar en el gráfico 9, un 14% pertenece a FONASA A, un 40% pertenece a FONASA B, un 15% corresponde a FONASA C y finalmente un 7% posee FONASA D. Luego encontramos como previsión de salud ISAPRE con un 15%, un 5% de la muestra no sabían el tipo de previsión que tenían, un 2% tenían el Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y finalmente un 2% no tenían previsión de salud.

Gráfico 9: Previsión de salud



Elaboración propia

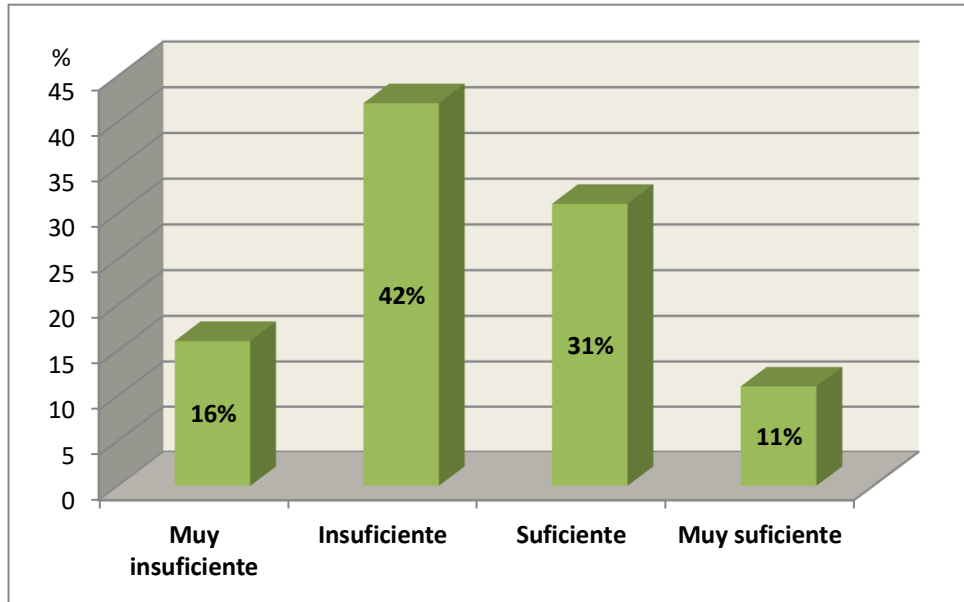
4.2 Conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de PAP

El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino fue analizado teniendo en consideración si las mujeres lograban reconocer la causa de la enfermedad o algún factor de riesgo. En el caso de la prueba de PAP, esta fue analizada teniendo en consideración si las mujeres conocían su existencia y su utilidad.

4.2.1 Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino

Se les preguntó a las mujeres como clasificarían su nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino. Los datos muestran, tal como el gráfico 10 lo evidencia, que un 42% de las mujeres tiene un conocimiento insuficiente sobre el cáncer cervicouterino, un 31% tiene un conocimiento suficiente, mientras que un 16% declaró tener un conocimiento muy insuficiente y finalmente sólo un 11% de las mujeres mencionaron tener un conocimiento muy suficiente.

Gráfico 10: Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino

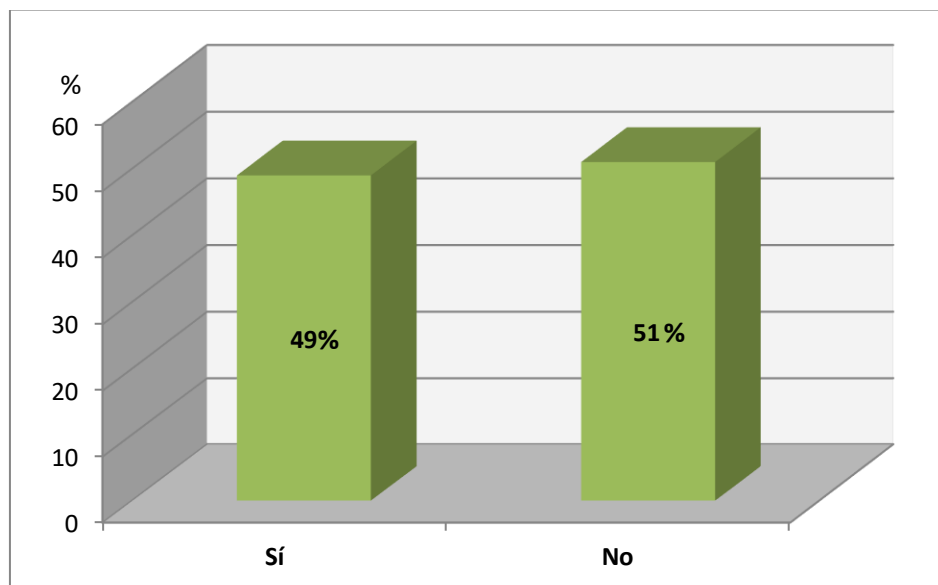


Elaboración propia

4.2.2 Conocimiento causa del cáncer cervicouterino

Para contrastar la pregunta sobre el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino se les realizó a las mujeres la siguiente pregunta: ¿Sabe usted cuál es la causa del cáncer cervicouterino? De esta forma, un 51% del total de la muestra contestaron que no sabía cuál era la causa, mientras que un 49% contestó que sí sabía cuál era la causa, los resultados se pueden observar en el gráfico 11.

Gráfico 11: Conocimiento causa del cáncer cervicouterino



Elaboración propia

Aquellas mujeres que respondieron que si sabían cuál era el causante de la enfermedad (49%) se les realizó una pregunta abierta en la que se les pidió que mencionaran la causa. De esta forma, las respuestas se pueden apreciar en la tabla 14.

Tabla 14: Menciones causa cáncer cervicouterino

Tipos de menciones	Nº	Porcentaje
Identificación Virus Papiloma Humano (VPH)	22	44,90%
Características de la conducta sexual	15	30,61%
Genético o hereditario	4	8,16%
Factores emocionales	3	6,12%
Miomas	2	4,08%
Factores relacionados con la reproducción	2	4,08%
Dispositivos intrauterinos	1	2,04%
Total	49	100%

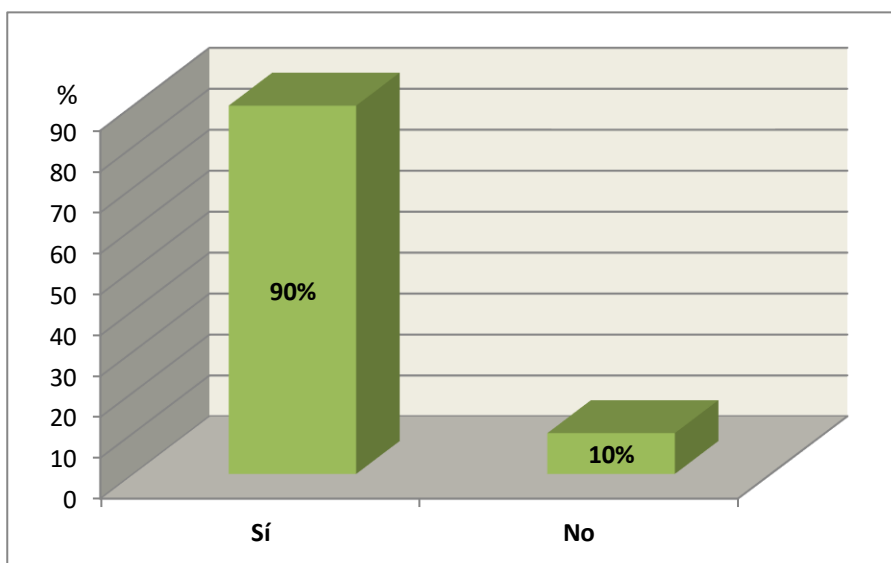
Elaboración propia

La tabla anterior muestra claramente las principales causas de la enfermedad que las mujeres fueron capaces de reconocer, siendo la identificación del Virus Papiloma Humano (VPH) la más mencionada (44,90%). Luego de la mención del VPH, un 30,61% mencionó alguna característica de la conducta sexual como causante de la enfermedad, se mencionaron hechos tales como tener “tener varias parejas”, “enfermedades de transmisión sexual” o “infecciones sexuales”. Un 8,16% mencionó factores genéticos o hereditarios. Luego de ello, con un 6,12%, se mencionaron factores emocionales. Un 4,08% mencionó como causa del cáncer cervicouterino “miomas”. Con igual porcentaje (4,08%) se mencionó factores relacionados con la reproducción como el número de hijos que la mujer ha tenido a lo largo de su vida. Finalmente se mencionó como causa del cáncer cervicouterino los dispositivos intrauterinos con un 2,04%.

4.2.3 Conocimiento prueba de PAP

Con respecto a la prueba de PAP, se les realizó a las mujeres la siguiente pregunta: ¿conoce usted la prueba de PAP? los datos que arrojó la pregunta pueden ser apreciados en el gráfico 12 donde, de la muestra total de 100 mujeres, un 90% de ellas respondieron que sí conocían la prueba, mientras que un 10% respondió que no la conocían.

Gráfico 12: conocimiento de la prueba de PAP



Elaboración propia

Podemos observar claramente, a partir de del gráfico 12, que la prueba de PAP, a diferencia del conocimiento de la causa del cáncer cervicouterino, si es ampliamente conocida puesto que casi el total de la muestra si tiene conocimiento de su existencia.

Luego de aquella pregunta, se les realizó una pregunta abierta en la cual se les pidió que mencionaran cual era la utilidad de la prueba. Las respuestas se pueden apreciar en la tabla 15.

Tabla 15: Utilidad de la prueba de PAP

Menciones utilidad prueba de PAP	Nº	Porcentaje
Detectar cáncer cervicouterino	26	28,90%
Prevenir cáncer cervicouterino	15	16,70%
Hallar existencia de células cancerígenas	13	14,40%
Explorar el útero	6	6,70%
Detectar alteraciones en el cuello del útero	5	5,60%
Saber si existen contagios o infecciones	5	5,60%
Tomar muestras del cuello uterino	4	4,40%
Encontrar tumores o quistes	4	4,40%
Estar alerta a enfermedades	4	4,40%
Para verse los ovarios	2	2,20%
Revisar el organismo de la mujer	2	2,20%
Algo que se toman las mujeres	1	1,10%
Examen de secreción vaginal	1	1,10%
Encontrar algún factor de riesgo	1	1,10%
Para ver complicaciones del aparato reproductor femenino	1	1,10%
Total	90	100%

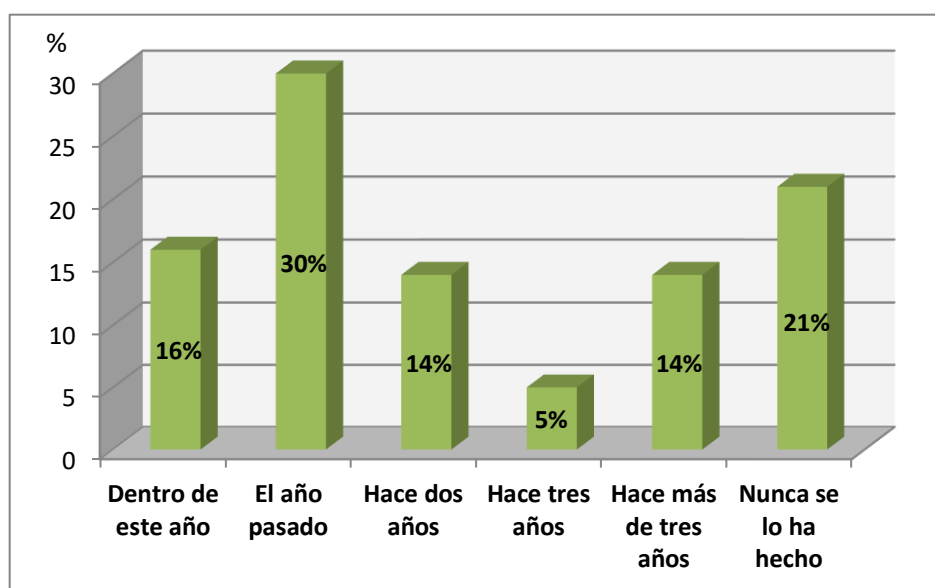
Elaboración propia

De este modo, a partir de la tabla 15, podemos observar como la mayor cantidad de respuestas se concentró en las siguientes categorías: detectar cáncer cervicouterino con 26 menciones (28,90%), prevenir el cáncer cervicouterino con 15 menciones (16,70%), hallar la existencia de células cancerígenas con 13 menciones (14,40%), explorar el útero con 6 menciones (6,70%), detectar alteraciones en el cuello del útero con 5 menciones (5,60%), saber si existen contagios o infecciones también con 5 menciones (5,60%), tomar muestras del cuello uterino, encontrar tumores o quistes y estar alerta a enfermedades tuvieron todas un total de 4 menciones (4,40%).

4.3 Adopción de conductas de prevención

Prevenir el cáncer cervicouterino, no solo supone que las mujeres estén informadas sobre qué y cómo prevenirse, sino que además es requisito que esta adopte conductas que favorezcan su salud. A continuación, en el gráfico 13, se presentan los resultados de la variable adopción de conductas preventivas. Estos resultados se obtuvieron a partir de la siguiente pregunta: ¿Cuándo se realizó la prueba de PAP por última vez?

Gráfico 13: ¿Cuándo se realizó la prueba de PAP por última vez?

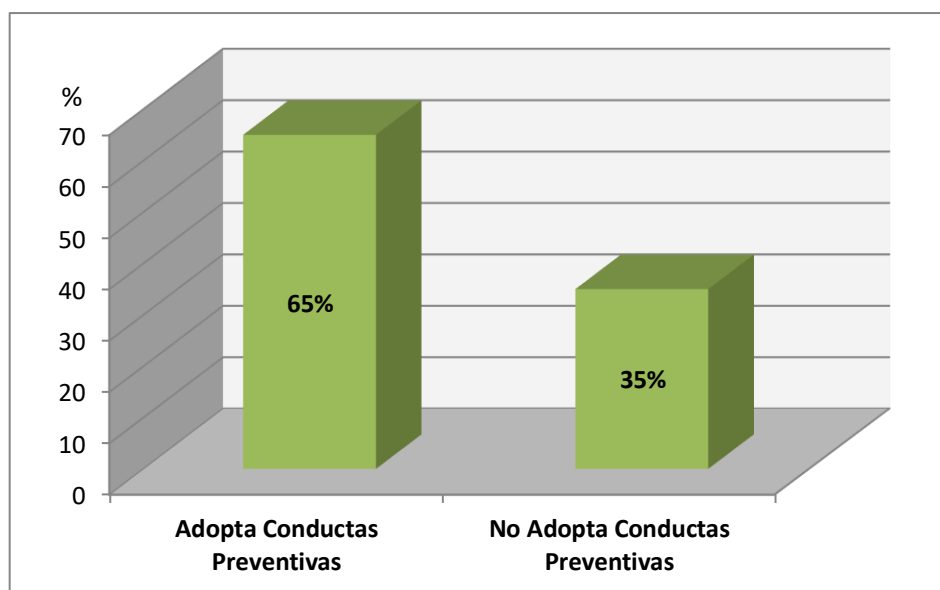


Elaboración propia

En el gráfico 13, la mayor cantidad de mujeres se concentra en la categoría “el año pasado” con un 30%, seguido por la categoría “nunca se lo ha hecho” con un 21%, luego le sigue la opción “dentro del año” con 16%, seguido por “hace dos años” o “hace más de tres años” cada una con un 14%, finalmente la categoría “hace tres años” presenta un 5%.

Si clasificamos las respuestas que dieron las mujeres en dos opciones: adopta conductas preventivas o no adopta conductas preventivas, basándonos con el hecho de tener la prueba de PAP realizada por lo menos una vez en los últimos tres años, podemos notar los siguientes resultados, como se observan en el gráfico 14.

Gráfico 14: Adopción de conductas preventivas



Elaboración propia

Los resultados presentados en el gráfico 14 indican que un 65% de las mujeres de la muestra respondió que sí ha adoptado conductas para prevenir la enfermedad, puesto que se han realizado la prueba de PAP hace tres años o menos. Mientras que un 35% de las mujeres no ha adoptado ningún método para protegerse de la enfermedad, puesto que la última vez que se han hecho la prueba ha sido hace más de tres años o simplemente no se la han hecho nunca.

Al analizar la distribución de las variables “adopción de conductas de prevención” y “edad de las mujeres”. En la tabla 16, se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentra en “adopta prevención” sin importar la edad de las mujeres de la muestra.

Tabla 16: Adopción de conductas de prevención según variable edad

	Edad de las mujeres			Total
	18-34 años De edad	35-49 años de edad	50- 64 años de edad	
Adopta Prevención	20	24	21	65
%	51,3%	77,4%	70%	65%
No Adopta Prevención	19	7	9	35
%	48,7%	22,6%	30%	35%
Total	39	31	30	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,059$ con dos grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado muestra que, con un valor de $\chi^2=0,059$, no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables adopción de conductas preventivas y edad de las mujeres.

Luego, al cruzar las variables “adopción de conductas de prevención” y “años de escolaridad”, tal como se presenta en la tabla 17, se puede apreciar que la mayor parte de los casos se encuentra en la categoría “adopta prevención” y entre los 9 años de escolaridad o más.

Tabla 17: Adopción de conductas de prevención según variable años de escolaridad

	Años de escolaridad			Total
	Hasta 8 años de escolaridad	Entre 9 y 12 años de escolaridad	Más de 13 años de escolaridad	
Adopta Prevención	6	21	38	65
%	60,0%	65,6%	65,5%	65%
No adopta Prevención	4	11	20	35
%	40,0%	34,4%	34,5%	35%
Total	10	32	58	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,941$ con dos grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,941$, no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables adopción de conductas de prevención y los años de escolaridad de las mujeres encuestadas.

4.4 Creencias sobre el cáncer cervicouterino

El análisis sobre las creencias está basado a partir de los cuatro constructos del Modelo de Creencias de Salud: Susceptibilidad Percibida, Severidad Percibida, Beneficios Percibidos y Barreras Percibidas, los resultados obtenidos de estas cuatro variables serán presentados a continuación.

4.4.1 Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

Para la medición de esta variable se construyó un índice de Susceptibilidad Percibida que consideró las evaluaciones subjetivas que realizan las mujeres sobre el riesgo de enfermarse de cáncer cervicouterino, este índice se conformó de acuerdo a tres preguntas que pueden observarse en las tablas 18, 19 y 20, las cuales también presentan las frecuencias que obtuvieron las categorías de respuestas.

Tabla 18: Pregunta N° 3.1

¿En su situación personal, ¿Qué tan probable es que se enferme de cáncer cervicouterino?	Casos	%
No hay probabilidad	24	24%
Poco probable	32	32%
Probable	24	24%
Muy probable	10	10%
No sabe	10	10%
Total	100	100%

Elaboración propia

Tabla 19: Pregunta N°3.2

¿Se considera una persona con riesgo de enfermarse de cáncer cervicouterino?	Casos	%
Sí	54	54%
No	37	37%
No sabe	9	9%
Total	100	100%

Elaboración propia

Tabla 20: Pregunta N°3.3

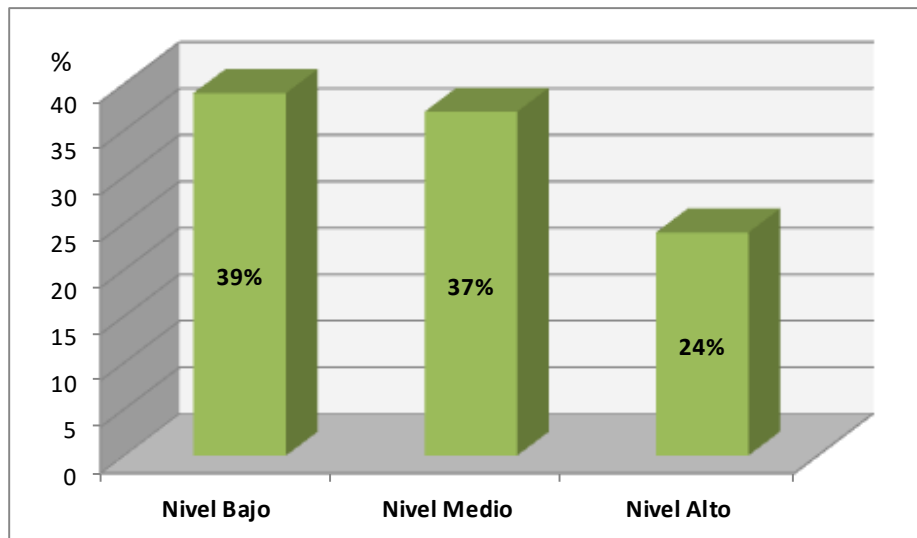
¿Cuánto cree usted que le afectaría enfermarse de cáncer cervicouterino?	Casos	%
No me afectaría	1	1%
Me afectaría poco	7	7%
Me afectaría	22	22%
Me afectaría mucho	68	68%
No sabe	2	2%
Total	100	100%

Elaboración propia

A partir de la sumatoria de aquellas tres preguntas finalmente se conformó un índice de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino, el cual permitió clasificar a las mujeres de acuerdo a un Nivel Bajo, Medio y Alto de Susceptibilidad Percibida².

² En el apartado del marco metodológico “validez confiabilidad y calidad del dato” se puede encontrar la explicación del proceso de forma más detallada.

Gráfico 15: Distribución del nivel de Susceptibilidad Percibida



Elaboración propia

Al observar el gráfico 15 podemos observar cómo la distribución mayor se encuentra un nivel de Susceptibilidad Percibida Bajo con un 39%, seguido por un nivel de Susceptibilidad Percibida Medio con un 37% y finalmente un 24% de las mujeres presentan un nivel de Susceptibilidad Percibida Alto. A partir de estos datos podemos notar que la susceptibilidad de las mujeres se encuentra entre las categorías bajo o medio, por tanto, la mayor parte de las mujeres no creen tener riesgo de desarrollar la enfermedad.

Al analizar la distribución de las variables “Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y “edad de las mujeres”, tal como se presenta en la tabla 21, en ella se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentra en el nivel de Susceptibilidad Percibida Bajo y en el nivel de Susceptibilidad Percibida Medio, atravesando todos los estratos de edad.

Tabla 21: Distribución de Susceptibilidad Percibida, según variable edad

	Edad de las mujeres			Total
	18-34 años De edad	35-49 años de edad	50- 64 años de edad	
Nivel Bajo	11	12	16	39
%	28,2%	38,7%	53,3%	39%
Nivel Medio	21	10	6	37
%	53,8%	32,3%	20%	37%
Nivel Alto	7	9	8	24
%	17,9%	29%	26,7%	24%
Total	39	31	30	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,054$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,054$, no existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y la Susceptibilidad Percibida ante al potencial desarrollo del cáncer cervicouterino.

Luego, al analizar la distribución de las variables “Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y “años de escolaridad” de las mujeres de la muestra, tal como se presenta en la tabla 22, se observa que la mayor parte de los casos se encuentra en las mujeres de más de 13 años de escolaridad con un nivel Bajo y Medio de Susceptibilidad Percibida.

Tabla 22: Distribución de Susceptibilidad Percibida, según variable años de escolaridad

	Años escolaridad			Total
	8 años o menos	Entre 9 y 13 años	Mas de 13 años	
Nivel Bajo	5	12	22	39
%	50,0%	37,5%	37,9%	39%
Nivel Medio	2	8	27	37
%	20,0%	25,0%	46,6%	37%
Nivel Alto	3	12	9	24
%	30,0%	37,5%	15,5%	24%
Total	10	32	58	
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,087$, con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,087$, no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables años de escolaridad de las mujeres de la muestra y la Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

Por su parte, la primera prueba de hipótesis de la investigación intentaba probar lo siguiente:

“Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, la Susceptibilidad Percibida está asociada con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.

Al analizar la asociación de la variable “Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y la variable “adopción de conductas de prevención”, tal como se presenta en la tabla 23, podemos observar como la Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino se distribuye según variable adopción de conductas preventivas.

Tabla 23: Adopción de Conductas Preventivas, según Susceptibilidad percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

	Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cancer cervicouterino			Total
	Baja	Media	Alta	
Adopta	31	18	16	65
%	79,5%	48,6%	66,6%	61,4%
No adopta	8	19	8	35
%	20,5%	51,4%	33,4%	38,6%
Total	39	37	24	100
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Valor de $\chi^2=0,019$ con dos grados de libertad significativo.

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado de Pearson nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,019$, sí existe una asociación estadísticamente significativa entre la Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y la Adopción de Conductas Preventivas.

4.4.2 Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

Para la medición de esta variable también se construyó un índice de Severidad Percibida, este índice se conformó de acuerdo a tres preguntas que pueden observarse en las tablas 24, 25 y 26 las cuales también presentan las frecuencias que obtuvieron las categorías de respuestas.

Tabla 24: Pregunta N° 3.4

¿Cuán grave considera que es el cáncer cervicouterino?	Casos	%
No es grave	0	0%
Poco grave	2	2%
Grave	25	25%
Muy grave	72	72%
No sabe	1	1%
Total	100	100%

Elaboración propia

Tabla 25: Pregunta N° 3.5

En su caso ¿Cuán grave sería para su salud enfermarse de cáncer cervicouterino?	Casos	%
Sin gravedad	1	1%
Poco grave	4	4%
Grave	17	17%
Muy grave	76	76%
No sabe	2	2%
Total	100	100%

Elaboración propia

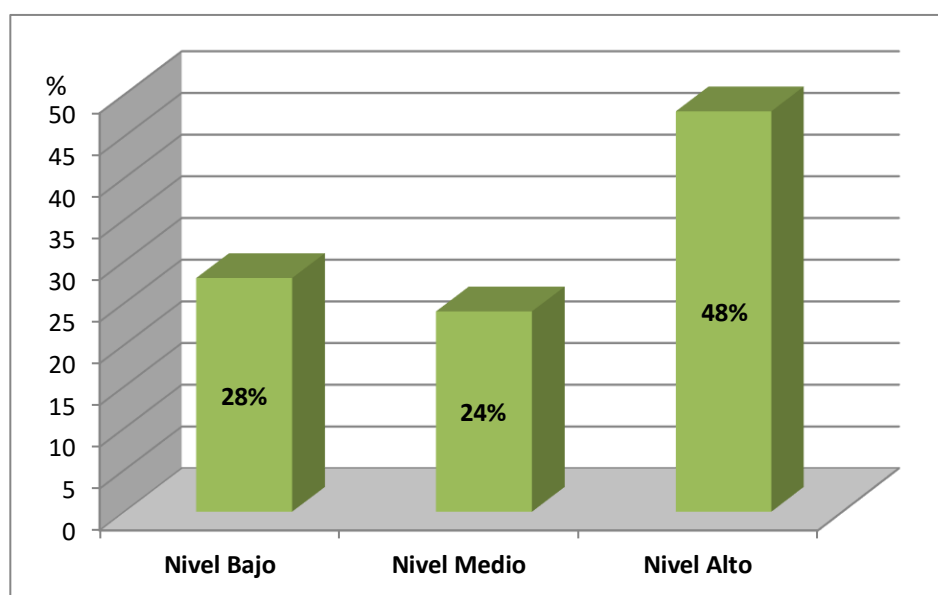
Tabla 26: Pregunta N° 3.6

¿Cuán problemático sería económicamente para su familia si se enfermara de cáncer cervicouterino?	Casos	%
No sería problemático	7	7%
Un poco problemático	6	6%
Problemático	19	19%
Muy problemático	66	66%
No sabe	2	2%
Total	100	100%

Elaboración propia

A partir de la sumatoria de aquellas tres preguntas finalmente se conformó un índice de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino, el cual permitió clasificar a las mujeres de acuerdo a un Nivel Bajo, Medio y Alto de Severidad Percibida. Los resultados pueden ser apreciados en el gráfico 16, el cual muestra que casi la mitad de las mujeres (48%) presenta un nivel de Severidad Percibida Alto ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino. Seguida por un 28% con un nivel de Severidad Percibida Bajo y finalmente un 24% con un nivel de Severidad Percibida medio.

Gráfico 16: Distribución del nivel de Severidad Percibida



Elaboración propia

Podemos notar, por tanto, que existe un alto nivel de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino. Esto nos muestra que existe una alta percepción de gravedad en esta enfermedad.

Al analizar la distribución de las variables “Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y “edad de las mujeres” de la muestra, tal como se observa en la tabla 27, se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentran distribuidos en el Nivel Alto de Severidad Percibida atravesando todos los estratos de edad.

Tabla 27: Distribución de la Severidad Percibida, según variable edad

	Edad de las mujeres			Total
	18-34 años De edad	35-49 años de edad	50- 64 años de edad	
Nivel Bajo	12	11	5	28
%	30,8%	35,5%	16,7%	28%
Nivel Medio	12	4	8	24
%	30,8%	12,9%	26,7%	24%
Nivel Alto	15	16	17	48
%	38,4%	51,6%	56,6%	48%
Total	39	31	30	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,213$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado de Pearson nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,213$, no existe una asociación entre el nivel de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y la edad de las mujeres de la muestra.

Luego, al analizar la distribución de las variables “Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y “años de escolaridad” de las mujeres de la muestra, tal como se presenta en la tabla 28, se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentra en los tramos de Nivel Alto y Nivel Bajo de Severidad Percibida con más de 13 años de escolaridad.

Tabla 28: Distribución de la Severidad Percibida, según variable años de escolaridad

	Años escolaridad			Total
	8 años o menos	Entre 9 y 13 años	Mas de 13 años	
Nivel Bajo	2	5	21	28
%	20%	15,6%	36,2%	28%
Nivel Medio	2	9	13	24
%	20%	28,1%	22,4%	24%
Nivel Alto	6	18	24	48
%	60%	56,3%	41,4%	48%
Total	10	32	58	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,286$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, con un valor $\chi^2=0,286$, podemos concluir que no existe una asociación entre el nivel de Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y los años de escolaridad de las mujeres de la muestra.

Por su parte, la segunda prueba de hipótesis de la investigación intentaba probar lo siguiente:

“Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, la Severidad Percibida está asociada con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.

Al analizar la asociación de la variable “Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino” y la variable “adopción de conductas de prevención”, tal como se presenta en la tabla 29, podemos observar como en los tres niveles de Severidad Percibida (alta, media y baja) la mayor parte de las mujeres ha adoptado conductas de prevención para evitar el padecimiento de la enfermedad.

Tabla 29: Adopción de Conductas Preventivas, según Severidad Percibida ante el desarrollo del cáncer cervicouterino.

	Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino			Total
	Baja	Media	Alta	
Adopta	19	13	33	65
%	67,9%	54,2%	68,8%	65%
No adopta	9	11	15	35
%	32,1%	45,8%	31,2%	35%
Total	28	24	48	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,441$ con dos grados de libertad significativo.

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado de Pearson nos muestra que, con un valor observado de 0,441, no existe una asociación estadísticamente significativa entre la Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino y la Adopción de Conductas Preventivas.

4.4.3 Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

Para la medición de esta variable se construyó un índice de Beneficios Percibidos que consideró las evaluaciones subjetivas que realizan las mujeres sobre la prueba de PAP como práctica efectiva para prevenir el cáncer cervicouterino. Este índice se conformó de acuerdo a tres preguntas que pueden observarse en las tablas

30, 31 y 32 las cuales también presentan las frecuencias que obtuvieron las categorías de respuestas.

Tabla 30: Pregunta N°3.7

Realizándose la prueba de PAP, ¿Usted cree que protege su salud?	Casos	%
No	18	18%
Sí	82	82%
Total	100	100%

Elaboración propia

Tabla 31: Pregunta N°3.8

¿Cree que al hacerse la prueba de PAP regularmente, usted Se encuentra protegida de padecer cáncer cervicouterino?	Casos	%
Sí	37	37%
No	59	59%
No sabe	4	4%
Total	100	100%

Elaboración propia

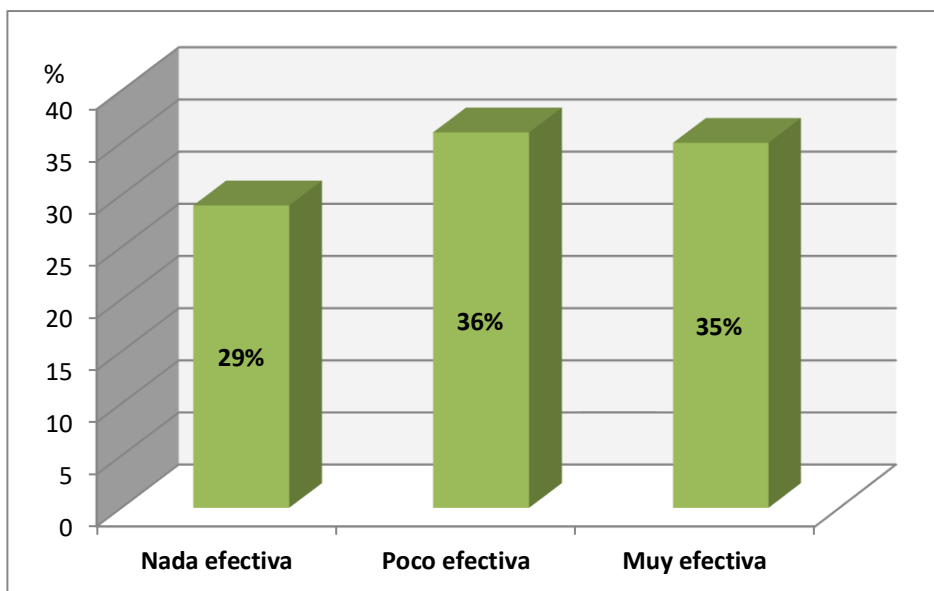
Tabla 32: Pregunta N°3.9

Al hacerse la prueba de PAP, ¿usted se siente tranquila y confiada que no padecerá cáncer cervicouterino?	Casos	%
Sí	40	40%
No	53	53%
No sabe	7	7%
Total	100	100%

Elaboración propia

El índice Beneficios Percibidos permitió clasificar a las mujeres de acuerdo a que la prueba de PAP es una práctica nada efectiva, poco efectiva o muy efectiva. Tal como se observa en el gráfico 17 del total de la muestra, un 29% de ellas consideran nada efectiva la prueba de PAP, seguido por un 35% que consideran la prueba de PAP como un método muy efectivo y finalmente un 36% consideran la prueba medianamente efectiva.

Gráfico 17: Distribución del nivel de Beneficios Percibidos respecto de la práctica de la prueba de PAP



Elaboración propia

Se observa que, en general, las mujeres encuentran medianamente efectiva la prueba de PAP, ya que la mayor cantidad se ubica en la categoría “poco efectiva” con un 36%, seguida de muy efectiva con un 35% de las preferencias. Sin embargo, las mujeres reconocen que es necesario realizarse la prueba de PAP puesto que un 82% considera que haciéndose la prueba protegen su salud (ver tabla 30).

Al analizar la distribución de las variables “Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y “edad de las mujeres”, la tabla 33 nos muestra que la mayor parte de los casos se encuentra en los tramos que ven la prueba de PAP como muy efectiva o poco efectiva y correspondientes al estrato de edad entre 18-34 años, junto con aquellas que ven la prueba de PAP como nada efectiva y tienen entre 50-64 años de edad.

Tabla 33: Distribución de los Beneficios Percibidos respecto de la práctica de la prueba de PAP, según variable edad

	Edad de las mujeres			Total
	18-34 años De edad	35-49 años de edad	50- 64 años de edad	
Nada efectiva	6	10	13	29
%	15,4%	32,3%	43,3%	29%
Poco efectiva	13	11	12	36
%	33,3%	35,5%	40,0%	36%
Muy efectiva	20	10	5	35
%	51,3%	32,3%	16,7%	35%
Total	39	31	30	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,028$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, con un valor $\chi^2=0,028$, podemos concluir que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre los Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y la edad de las mujeres de la muestra. Esto porque las mujeres menores de 34 años de edad encuentran que la prueba de PAP es una práctica más efectiva que si las comparamos, por ejemplo, con las mujeres entre el estrato comprendido entre los 50-64 años de edad quienes ven la práctica menos efectiva.

Por su parte, al analizar la distribución de las variables “Beneficios percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y “años de escolaridad” de las mujeres, la tabla 34 nos muestra que la mayor parte de los casos que encuentra en aquellas mujeres que ven la prueba de PAP como muy efectiva o poco efectiva y tienen más de 13 años de escolaridad.

Tabla 34: Distribución de los Beneficios Percibidos respecto de la práctica de la prueba de PAP, según variable años de escolaridad

	Años escolaridad			Total
	8 años o menos	Entre 9 y 13 años	Más de 13 años	
Nada efectiva	5	14	10	29
%	50%	43,8%	17,2%	29%
Poco efectiva	3	12	21	36
%	30%	37,5%	36,2%	36%
Muy efectiva	2	6	27	35
%	20%	18,8%	46,7%	35%
Total	10	32	58	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,017$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, con un valor $\chi^2=0,017$, podemos concluir que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre los Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y los años de escolaridad de las mujeres de la muestra. Esto porque, las mujeres que tienen más de 13 años de escolaridad ven la prueba de PAP como una medida ya sea poco o muy efectiva, en contraste, las mujeres que tienen menos de 13 años de escolaridad ven la prueba de PAP como una medida con menos efectividad.

Por su parte, la tercera prueba de hipótesis intentaba probar lo siguiente:

“Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, los Beneficios Percibidos están asociados con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.

Al analizar la asociación de la variable “Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y la variable “adopción de conductas de prevención”, la tabla 35 nos muestra que la mayor parte de los casos se encuentra en aquellas mujeres que adoptan conductas preventivas, sin importar la efectividad de los Beneficios Percibidos que ven en la prueba.

Tabla 35: Adopción de Conductas Preventivas, según Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino

	Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino			Total
	Nada efectiva	Poco efectivo	Muy efectivo	
Adopta	17	26	22	65
%	58,6%	72,2%	62,9%	61,4%
No adopta	12	10	13	35
%	41,4%	27,8	37,1%	38,6%
Total	29	36	35	100
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Valor de $\chi^2=0,493$ con dos grados de libertad significativo.

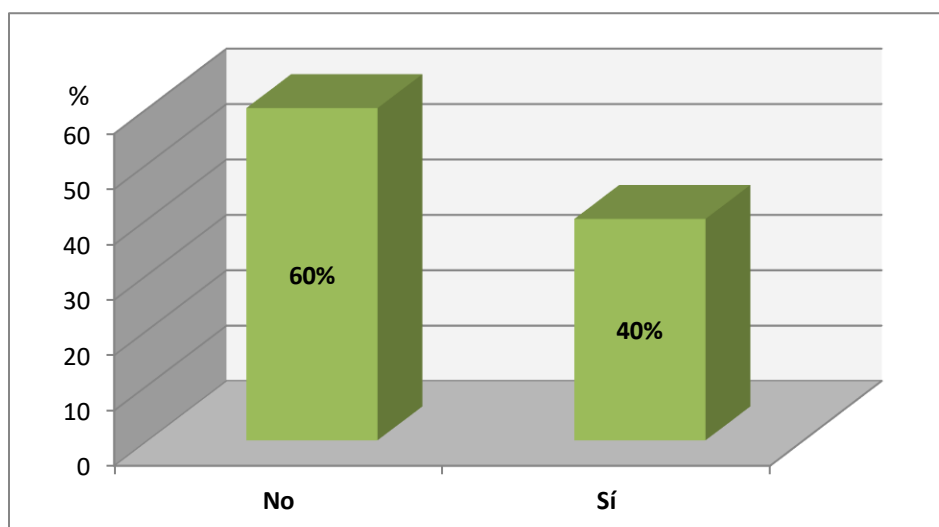
Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado de Pearson nos muestra que, con un valor de $\chi^2=0,493$, no existe una asociación estadísticamente significativa entre los Beneficios Percibidos en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y la Adopción de Conductas Preventivas.

4.4.4 Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

La percepción acerca de las dificultades psicológicas, orgánicas y económicas que implica la realización de la prueba de PAP para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino, se abordó con una pregunta destinada a conocer si existían barreras para hacerse la prueba, de esta forma se les realizó a las mujeres la siguiente pregunta: ¿Tiene algún problema para realizarse la prueba de PAP? la pregunta arrojó que un 60% de la muestra de 100 mujeres no tenían barreras para realizarse la prueba, mientras que un 40% si tenían barreras, los datos se pueden observar en el gráfico 18.

Gráfico 18: Barreras respecto de la realización de la prueba de PAP



Elaboración propia

Aquellas mujeres que respondieron que si tenían problemas para hacerse la prueba de PAP tuvieron luego que responder cuáles eran las barreras que tenían. Al trabajar con respuestas múltiples, cada una de las encuestadas tuvo la posibilidad de señalar más de una respuesta a la pregunta efectuada, en la tabla 36 se pueden observar las barreras mencionadas por las mujeres.

Tabla 36: Tipos de barreras respecto de la realización de PAP

Tipos de barreras	Nº	Porcentaje
El consultorio atiende en horario en el que no puedo ir	13	19,70%
Me cuesta sacar hora de atención	11	16,67%
No creo que sea necesario	8	12,12%
No puedo ir por motivos de trabajo	8	12,12%
Se demoran en atenderme cuando voy al consultorio o clínica	7	10,60%
Me da vergüenza ir	7	10,60%
Me da miedo recibir malas noticias	4	6,06%
No sé desde que edad toman el PAP	2	3,03%
Dejación	2	3,03%
No me preocupo de mi salud como debiese	1	2,20%
El CESFAM pierde mis pruebas	1	1,15%
Estoy en contra de la salud occidental	1	1,15%
No conocía la existencia de la prueba	1	1,15%
Total	66	100%

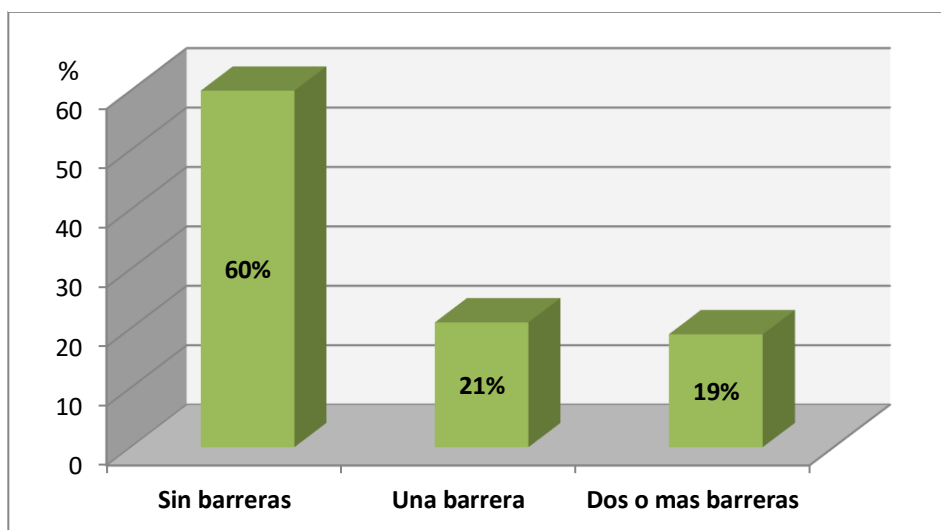
Elaboración propia

De este modo, tal como se aprecia en la tabla 36, las barreras más mencionadas fueron: “el consultorio atiende en horario en el que no puedo ir” (19,70%), “me cuesta sacar hora de atención” (16,67%), “No creo que sea necesario”

(12,12%), “no puedo ir por motivos de trabajo” (12,12%), “se demoran en atenderme cuando voy al consultorio o clínica” (10,60%) y “me da vergüenza ir” (10,60%).

Posteriormente de tener el listado de las barreras que presentaban las mujeres, se procedió a clasificar la pregunta sobre las barreras en tres categorías: aquellas que no tenían barreras (60%) aquellas que tenían solo una barrera (21%) y finalmente aquellas que presentaban más de dos barreras (19%), tal como se puede apreciar en el gráfico 19.

Gráfico 19: Cantidad de barreras en la realización de la prueba de PAP



Elaboración propia

Al analizar la distribución de la variables “Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y “edad de las mujeres”, tal como se presenta en la tabla 37, se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentra en el segmento sin barreras, sin importar los estratos de edad.

Tabla 37: Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas, según variable edad

	Edad de las mujeres			Total
	18-34 años De edad	35-49 años de edad	50- 64 años de edad	
Sin barreras	21 53,8%	22 71%	17 56,7%	60 60%
Una barrera	12 30,8%	3 9,7%	6 20,0%	21 21%
Dos o más barreras	6 15,4%	6 19,4%	7 23,3%	19 19%
Total	39	31	30	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,270$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, con un valor $\chi^2=0,270$, podemos concluir que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y la edad de las mujeres.

Por su parte, al analizar la distribución de las variables “Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y “años de escolaridad”, tal como se presenta en la tabla 38, se puede observar que la mayor parte de los casos se encuentra en el segmento sin barreras, sin importar los años de escolaridad.

Tabla 38: Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas, según los años de escolaridad

	Años de escolaridad			Total
	8 años o menos	9- 13 años	Mas de 13 años	
Sin barreras	4 40%	18 56,3%	38 65,5%	60 60%
Una barrera	3 30%	7 21,9%	11 19,0%	21 21%
Dos o más barreras	3 30%	7 21,9%	9 15,5%	19 19%
Total	10	32	58	100
%	100%	100%	100%	100%

Valor de $\chi^2=0,610$ con cuatro grados de libertad significativo

Elaboración propia

Sobre esto, con un valor $\chi^2=0,610$ podemos concluir que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y años de escolaridad de las mujeres de la muestra analizada.

Por su parte, la cuarta y final prueba de hipótesis intentaba probar lo siguiente “Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, las Barreras Percibidas están asociadas con la Adopción de Conductas Preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino”.

Al analizar la asociación de la variable “Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino” y la variable “adopción de conductas de prevención”, tal como se presenta en la tabla 39, encontramos claramente una diferencia significativa entre aquellas personas que no presentan barreras y que adoptan conductas preventivas y aquellas que presentan barreras y no adoptan conductas preventivas.

Tabla 39: Adopción de Conductas Preventivas, según las Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar padecer cáncer cervicouterino

	Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino			Total
	Sin barreras	Una barrera	Una o mas	
Adopta	54	3	8	65
%	90%	14,29	42,10%	61,4%
No adopta	6	18	11	35
%	10%	85,71%	57,90%	38,6%
Total	60	21	19	100
%	100,0%	100,0%	100,%	100,0%

Valor de $\chi^2=0,000$ con dos grados de libertad significativo.

Elaboración propia

Sobre esto, la prueba Chi cuadrado nos muestra que, con un valor observado de 0,000, si existe una asociación estadísticamente significativa entre las Barreras Percibidas en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino y la variable adopción de Conductas Preventivas.

4.5 Análisis de Preguntas abiertas

Finalmente, se realizaron dos preguntas abiertas a las mujeres. En el caso de la primera se les preguntó la siguiente interrogante: ¿Cuál cree que es la razón principal por la cual las mujeres no se hacen el PAP? al hacer la pregunta, las mujeres respondieron mencionando alguna idea que ellas tenían sobre la razón por la que las mujeres no acudían al consultorio o clínica a realizarse la prueba de PAP, los resultados se pueden observar en la tabla 40.

Tabla 40: ¿Cuál cree que es la razón principal por la cual las mujeres no se hacen el PAP?

Razones por las que no se hacen el PAP	Nº	Porcentaje
Ignorancia o desconocimiento	29	29%
Dejación o flojera	21	21%
Por razones de tiempo	16	16%
Miedo	10	10%
Vergüenza	8	8%
Irresponsabilidad	4	4%
Incomodidad	4	4%
Dolor	2	2%
Por motivos económicos	2	2%
No pueden por trabajo	1	1%
Es un tema tabú	1	1%
No están acostumbradas	1	1%
Consultorios no dan horas seguidas	1	1%
Total	100	100

Elaboración propia

Tal como se puede apreciar, en la tabla 40, las cinco razones que fueron más nombradas fueron: ignorancia o desconocimiento con un 29%, dejación o flojera con 21%, por razones de tiempo 16%, miedo 10% y vergüenza con 8%.

La segunda pregunta que se les realizó a las mujeres fue la siguiente ¿Tiene usted alguna idea u opinión que no se le ha preguntado y quisiera expresar? Esta pregunta fue realizada para que las mujeres pudiesen hacer algún comentario o dar alguna opinión con respecto al tema de interés: cáncer cervicouterino. No todas tenían algún comentario que dar, pero las que sí lo hicieron mencionaron distintas sugerencias, tal como se puede observar en la tabla 41.

Tabla 41: ¿Tiene usted alguna idea u opinión que no se le ha preguntado y quisiera expresar?

Idea u opinión que quiera expresar	Nº	Porcentaje
Se necesitan más campañas del PAP en diferentes horarios en los consultorios	6	31,58%
Falta educación sexual en los centros educacionales	3	15,79%
Falta mejorar el Sistema de Salud Chileno	3	15,79%
Las mujeres tenemos que preocuparnos más de nuestra salud	2	10,53%
Hacen falta más campañas publicitarias en TV y radio	2	10,53%
Se necesitan mejores profesionales de la salud	1	5,26%
Hace falta una visión holística de la salud	1	5,26%
Las personas mayores tienen que seguir preocupándose de su salud	1	5,26%
Total	19	100%

Elaboración propia

Tal como muestra la tabla 41, la sugerencia “se necesitan más campañas del PAP en diferentes horarios en los consultorios” fue la que tuvo la mayor preferencia con un 31,58%, seguida por “falta educación sexual en los centros educacionales” y “falta mejorar el Sistema de Salud Chileno” cada una con un 15,79%, luego le siguió “las mujeres tenemos que preocuparnos más de nuestra salud y “hacen falta más campañas publicitarias en la TV y radio” cada una con un 10,53%.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y de acuerdo a la información presentada en el marco de referencia teórico, presentamos en este apartado las conclusiones del estudio las cuales pretenden cerrar la investigación dando respuesta a los conocimientos que poseen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de PAP, la pregunta de investigación planteada y también a los objetivos de investigación.

1. Conclusiones sobre conocimiento del cáncer cervicouterino y la prueba de PAP

Los resultados de la investigación arrojaron que un 65% de las mujeres de la muestra analizada si presenta conductas preventivas, puesto que se han realizado la prueba de PAP al menos una vez en los últimos tres años. Mientras que un 35% no presenta conductas preventivas puesto que no se han realizado la prueba de PAP en los últimos tres años o bien no se la han realizado nunca.

Por su parte, la cantidad de información que poseen las mujeres sobre el cáncer cervicouterino se encuentra en un nivel medio ya que solo un 49% mencionó saber la causa del cáncer cervicouterino y un 51% mencionó no saberla. De aquellas mujeres que respondieron conocer el causante, se pudo observar que la identificación del Virus Papiloma Humano (VPH) fue la más mencionada (22% del total de la muestra).

Luego de la mención del VPH un 15%, del total de la muestra de 100 mujeres, mencionó alguna característica de la conducta sexual como causante de la enfermedad. Se mencionaron hechos tales como tener “tener varias parejas”, “enfermedades de transmisión sexual” o “infecciones sexuales”. Estudios manifiestan la relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales, así como también se ha demostrado la asociación de cáncer cervicouterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia (Ortiz, Uribe, Díaz & Dangond, 2002).

Un 4%, del total de la muestra de 100 mujeres, mencionó factores genéticos o hereditarios, cabe destacar que el factor herencia también ha sido reportado previamente como un concepto errado en las mujeres, lo cual es incorrecto dado que esta neoplasia es uno de los cánceres no asociado al factor genérico, sino más bien a las conductas sexuales de las personas (Urrutia, 2012).

Luego de ello con un 3%, del total de la muestra de 100 mujeres, se mencionaron factores emocionales, existen investigaciones que han mostrado que

las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar (Fernández & Edo, 1994).

Un 2%, del total de la muestra de 100 mujeres, mencionó como causa del cáncer cervicouterino “miomas” los cuales son los tumores pélvicos benignos más frecuentes entre las mujeres (Ortiz, Labrador & Martínez-Consuegra, 2009) pero los miomas por definición son benignos, por lo que esta mención sería incorrecta.

Con igual porcentaje (2%) se mencionó factores relacionados con la reproducción como el número de hijos que la mujer ha tenido a lo largo de su vida. Estudios demuestran que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las que no han sido madres. También se mencionó en esta misma categoría el uso de anticonceptivos orales, con respecto a esto, estudios demuestran que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial, este factor de riesgo ha sido considerado controvertido puesto que es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando estos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical (Ortiz, Uribe, Díaz & Dangond, 2002).

Finalmente se mencionó como causa del cáncer cervicouterino los dispositivos intrauterinos con un 1%, lo cual sería incorrecto puesto que estudios han encontrado que no existe una asociación entre el uso de dispositivos intrauterinos y el cáncer (Díaz, 2016).

Por su parte, la prueba de PAP es altamente conocida ya que un 90% de la muestra total respondió que sí conocía la prueba, pero dentro de este 90% existen mujeres que respondieron de forma incorrecta, puesto que confunden la anatomía de los órganos genitales (un 6 % mencionó que su utilidad era “explorar el útero”, un 2% respondió “para verse los ovarios”) y existen otras mujeres que tienen solo un conocimiento muy vago sobre su utilidad (“algo que se toman las mujeres” 1%, “encontrar algún factor de riesgo” 1%, “revisar el organismo de la mujer” 2%, “ver complicaciones del aparato reproductor femenino” 1%, “para estar alerta a enfermedades” 4%). Por otra parte, un 4% respondió que se tomaba una muestra del cuello uterino, pero esto también es técnicamente incorrecto ya que se toma un raspado del moco cervical y no una muestra del cuello uterino como algunas creen (Lamadrid, 1996).

A partir de estos datos se recomienda que las campañas de prevención segmenten y focalicen los esfuerzos en informar de mejor manera a las mujeres con respecto al origen de la enfermedad, los factores de riesgo y la utilidad de la prueba de PAP, puesto que estudios señalan que uno de los factores más importantes para

que las mujeres se tomen la prueba de PAP es el grado de conocimiento (Urrutia et al., 2008).

De ahí que se deba proveer educación a las mujeres acerca del cáncer cervicouterino y de la necesidad del examen del PAP, en este último punto es importante que la educación se realice de acuerdo a las necesidades educativas específicas de las mujeres, ya que al entregar la información se debe ser cuidadoso puesto que muchas veces la información solo es recibida a través de folletos, y no entregada de forma directa, lo cual ocasiona que existan errores de lectura o dudas (Valenzuela & Miranda, 2001), también se debe ser cuidadoso en evitar situaciones que aumenten la incomodidad que el examen produce en las mujeres.

2. Conclusiones sobre la percepción de Susceptibilidad Percibida en las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

En relación a la susceptibilidad, ésta fue una de las variables independientes de la investigación. En este sentido, cuando observamos las conductas preventivas de las mujeres a partir de la susceptibilidad que las mujeres pudiesen tener de la enfermedad, estamos considerando la susceptibilidad como un factor influyente en esta dinámica.

La mayor parte de las mujeres presenta niveles bajo y medio de Susceptibilidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino. Puesto que los datos arrojaron que un 24% tiene una susceptibilidad alta de la enfermedad, un 37% una Susceptibilidad media y 39% un nivel bajo de Susceptibilidad Percibida. Se logró demostrar también que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y la Susceptibilidad Percibida, así como tampoco entre los años de escolaridad y la Susceptibilidad Percibida.

Por su parte la prueba de hipótesis, en la cual se pusieron a prueba las variables Susceptibilidad Percibida y Conductas Preventivas, evidenció que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Tal como plantea el Modelo de Creencias de Salud acerca del uso de Conductas Preventivas si estaría condicionada por los niveles de susceptibilidad percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino (Rosenstock, 1974).

Estos datos aprueban dicha afirmación. En efecto, debemos afirmar y concluir que para la muestra de 100 mujeres de la comuna de Valparaíso si se presentaría esta asociación.

El trabajo educativo sobre la susceptibilidad a desarrollar cáncer cervicouterino es crucial (Urrutia, 2012), por tanto, que se converse con la mujer sobre los factores de riesgo de la enfermedad, y de esta forma desmitificar las ideas erróneas que tienen las mujeres sobre el origen de la enfermedad como, por ejemplo, que es necesario tener antecedentes familiares de cáncer cervicouterino para poder desarrollarlo o que se origina debido a consecuencias de problemas emocionales, miomas o por dispositivos intrauterinos razones que fueron mencionadas por las mismas mujeres, el aumento de la percepción de riesgo de la enfermedad permitirá que los beneficios se perciban con mayor fuerza.

3. Conclusiones sobre la percepción de Severidad Percibida en las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino

En cuanto a la severidad ésta fue una de las variables independientes de la investigación. Cuando observamos las conductas preventivas de las mujeres a partir de la severidad que las mujeres pudiesen tener de la enfermedad, estamos considerando la severidad como un factor influyente en esta dinámica.

La percepción de severidad en el grupo de mujeres de la investigación fue alta, puesto que un 28% presenta un nivel bajo de severidad mientras que un 24% presentan un nivel medio y un 48% un nivel alto. Se logró demostrar también que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y la Severidad Percibida, así como tampoco existe una asociación entre los años de escolaridad y la Severidad Percibida

La mayor parte de ellas considera que la condición de la enfermedad conlleva una serie de consecuencias negativas para la salud, particularmente la seriedad de la enfermedad con la idea de la muerte, así como también reconocen consecuencias negativas tanto para su salud como a nivel económico, específicamente un 76% de las mujeres señala que sería muy grave para su salud enfermarse de cáncer cervicouterino. Por su parte, se logró demostrar también que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y la Severidad Percibida, así como tampoco entre los años de escolaridad y Severidad Percibida.

Por su parte la prueba de hipótesis, en la cual se pusieron a prueba las variables Severidad Percibida y Conductas Preventivas se evidenció que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Es conveniente señalar que el Modelo de Creencias de Salud supone la existencia de Severidad Percibida ante la enfermedad como condición necesaria

para que el individuo adopte conductas preventivas o no (Rosenstock, 1974). Según los datos presentados no se logra demostrar la asociación, inferimos que esto puede deberse por dos razones, la primera es que casi la mitad de las mujeres que corresponden a 48 casos (las que adoptan y las que no adoptan practicas preventivas) presentan un alto nivel de Severidad, de manera tal que no se logra distribuir bien la variable en las otras categorías cómo severidad baja o media. La segunda razón, se relaciona con el tipo de preguntas que se decidió dejar en el cuestionario final, puesto que finalmente la dimensión “social” de la severidad debió ser sacada del cuestionario, ya que en el pretest un 60% respondió que no sabían si la enfermedad le traería problemas con su pareja o con sus amistades. Lo cual ocasionaba que este constructo no lograra discriminar.

En resumen, no existe una asociación entre la Severidad Percibida ante la enfermedad y la Adopción de Conductas preventivas ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

Reconocemos, por tanto, que la Severidad Percibida ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino se encuentra en un nivel máximo, pero no se logra demostrar su asociación con las conductas preventivas.

La literatura revisada nos muestra que la severidad de la enfermedad se mueve en la misma dirección que la susceptibilidad, por tanto, la educación sobre los factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad debieran contribuir a la adherencia del tamizaje. Puesto que ambos (severidad y susceptibilidad) aumentan la percepción de los beneficios, cobra importancia por tanto que a mayor intensidad de severidad percibida por las mujeres mayor será el grado de seriedad con el que valoraran un problema de salud, en este caso el cáncer cervicouterino (Urrutia, 2012).

4. Conclusiones sobre los Beneficios Percibidos de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino.

En relación a los Beneficios Percibidos, ésta también fue una de las variables independientes de la investigación. De esta forma, cuando observamos las conductas preventivas de las mujeres a partir de los beneficios percibidos que las mujeres pudiesen tener de la enfermedad, estamos considerándolos como un factor influyente en esta dinámica.

La investigación arrojó que un 29% de las mujeres ven como poco efectiva la prueba de PAP, un 36% la ven como medianamente efectiva y un 35% como muy

efectiva. Con respecto a estos datos, podemos concluir que si bien las mujeres reconocen que es necesario realizarse la prueba de PAP puesto que un 82% considera que haciéndose la prueba protegen su salud (ver tabla 30). Existe un desconocimiento en cuanto al carácter terapéutico que las mujeres ven en esta prueba, esto porque un 37% considera que al hacerse la prueba se encuentran protegidas de padecer cáncer cervicouterino (ver tabla 31) lo que en rigor sería incorrecto puesto que el examen ayuda a detectar precozmente la presencia de un cáncer, pero no tiene características terapéuticas, en el sentido que al tomarse el examen se evite la enfermedad (Valenzuela & Miranda, 2001).

Se logró demostrar también que, sí existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y los Beneficios Percibidos, debido a que las mujeres adultas y jóvenes, estrato comprendido entre los 18 y 49 años, ven la práctica de la prueba de PAP como más efectiva que las mujeres entre 50 y 64 años de edad.

Por su parte, también existe una asociación estadísticamente significativa entre los años de escolaridad y los Beneficios Percibidos, esto porque aquellas mujeres que tienen más de 13 años de escolaridad ven la prueba como muy efectiva (27%) en comparación a las mujeres que tienen 12 o menos años de escolaridad (8%) lo cual nos lleva a concluir que los años de estudio permiten valorar más la prueba de PAP.

En el caso de la prueba de hipótesis, en la cual se pusieron a prueba las variables Beneficios Percibidos y Conductas Preventivas, quedó demostrado que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Es conveniente señalar que el Modelo de Creencias de Salud supone la existencia de Beneficios Percibidos ante la enfermedad como condición necesaria para que el individuo adopte conductas preventivas o no (Rosenstock, 1974). Según los datos presentados no se logra demostrar la asociación con la adopción de conductas, esto puede explicarse, porque existe un desconocimiento en cuanto al carácter terapéutico que las mujeres ven en la prueba.

En resumen, no existe una asociación entre los Beneficios Percibidos ante la enfermedad y la Adopción de Conductas Preventivas ante el potencial desarrollo de cáncer cervicouterino.

Al haber encontrado que existía una creencia errónea en torno al sentido terapéutico que le encuentran la mujer a la prueba de PAP, creemos que es necesario que se cuente con una mayor información a la hora de realizar la prueba de PAP, puesto que una equivocación puede dar pie a una interpretación errónea del mensaje y de esta forma las mujeres pueden creer que al realizarse la prueba de

PAP se encuentran sin riesgo de desarrollar la enfermedad. Lo que ocasionaría una falsa confianza que más adelante podría desencadenar en un futuro desarrollo de la enfermedad

5. Conclusiones sobre las Barreras Percibidas de las mujeres, entre 18 y 64 años de la comuna de Valparaíso, en la adopción de conductas preventivas para evitar el desarrollo de cáncer cervicouterino

En relación a las barreras, ésta fue una de las variables independientes de la investigación. De esta forma cuando observamos las conductas preventivas de las mujeres a partir de las barreras que las mujeres pudiesen tener de la enfermedad, estamos considerando las barreras como un factor influyente en esta dinámica.

La investigación arrojó que un 60% de la muestra analizada no presentaba barreras para la realización de la prueba de PAP y un 40% si presenta, de ese 40%, un 21% presenta una barrera y un 19% dos o más barreras en la realización de la prueba de PAP. Las principales barreras resultaron ser las siguientes, “el consultorio atiende en horario en el que no puedo ir” (19,7%), “me cuesta sacar hora de atención” (16,67%), “no creo que sea necesario” (12,12%), “no puedo ir por motivos de trabajo” (12,12%), “se demoran en atenderme cuando voy al consultorio o clínica” (10,60%), “me da vergüenza ir” (10,60%) y “me da miedo recibir malas noticias” (6,06%).

Se logró demostrar también que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad de las mujeres de la muestra y las Barreras Percibidas, así como tampoco existe una asociación entre los años de escolaridad y las Barreras Percibidas.

Por su parte, la prueba de hipótesis, en la cual se pusieron a prueba las variables Barreras Percibidas y Conductas Preventivas, se evidenció que sí existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.

Tal como plantea el Modelo de Creencias de Salud acerca del uso de Conductas Preventivas si estaría condicionada por las barreras. Estos datos aprueban dicha afirmación. En efecto, para la muestra de 100 mujeres de la comuna de Valparaíso si se presentaría esta asociación.

De esta forma la alta adopción de conductas preventivas si estaría asociada con las barreras presentes por las mujeres para realizarse la prueba de PAP. Es importante, dentro de este punto, destacar cómo dentro del proceso de tomas de decisiones ligadas a la prevención, ésta sigue encontrándose condicionada para algunas mujeres, puesto que aún existen barreras que no le permiten acudir a tomarse la prueba de PAP, con respecto a esto, Cortes (2013) ha evidenciado la

posición de desventaja de subordinación de las mujeres, sus decisiones y ante todo ante su cuerpo. Puesto, que la mujer sigue considerándose como la cuidadora natural.

Se evidencia de esta forma, que los roles de género y su posición subordinada en la familia y también en la sociedad influyen en la capacidad de las mujeres para acceder a la detección del cáncer cervicouterino (Markovic et al., 2005). Las barreras mencionadas por las mujeres manifiestan de esta forma cómo las desigualdades de su condición se anteponen a los deseos y les impide, aun cuando manejen la información adecuada, optar libremente sobre qué hacer con sus cuerpos.

6. Consideraciones finales

Dicho todo esto, sólo queda hacer una reflexión sobre lo planteado inicialmente en la presente investigación y lo obtenido una vez llevado a cabo las respectivas hipótesis, con el propósito de corroborar o rechazar las premisas que fueron guía de esta investigación. De esta forma, es necesario recordar el objetivo general, la pregunta de investigación y la hipótesis planteada para abordarlos ahora desde la teoría ya aplicada a la realidad misma.

El objetivo general de la tesis buscaba determinar si existía alguna asociación entre las creencias que tienen las mujeres de la comuna de Valparaíso, entre 18 y 64 años, sobre el cáncer cervicouterino y la adopción de conductas preventivas. Dicho de otra forma, se buscaba conocer lo siguiente *¿Existe alguna asociación entre las creencias que tienen las mujeres de la comuna de Valparaíso, entre 18 y 64 años, sobre el cáncer cervicouterino y la adopción de conductas preventivas?* La hipótesis por tanto, pretendía ser una respuesta a esta pregunta, y fue la siguiente: Entre las mujeres de 18-64 años de edad de la comuna de Valparaíso, las creencias sobre el cáncer cervicouterino están asociadas con la adopción de conductas preventivas para evitar padecer la enfermedad.

A partir de los resultados, cabe concluir que debemos una parte de ella aceptarla y otra rechazarla. Puesto que quedó de manifiesto que una parte de la hipótesis planteada resultó ser cierta: sí existe una asociación entre la Susceptibilidad Percibida y las Conductas Preventivas, así como también existe una relación con las Barreras Percibidas y las Conductas Preventivas.

En efecto, la prueba de hipótesis nos permitió probar que estos dos constructos (Susceptibilidad Percibida y Barreras Percibidas) si condicionan las Conductas Preventivas de las mujeres de la muestra, por tanto, tal como plantea el Modelo de Creencias de Salud, solo si el individuo percibe que es susceptible de adquirir una enfermedad esto lo llevara a que tome acciones preventivas con la

enfermedad, y el proceder general del desarrollo de la conducta, dependerá de la valoración que el individuo haga de las barreras que se le presentan.

Por otro lado, debemos rechazar la otra parte de la hipótesis, la Severidad Percibida y los Beneficios Percibidos no se encuentran asociados con la adopción de conductas preventivas en las mujeres de la muestra analizada. Si bien la existencia de la Severidad Percibida ante la enfermedad es condición necesaria, no es suficiente para que las mujeres adopten conductas preventivas ante el potencial desarrollo del cáncer cervicouterino. Por su parte, los Beneficios Percibidos fueron definidos como la percepción respecto de la probable efectividad de los mecanismos de prevención que lleven a cabo las mujeres, la realización de la prueba de PAP y se logró demostrar que la existencia de Beneficios Percibidos ante la enfermedad no es condición necesaria para que la mujer adopte conductas preventivas.

A modo de reflexión, sólo queda expresar la necesidad de seguir desarrollando políticas públicas que vayan en beneficio de las mujeres, especialmente en lo que es intervenciones educativas dirigidas a la prevención por infección del VPH, puesto que en nuestro país no se han llevado a cabo (Urrutia, 2015).

A partir de los resultados de esta investigación se pudo demostrar que, en la muestra analizada, si las mujeres se sienten susceptibles de desarrollar la enfermedad acuden a realizarse la prueba de PAP lo cual demuestra la importancia de este constructo, puesto que al ser el VPH un virus que se encuentra presente en la población (existe una prevalencia del 14% de infección por VPH en las mujeres donde el 71% es de alto riesgo, Ferreccio et al., 2004), es necesario que estén conscientes que sí se encuentran expuestas al desarrollo de esta enfermedad.

Se logró demostrar también, que la edad y los años de escolaridad si se encuentran asociados a los Beneficios Percibidos, por lo que se recomienda que en el estrato comprendido entre 50-64 años de edad, se expliquen mejor los beneficios de la realización de la prueba de PAP, así como también a aquellas mujeres que presentan menos años de estudio.

Por otro lado, las barreras siguen siendo un obstáculo para la realización de la prueba de PAP, y son principalmente falta de información con respecto a la prueba de PAP, error de información y creencias erróneas, por lo que se hace necesario informar y educar a las mujeres, es importante destacar que no basta solo con entregar la información, sino que es necesario que el mensaje entregado sea claro y que no se produzcan errores en la entrega de la información.

De manera final, la presente investigación espera ser un aporte al debate de esta temática, conocimiento y creencias sobre el cáncer cervicouterino, en cuanto a su estudio, teoría, metodología y pertinencia desde el punto de vista sociológico.

7. Sugerencias y proyecciones

Creemos que el Modelo de Creencias de Salud continua siendo un buen marco teórico para explicar el comportamiento de las recomendaciones médicas de salud, si bien se le ha criticado que se pone un mayor énfasis en las variables de tipo cognitivo en desmedro de las sociales y personales, creemos que estas también pueden ser agregadas en las investigaciones, por ejemplo, años de edad, años de escolaridad, ingreso económico, redes sociales, podrían ser medidos a través de preguntas específicas y luego cruzadas con cada uno de los constructos del Modelo de Creencias de Salud.

Por otro lado, lo que continúa siendo una constante problemática es el carácter retrospectivo del modelo, esto es, correspondencia entre el decir y el hacer, puesto que si una mujer puede haber respondido algo específico en la encuesta después no tenemos fiabilidad que sea realizado en el tiempo. Pero creemos que esta problemática siempre está presente cuando se lleva a cabo como técnica de recolección de datos la encuesta, puesto que se recogen los datos en un momento específico y no se puede después hacer un seguimiento. Por tanto, este problema siempre estará presente cuando se lleve a cabo este tipo de recolección de datos.

Por otra parte, creemos que existen tres elementos claves a la hora de realizar futuras investigaciones donde se utilice el Modelo de Creencias de salud.

En primer lugar, es necesario que cada constructo del Modelo de Creencias de Salud debiese ser medido con más preguntas. En esta investigación fueron solo 3 preguntas, por razones de tiempo no se pudieron agregar más. Recordemos que este cuestionario no fue autoadministrado por lo que se requirieron varios días de trabajo en terreno, y el instrumento tampoco fue llevado a cabo en un centro de salud, lugar donde todas las investigaciones descritas se llevaron a cabo, lo que facilita de buena manera el trabajo en terreno puesto que se tiene acceso a una gran cantidad de mujeres al mismo tiempo, pero también es contraproducente, porque existe mayor probabilidad que las mujeres tengan sus controles ginecológicos al día.

En segundo lugar, si es posible seguir indagando en muestras donde se tenga acceso a una cantidad heterogénea de mujeres en diferentes lugares de afluencia puesto que las investigaciones de salud se han centrado mucho en los recintos

hospitalarios y de salud, y se ha olvidado que no todos acuden a ellos, incluso cuando esto pudiese significar prevenir una enfermedad.

En tercer lugar, en relación a la cantidad de mujeres encuestadas, creemos que se debiese encuestar a una mayor cantidad de mujeres, si es posible sobre 300 mujeres de esta forma también se puede aplicar otro tipo de pruebas de hipótesis.

Finalmente, cabe mencionar que los problemas de salud siempre podrán ser estudiados desde diferentes áreas de investigaciones por lo que esta es solo una mirada desde la sociología y no necesariamente se expresaran de la misma forma como se caracterizó a lo largo de la presente investigación, puesto que nos encontramos dentro de un contexto específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar J., Leyva A., Angulo D., Salinas A & Lazcano E. (2003) Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saude Publica*, 37,1,100-6.
- Ajzen, I. & Timko, C. (1986) Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and Applied Social psychology*, 7, 259-276.
- Aparicio, A. & Morera, M. (2007) Análisis geográfico y temporal de la mortalidad evitable por cáncer cervicouterino en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*. 49, 3, 154-160.
- Araya, A. & Urrutia, M. (2008) El proceso de ser histerectomizada: aspectos educativos a considerar. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73, 5, 347-352.
- Arellano, R. (2008) *Sobrevivencia en cáncer cérvico uterino Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente*. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Santiago de Chile: Universidad de Chile
- Arredondo, A. (1992) Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 3, 254-261.
- Arzuaga, M., Souza, M. & Azevedo V. (2012) El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. *Revista Cubana de Enfermería*, 28, 1, 63-73.
- Asún, R. (2006) "Medir la realidad social: el sentido de la metodología cuantitativa". En Manuel Canales Cerón, *Metodologías de la Investigación Social*. (pp.31-61). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Báez, L. (2016) *Piloto de detección de VPH como co-test en el tamizaje de cáncer de cuello uterino en Chile 2016-2017*, recuperado el 16 de marzo del 2017, de la página web del Instituto de Salud Pública Ministerio de Salud Chile:
<http://www.ispch.cl/sites/default/files/Presentacion%20PILOTO%20VPH-2.pdf>
- Berenzon, S., Ito-Sugiyama, E. & Vargas, L. (2006): Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, 48,1, 45-56.
- Berger, K. (2006) *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (7ª. Ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Byrd TL, Chavez R, Wilson KM. (2007) Barriers and facilitators of cervical cancer screening among Hispanic women. *Ethn Dis*,17,1,129-34.
- Blake DR, Weber BM, Fletcher KE. (2004) Adolescent and young adult women's misunderstanding of the term Pap smear. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158,10,966-70.
- Blalock, H. (1986) *Estadística social* (2ª. Ed.). Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Borrell, C. & Artazcoz, L. (2008) Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 3, 245-249.
- Cabrera G. (1999) *Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo*. Tesis de Doctorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Cabrera, G., Tascon, J. & Lucumi, D. (2001) Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19,1, 91-101.
- Calvario, J. & Barragán, O. (2007) La atención a la salud. Reflexiones teóricas desde las ciencias sociales. *Imaginales*, 6, 123-134.

- Castellano, G., Heinzen, J. & Nión, S. (2011) *Creencias populares en salud materna. Entre las creencias populares en salud materna y la reforma del sistema de salud uruguayo*, recuperado el 27 de julio del 2017, del sitio web de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República:
<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Ni%C3%B3n-Castellano-Heinzen.pdf>
- Castro, M. & Arellano, M. (2010) Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 52, 3, 207-21
- Castro, M. & Salazar, G. (2001) Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. *Región y Sociedad*, XIV, 25, 251-255.
- Chávez, M., Arellano, A., Tamayo, L., Levy, J. (2012) *Representación social sobre el cáncer cérvico uterino por mujeres jóvenes de 18 a 29 años de edad de colima, México, a través de la aplicación de las redes semánticas naturales como estrategia metodológica*, recuperado el 15 de septiembre del 2016, del sitio web Organización de Estados Iberoamericanos:
<http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/ChavezMendez.pdf>.
- Cockerham, W. (2007) *Medical sociology*. (10ª ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Cortés, C., (2013) *cancer de cuello uterino: una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en salud pública*, recuperado el 20 de octubre del 2017, del sitio web de Seminario Internacional Fazendo Gênero:
http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1381510088_ARQUIVO_cLAUDIAgARCIA.pdf
- Cortés, M., Pereira, J., Peña-Rey, I., Génova, R., & Amela, C. (2004) Carga de enfermedad atribuible a las afecciones inmunoprevenibles en la población infantojuvenil española. *Gaceta Sanitaria*, 18, 4, 312-320.
- Curiel, J. (2008) El diagnóstico del virus del papiloma humano en el contexto de la vacuna. *Cirugía y Cirujanos*, 76, 001, 1-3.
- Díaz de Rada, V. (2012) Ventajas e inconvenientes de la encuesta por internet. *Revista de Sociología*, 97,1, 193-223.
- Díaz, S. (2016) *Dispositivos intrauterinos*, recuperado el 30 de septiembre del 2017, del sitio web del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva:
http://icmer.org/wp_ae/wp-content/uploads/2015/01/DISPOSITIVOS-INTRAUTERINOS-2016.pdf
- Dorrego, D. (2013, 12 de julio) Valoran inclusión de vacuna contra el Papiloma Humano: Bajaría número de muertes por cáncer. *Biobío*. Recuperado el 19 de julio de 2016, de <http://www.Biobiochile.cl>
- Escobar, M.C. (2007) *Necesidades de vigilancia de enfermedades crónicas en Chile*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Gobierno de Chile.
- Fajardo, A., Méndez, F., & Molina, L. (2010) Factores que inciden en la no realización de la citología vaginal en las mujeres bogotanas. 2008. *Investigaciones Andinas*, 12, 21, 61-69.
- Fernández J. & Edo, S. (1994) Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.

- Fernández, M. (2009) *Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica*, recuperado el 23 de junio del 2015, del sitio web Bibliopsiquis: <http://hdl.handle.net/10401/4938>
- Ferreccio, C., Prado, R., Luzoro, A., Ampuero, S., Snijders, P., Meijer, C., Vaccarella, S., Jara, A., Puschel, K., Robles, S., Herrero, Franceschi S. & Ojeda, J. (2004) Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 13, 12, 2271-2276.
- Ferreccio, C., Corvalán, A., Margozzini, P., Viviani, P., Gonzalez, C., Aguilera, X. & Gravitt, P. (2008) Baseline assessment of prevalence and geographical distribution of HPV types in Chile using self-collected vaginal samples, *BMC Public Health* 8, 78.
- Flores, L. (2008) *Mujeres, instituciones y salud en Aguascalientes. La experiencia del cuidado a la salud. El caso de tres enfermedades: cáncer cérvico uterino, cáncer mamario y osteoporosis*, recuperado el 23 de junio del 2016, del sitio web del Instituto Nacional de las Mujeres, México: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Aguascalientes/ags02.pdf>
- GLOBOCAN (2008): *Cervical Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008*, recuperado el 30 de junio del 2016, del sitio web GLOBOCAN International Agency For Research on Cancer: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
- González, M., Hernández, M. & Castro A. (2008) Factores asociados al Virus Papiloma Humano. Área V. Cienfuegos. *MediSur*, 6, 2, 29-32.
- González, M., Polanco, G., Puerto, M. & Munguía, P. (2002) Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53, 3, 255-262.
- Gove, W. & Hughes, M. (1979) Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. *American Sociological Review*, 44, 1, 126-146.
- Herrera, J. (2016, 22 de septiembre) OMS dice que judicialización de vacuna contra papiloma en Chile es inédita. *La tercera*. Recuperado el 15 de marzo de 2017, de <http://www.latercera.com>
- Hurtado, C. (2006) El conductismo y algunas implicaciones de lo que significa ser conductista hoy. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2, 2, 321-328.
- INE (2017) *Actualización de población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020*, recuperado el 10 de marzo del 2017, del sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
- Janz, N. & Becker, M. (1984) The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1, 1-47
- Katz J, Peberdy, A. & Douglas, J. (1997) *Promoting health: knowledge and practice*. London: Macmillan.
- Kerlinger, F. (1988) *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Kirscht, J. (1988) "The health belief model and predictions of health actions", En DS Gochman (Ed), *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. (pp. 27-41). New York: Plenum Publishing Corporation.

- Lamadrid, S. (1996) Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121, 6, 542-549.
- Lazcano E. Moss S., Cruz A., Alonso de Ruiz P., Casares S., Martínez C. (1999) Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el Estado de Morelos. *Salud Publica Mex*, 41,4, 278-85.
- Léniz J., Van De Wyngard V, Lagos M., Barriga M., Puschel K. & Ferreccio C. (2014) Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Revista médica Chile*, 142, 8, 1047-1055.
- Lewin K. (1935) *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- López, A. & Lizano, M. (2006) Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*, 1, 31-35.
- Luzoro, A. (2002) *Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en una población de mujeres chilenas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Markovic, M., kesic V., Topic., L. & Matejic, B (2005) Barriers to cervical cancer screening: A qualitative study with women in Serbia. *Social Science & Medicine, England*,61,12, 2528-2535.
- Martín A. Sáez M., Iglesias H., Alonso M., Alonso J. & Miron, J. (2016) ¿La información sobre automedicación disponible en internet reúne criterios de calidad?. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 27, 1,19-34.
- MIDEPLAN (2011) *Encuesta CASEN 2011. Módulo Salud. Santiago 2011*, recuperado el 15 de marzo del 2017, del sitio web del Ministerio de Salud Chile:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/cc345de4c9de0ea7e040010164012de8.pdf>.
- MINSAL (2005) *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino*, recuperado el 30 de junio del 2016, del sitio web Red Salud, del Gobierno de Chile:
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CancerCervicouterino.pdf>
- MINSAL (2010) *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino*, recuperado el 30 de junio del 2016, del sitio web del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>
- MINSAL (2013) *vacunará a niñas de 9 años para prevenir cáncer de cuello*, recuperado el 22 de septiembre del 2015, de la página web del Ministerio de Salud Chile. <http://web.minsal.cl/node/175>
- MINSAL (2014) *Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano*, recuperado el 22 de septiembre del 2015, de la página web del Ministerio de Salud Chile.
<http://web.minsal.cl/vacunavph>
- MINSAL (2016) *Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016 Documento para consulta pública*, recuperado el 15 de marzo del 2017, de la página web del Ministerio de Salud Chile
<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
- Montes, L., Mullins, M. & Urrutia, M. (2006) Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71, 2, 129-134.

- Moreno, E. & Gil, J. (2003) El Modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional journal of psychology and psychological therapy*, 3, 1, 91-109.
- Murillo, R., Cendales, R., Wiesner, C., Piñeros, M. & Tobar, S. (2009) Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. *Revista Biomédica*, 29,3, 354-361.
- OMS (1946) Constitution Statement. WHO, OMS, Ginebra.
- OMS (2008) *Estadísticas sanitarias mundiales*, recuperado el 20 de junio del 2016, del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_Full.pdf
- OMS (2004) *Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales, Capítulo 1: Bases anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y con solución yodoyodurada de Lugol (IVL)*, recuperado el 19 de junio del 2016, del sitio web de International Agency For Research on Cancer: <http://screening.iarc.fr/viavilichap1.php?lang=3>
- O'Donohue, W. & Kitchener, R. (1999) *Handbook of behaviorism*. New York: Accademic Press.
- OPS (1998) La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4, 2, 142-148.
- OPS (2014) *Cáncer Cervicouterino*, recuperado el 09 de marzo del 2016, del sitio web Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es
- Ortiz, M., Labrador, A. & Martínez-Consuegra, N. (2009) Miomatosis uterina. *Mediagraphic*, 24, 4, 222-233.
- Ortiz, R. Uribe, C. Díaz, L. & Dangond, Y. (2002) Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55, 2, 146-160.
- Oviedo, H. C. & Campo- Arias, A. (2005) Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach; Approach to the Use of Cronbach's Alfa. *Rev. colomb. psiquiatr*, 34,4, 572-580.
- Palacio, L. (2002) *Distribución territorial de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, México, 1990-2000*. Tesis para obtener el grado de maestra en demografía. Tijuana: Universidad de la Frontera.
- Parella, S. & Martins, F. (2012) *Metodología de la Investigación Cuantitativa* (3ª ed.). Caracas: Editorial Fondo Editorial de la UPEL
- Prieto, M. (2012) *MINUTA Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años*, recuperado el 18 de junio del 2015, del sitio web Colegio de Matronas de Chile: http://web.colegiodematronas.cl/wp-content/uploads/2017/01/InsumoCampanaPAP_SSy-SEREMIS_2012.pdf
- Riquelme, C., Kuhn-Barrientos L., Astorga R. & Jiménez, J. (2015) Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 2000-2010. *Rev Panam Salud Pública*, 37, 1, 44-51.

- Rivera R., Aguilera J. & Larraín A. (2002) Epidemiología del Virus Papiloma Humano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67, 6, 501-506.
- Rodríguez, R. & Fernández, M. (1997) *Desarrollo cognitivo y aprendizaje temprano: la lengua escrita en la Educación infantil*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Rojo, N. & García, R. (2000) Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26, 2, 91-100.
- Rosenstock, IM (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Santillana, M., (2004) Reseña de elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora. *Salud Pública México*, 46, 6, 597-598.
- Selltiz, C., Jahoda, M. & Deutch, M. (1964) Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Rial.
- Solís, J., Silva, M., Bravo, E., León, M., Merino, G., Diaz, R., Franck, C., Egaña, J., Martínez, S. & Rosso, K. (2007) Pronóstico del cáncer cérvico uterino estadios IIb-IIIb tratados con radio quimioterapia: experiencia Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58, 4, 268-276.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutierrez, A. (1997) El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 4, 335-341.
- Torres, K., Cuadra, S., Castro, J. & Madrid, V. (2011) La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos. *Acta Bioethica*, 17, 1, 85-94.
- Triviño, Z & Sanhueza, O (2005) Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán*, 5, 1, 12-21.
- Turk, D, Rudy, T. & Salovey, P. (1986) Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 5, 453-474.
- Urrutia M., Poupin L., Concha, X., Viñales, D., Iglesias, C. & Reyes V. (2008) ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73, 2, 98-103.
- Urrutia, M. (2012) Creencias sobre Papanicolau y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77, 1, 3-10.
- Urrutia, M., Concha, X., Riquelme, G. & Padilla, O., (2012) Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Rev Chilena Infectol*, 29, 6, 600-606.
- Urrutia, M. (2015) Cáncer cervicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo [Versión electrónica]. *Temas de la agenda pública*, 78.
- Valderrama P., Carbellido, S. & Domínguez B. (1995) Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 1, 73-86.
- Valenzuela, M., & Miranda, A. (2001) ¿Por qué NO me hago el Papanicolau?
- Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5, 2, 75-80.

- Vivanco, M. (2006) "Diseño de muestras en investigación social". En Manuel Canales Cerón, *Metodologías de la investigación social*. (pp.141-167). Santiago de Chile: LOM ediciones.
- Weinstein, N. & Nicolich M. (1993) Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health psychology*, 12, 3, 235-245
- Welch, S. & Comer, J. (1988) *Quantitative Methods for Public Administration: Techniques And Applications*. Editorial Books/Cole Publishing Co.
- Wert, J.I. (2000) La encuesta telefónica. En: García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (eds.). *El Análisis de la Realidad Social*. 3a ed. Madrid: Alianza, 203- 217. Edición original: 1986.
- Zacarías, M. (2009) Virus del Papiloma Humano de alto riesgo. Inmunización contra el Virus del Papiloma Humano, nuevos retos. *Bioquímica*, 34, 1, 51-52.
- Zaldívar, O. (2009) *El cáncer cérvico uterino una mirada desde la perspectiva de género*, Tesis para optar al grado científico de Licenciado en Sociología. Holguín: Universidad de Holguín

ANEXOS

Anexo N°1

Encuesta sobre creencias y cáncer cervicouterino		
Número de encuesta	N°	Sector:
Observaciones de terreno:		

Estimada Señora o Señorita:

Junto con saludar le informamos que en tu calidad de habitante de la comuna de Valparaíso, ha sido seleccionada para responder una encuesta con el objetivo de conocer su opinión respecto del cáncer cervicouterino y la prueba de Papanicolau (PAP).

Estoy efectuando esta encuesta para terminar mis estudios en la Carrera de Sociología de la Universidad de Valparaíso. Por tanto, solicito su colaboración, respondiendo este cuestionario de la forma más fidedigna. Además es necesario que sepa que la encuesta es de carácter confidencial y que los resultados serán publicados generalizando al conjunto de habitantes y nunca haciendo referencia a alguna persona en particular. Por lo tanto todos los datos que los encuestados nos entreguen serán anónimos.

Recuerda que es una encuesta por lo que todas las opiniones son válidas y no hay respuestas buenas ni malas. Para finalizar, solo queremos agradecer tu buena disposición para realizar esta encuesta

Desde ya agradecemos su honestidad y colaboración

Parte I: Datos Sociodemográficos						
1. ¿Cuál es su edad?						
2. ¿Cuál es su estado civil?	1) Casada 2) Soltera 3) Conviviente 4) Viuda 5) Separada 6) Otro ¿Cuál?					
3. Durante la semana recién pasada ¿Usted realizó algún trabajo por el cual recibió o recibirá algún ingreso económico?	1) No Pase a la pregunta 5 2) Si					
4. Por favor puede especificar la labor o actividad en la cual trabajó la semana pasada						
5. ¿Profesa alguna religión?						
1. No 2. Si → 5. a ¿Qué religión profesa? <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;"> ↓ ↓ </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Católica</td> <td style="width: 50%;">4. Mormón</td> </tr> <tr> <td>2. Evangélica (Cristiana)</td> <td>5. Judío</td> </tr> <tr> <td>3. Testigos de Jehová</td> <td>6. Otra ¿Cuál? - _____</td> </tr> </table> </div>	1. Católica	4. Mormón	2. Evangélica (Cristiana)	5. Judío	3. Testigos de Jehová	6. Otra ¿Cuál? - _____
1. Católica	4. Mormón					
2. Evangélica (Cristiana)	5. Judío					
3. Testigos de Jehová	6. Otra ¿Cuál? - _____					
6. ¿Cuál es el nivel más alto de escolaridad que usted tiene o aprobó?	1) Nunca Asistió 6) Ed. Superior técnico profesional incompleta 2) Ed. Básica incompleta 7) Ed. Superior técnico profesional completa 3) Ed. Básica completa 8) Ed. Universitaria Incompleta 4) Ed. Media incompleta 9) Ed. Universitaria Completa 5) Ed. Media completa 10) Postgrado					

<p>7. ¿Cuál es la previsión de salud que usted tiene?</p> <p>1) FONASA Nivel A 2) FONASA Nivel B 3) FONASA Nivel C 4) FONASA Nivel D</p> <p>5) ISAPRE 6) Seguro de Salud FFAA 7) Mutuales 8) Otro 9) no sabe</p>
<p>PARTE II: Nivel conocimiento cáncer cervicouterino y prueba de PAP</p>
<p>A continuación le leeré un conjunto de afirmaciones, por favor indíqueme cuán frecuente ocurre cada una de ellas.</p>
<p>1. ¿Cómo clasificaría usted su nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino?</p> <p>1) Muy insuficiente 2) Insuficiente 3) Suficiente 4) Muy suficiente 8) No sabe 9) No responde</p>
<p>2. ¿Sabe usted cuál es causa el cáncer cervicouterino?</p> <p>1) Si (pase a la pregunta 3) 2) No (pase a la pregunta 4) 8) No sabe 9) No responde</p>
<p>3. ¿Me puede explicar cuál es la causa del cáncer cervicouterino?</p>
<p>4. ¿Sabe usted para qué sirve la prueba de Papanicolau (PAP)?</p> <p>1) Si (pase a la pregunta siguiente) 2) No (pase a la pregunta 6) 8) No sabe 9) No responde</p>
<p>5. ¿Me puede explicar para qué sirve la prueba de PAP?</p>
<p>6. ¿Hace cuánto tiempo se realizó la prueba de PAP por última vez?</p> <p>1) Dentro de este año 2) El año pasado 3) Hace dos años 4) Hace tres años 5) Más de tres años 6) No se acuerda 7) nunca me lo he hecho 8) no sabe 9) No responde</p>
<p>Parte III: Creencias sobre el cáncer cervicouterino.</p>
<p>1. En su situación personal ¿Qué tan probable es que se enferme de cáncer cervicouterino?</p> <p>1) No hay probabilidad 2) Poco probable 3) Probable 4) Muy probable 8) No sabe 9) No Responde</p>
<p>2. ¿Se considera una persona con riesgo de enfermarse de cáncer cervicouterino?</p> <p>1) No 2) Si 8) No sabe 9) No responde</p>
<p>3. ¿Cuánto cree usted que le afectaría enfermarse de cáncer cervicouterino?</p> <p>1) No me afectaría 2) Me afectaría un poco 3) Me afectaría 4) Me afectaría mucho 8) No sabe 9) No Responde</p>
<p>4. ¿Cuán grave considera que es el cáncer cervicouterino?</p> <p>1) No es grave 2) Poco grave 3) Grave 4) Muy grave 8) No sabe 9) No responde</p>
<p>5. ¿En su caso particular, cuán grave sería para su salud enfermarse de cáncer cervicouterino?</p> <p>1) Sin gravedad 2) Poco grave 3) Grave 4) Muy grave 8) No sabe 9) No responde</p>

6. ¿Cuán problemático sería económicamente para su familia si usted se enfermara de cáncer cervicouterino?
 1) No sería problemático 2) Un poco problemático 3) Problemático 4) Muy problemático
 8) No sabe 9) No responde

7. ¿Realizándose la prueba de PAP, usted cree que está protegiendo su salud?
 1) No 2) Si 8) No sabe 9) No responde

8. ¿Cree que al realizarse la prueba de PAP regularmente, usted se encuentra protegida de padecer cáncer cervicouterino?
 1) Si 2) No 8) No sabe 9) No responde

9. ¿Al hacerse la prueba de PAP, se siente usted tranquila y confiada de que no padecerá cáncer cervicouterino?
 1) Si 2) No 8) No sabe 9) No responde

10. ¿Tiene algún problema para realizarse la prueba de PAP?
 1) No (pase a la pregunta 12) 2) Si (pase a la pregunta 11) 8) No sabe 9) No responde

11. De la siguientes opciones cuáles son impedimento para que usted se haga el PAP

1) No sé cada cuanto tiempo hacen el PAP	1) no 2) si	9) Me da vergüenza ir	1) no 2) si
2) Me cuesta sacar hora de atención	1) no 2) si	10) Tengo dificultades para movilizarme	1) no 2) si
3) Se demoran en atenderme cuándo voy al consultorio o la clínica	1) no 2) si	11) No creo que sea necesario	1) no 2) si
4) El consultorio atiende en horario en que no puedo ir	1) no 2) si	12) Me da miedo recibir malas noticias	1) no 2) si
5) No sé desde que edad se toma el PAP	1) no 2) si	13) No sé cada cuánto tiempo necesito ir a tomarme el PAP	1) no 2) si
6) No me gusta la atención que recibo	1) no 2) si	14) Otras, ¿cuáles?	1) no 2) si
7) No puedo ir por motivos de trabajo	1) no 2) si	98) No sabe	1) no 2) si
8) Prefiero hacer las cosas de la casa	1) no 2) si	99) No responde	1) no 2) si

Parte IV: Preguntas Abiertas

1. ¿Cuál cree que es la razón principal por la cual las mujeres no se hacen el PAP?

2. ¿Tiene usted alguna idea u opinión que NO se le ha preguntado y quisiera expresar?

¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración!

ANEXO N°2

