



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

**ARTÍCULO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y DEL
COMPORTAMIENTO**

**INCREMENTO DE LA AUTOEFICACIA EN MUJERES DE 25 A 40
AÑOS PARA SOLICITAR LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU,
SANTA MARÍA AHUACATITLÁN, MORELOS, 2010.**

Lic. en Psic. Adriana Araceli Figueroa Muñoz Ledo

Directora: Mtra. Margarita Márquez Serrano

Asesor: Dr. Álvaro Javier Idrovo Velandia

Asesora: Dra. Betania Allen Leigh

Resumen

Objetivo. Incrementar la autoeficacia en mujeres de 25 a 40 años para solicitar la prueba de Pap y examinar la norma subjetiva, beneficios y barreras percibidas de dichas mujeres hacia el Pap. **Material y métodos.** Intervención educativa de diseño cuasi-experimental pre-test/post-test con grupo control basada en el Modelo Integral de Predicción de la Conducta y empleando materiales de AMIGAS. **Resultados.** Se incrementó la autoeficacia para solicitar el Pap en el grupo intervenido ($p < 0.05$). Existe acuerdo grupal e individual en considerar a la vergüenza como una barrera para realizarse el Pap. Los conocimientos sobre Pap y CACU en las mujeres participantes en este estudio son parcialmente correctos. **Conclusiones.** Si bien se logró un aumento en el nivel de autoeficacia de las participantes, cabe recordar que las barreras propias del sistema de salud intervienen en la capacidad percibida de las mujeres para someterse a un Pap. Se requiere mejorar la atención a las usuarias para incrementar el uso adecuado de la prueba.

Palabras clave: mujeres, autoeficacia, Papanicolaou, cáncer cérvicouterino, utilización servicios de salud.

Introducción

El cáncer cérvicouterino (CACU) es prevenible siempre y cuando se cuente con un diagnóstico y tratamiento oportuno,^{1,2,3,4} y es curable si se diagnostica a tiempo,⁵ pese a ello, el 10% de los casos nuevos de cáncer en el mundo son de CACU.² En Latinoamérica, una de cada mil mujeres de 35 a 55 años padece CACU y en México cada 2 horas muere una mujer por esta causa.^{5,6}

La citología exfoliativa (Papanicolaou –Pap-) es un método capaz de detectar células anormales en el epitelio cervical.⁷ Es el método más empleado para el diagnóstico oportuno de CACU,⁸ pero en países en desarrollo aún no se ha logrado una total cobertura ni aceptación total de las mujeres.⁹ Si bien, la prueba de Pap por sí sola no es suficiente para prevenir CACU, sí es un elemento importante de un conjunto de pruebas de tamizaje que han resultado efectivas en países desarrollados.^{1,9} Cabe subrayar que el Pap ofrece un efecto protector si se realiza en forma espontánea y en ausencia de síntomas.¹⁰ A nivel mundial, se atribuye al Pap la disminución de mortalidad por CACU en un 70%,¹¹ por desgracia, en México, esta prueba posee más sensibilidad para detectar cáncer invasivo que pre-invasivo.¹²

Investigaciones realizadas en otros países, señalan que las mujeres no se realizan el Pap debido a problemas de comunicación con los médicos y de acceso a los servicios de salud, falta de mujeres médicas, no tener seguro médico, cultura del pudor,^{13,14} falta de conocimiento sobre CACU y Pap,^{3,13,15} miedo a un resultado positivo,^{3,14,15} vergüenza, falta de tiempo,^{3,15} calidad y barreras de los servicios,^{3,15,16} desaprobación de la pareja,¹⁷ actitud negativa hacia la prueba, baja autoeficacia,¹⁸ y falta de apoyo familiar,¹⁹ entre otros. En México, se sabe que algunos motivos por los que las mujeres no se realizan el Pap son: mantener una actitud estoica, de sacrificio y resignación frente a los problemas,⁵ ignorancia

sobre CACU,^{20,21} desconocimiento sobre la existencia del Pap,²¹ falta de soporte social, imágenes de temor asociadas al CACU,²⁰ escasos recursos y/o acceso limitado a los servicios de salud,^{22,23} falta de información sobre los beneficios a la salud,²² experiencias negativas con el médico, prioridad a la salud de la familia,²² pudor y ausencia de síntomas, “dejarlo para después”,²⁴ largos tiempos de espera, miedo a la opinión de la pareja, escasos recursos económicos²¹ y marginación.²³ También existen problemas propios del sistema de salud que han provocado que los Programas de Detección Oportuna de CACU (PDOC) no sean tan efectivos en nuestro país;^{2,25} la ineficiencia se atribuye al tamizaje a mujeres en bajo riesgo² y a la baja aceptabilidad (debido a barreras culturales e institucionales).¹² Por el contrario, los factores que predisponen el uso del PDOC son: actitudes y creencias favorables respecto al Pap, percepción de beneficios sobre la efectividad del programa, y apoyo de las redes sociales y de los servicios de salud.¹⁰

Se cuenta con la experiencia de Fernández et al.¹⁷ en lograr el incremento de autoeficacia para prueba de Pap y mastografía. Ésta fue realizada en 2004 con 243 mujeres hispanas (incluidas mexicanas) de 50 años o más, residentes en dos ciudades fronterizas entre E.U. y México y dos más del valle central de California. Mediante los principios de Participación Basada en la Comunidad, Intervention Mapping y Teoría Social Cognitiva se realizó una intervención educativa en la que, mediante materiales específicos (rotafolios, videos, etc.), trabajadoras sociales asistieron a los hogares de cada mujer. Relativo al Pap, se logró un incremento significativo en autoeficacia, beneficios percibidos, norma subjetiva y supervivencia percibida al cáncer. Por otro lado, la intervención de Byrd et al.,¹⁵ publicada en 2007, con 84 mujeres hispanas residentes en El Paso (Texas), para conocer las barreras y facilitadores en el uso de Pap, encontró, a través el Modelo de Creencias en Salud, que

educar a las mujeres acerca de la necesidad de realizarse el Pap y el procedimiento que se lleva cabo durante la prueba es un importante facilitador.

En la presente intervención se empleó el Modelo Integral de Predicción de la Conducta²⁶, el cual integra elementos de 3 teorías: a) Modelo de Creencias en Salud: para que una persona lleve a cabo una conducta de salud, primero debe creer que se encuentra en riesgo y que los beneficios pesan más que los costos;²⁶ b) Teoría de Acción Razonada: la conducta está determinada por la fuerza de la intención de una persona para llevarla a cabo;²⁶ y c) Teoría Social Cognitiva: existen dos factores que determinan la probabilidad de que una persona ejecute una conducta de salud: la persona cree que los beneficios son más importantes que los costos, y la persona cree poder llevar a cabo la conducta aún con obstáculos (tener sentido de autoeficacia).²⁷ La autoeficacia influye, en gran medida, en cómo la gente siente, piensa y actúa.^{27,28} Para efectos de este estudio, se entenderá a la autoeficacia en la prueba de Pap como *la confianza/creencia en la capacidad personal para concertar una cita y realizarse una prueba de Pap*.²⁹ Existen cuatro formas de estimular la autoeficacia:^{29,30} a) experiencias exitosas, b) persuasión social, c) realzar la fortaleza y d) aprendizaje vicario (experimentar lo que otra persona hace mediante la observación). Las decisiones que las personas toman respecto a su salud se basan, entre otras cosas, en la información recibida, creencias y actitudes personales.²⁰ Lo anterior, aunado al balance decisional y a la autoeficacia de las mujeres para solicitar el Pap,¹¹ explica el nivel de aceptación que éstas tengan hacia la prueba.^{13,31} Las personas con altos grados de autoeficacia tienen más probabilidad de ejecutar conductas preventivas.²⁶ En resumen, estas teorías proponen tres determinantes básicos de la conducta y de la intención del individuo para ejecutarla: a) actitud de la persona, b) normas percibidas (lo que el individuo cree que su entorno social cercano considera como aceptable o no), y c) autoeficacia con respecto a una conducta. Si

estos determinantes se conjugan de forma satisfactoria, el individuo inclinará su balance decisional en pro de la conducta en cuestión.¹³ Cabe aclarar que un incremento de la autoeficacia no implica, de manera directa ni inmediata, un cambio de conducta.²⁶

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa para incrementar la autoeficacia para realizarse una prueba de tamizaje para cáncer de cuello uterino, tanto en el nivel individual como a nivel comunitario, en una población semi-urbana mexicana, considerando, además, el examen de las barreras percibidas de las mujeres hacia la prueba de Pap, mejorando su percepción de los beneficios y fomentando el balance decisional de éstas en pro de realizarse la prueba.

Material y métodos.

Diseño de estudio. Intervención educativa de diseño cuasi-experimental pre-test/post-test con grupo control.³² Se llevó a cabo en los parajes de la zona noroeste del poblado de Santa María Ahuacatlán (Los Ahiles, Cruz de la Misión, Tejocote, Agrícola y Prolongación Independencia), municipio de Cuernavaca, Morelos, durante los meses de octubre de 2010 a marzo de 2011 con mujeres de 25 a 40 años. Para calcular el tamaño de muestra se usaron datos similares a los reportados por Fernández et al. en el que participaron mujeres México-americanas.¹⁷ Se utilizó la fórmula descrita por Rosner³³ para comparación de variables continuas en dos grupos independientes, esperando encontrar puntajes promedio de 4.5 y 3.6 (mujeres intervenidas y control, respectivamente) en la Escala de Autoeficacia para Pap (Cervical Cancer Screening Self-efficacy Scale),²⁹ teniendo un poder de 80%, igual desviación estándar y una relación de 1:2 entre mujeres intervenidas y control. De esta manera se definió la participación de 15 mujeres en el grupo intervenido y 30 mujeres en el grupo control (que finalmente quedó en 31), las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente

del total de mujeres, procurando una distribución equitativa por edad y paraje de residencia. Para el análisis individual, a todas las participantes se les aplicó una escala para evaluar la autoeficacia antes y después de la intervención y, para el análisis grupal, listados libres en las mismas ocasiones.

Primeramente, se realizó una investigación formativa para conocer elementos que fuese necesario reforzar durante la intervención, para ello se elaboró una guía de entrevista donde se abordó, a nivel individual, la experiencia de la mujer con la prueba, su aceptación y las barreras percibidas hacia la prueba; luego se realizaron matrices de salida y se construyeron códigos. Después se diseñó un cuestionario de 19 ítems donde se indagó a cada mujer sobre datos sociodemográficos y de conocimiento sobre CACU, Virus de Papiloma Humano (VPH) y Pap. Se aplicó la Escala de Autoeficacia para Pap (Cervical Cancer Screening Self-efficacy Scale)²⁹ en su versión en español, validada con una consistencia interna de 0.95,²⁹ (la validación de esta escala incluyó elementos de la teoría clásica y análisis factorial confirmatorio, lo cual se aprecia en el artículo original)²⁹ para medir el grado de autoeficacia en uso de Pap (la escala original, elaborada por Fernández²⁹ consta de 8 ítems, pero los materiales de “Ayudando a las Mujeres con Información, Guía y Amor para su Salud” [AMIGAS]³⁴, quienes facilitaron los materiales empleados en la presente intervención, incluyen uno más para un análisis cualitativo). Se trata de una escala tipo Likert con 5 opciones cuyos valores van de 1 a 5 (“nada segura” a “completamente segura”). El puntaje final corresponde al promedio de los 8 ítems. Además, se elaboraron listados libres³⁵ para observar los cambios en el dominio cultural (nivel de acuerdo cultural sobre los significados de una unidad cultural, en este caso, la prueba de Pap)^{34, 36}, para ello se elaboraron cinco preguntas, siendo dos acerca de la utilidad de la prueba de Pap, dos sobre las barreras para acceder a este servicio, y una sobre facilitadores. A partir de las

respuestas dadas por las participantes se construyeron categorías; cuando una categoría no se mencionaba (ya fuera en el pre-test o en el post-test) se le dio el valor de 0. Cabe aclarar que los listados libres recogen opiniones de forma individual para luego conjuntarlas y así, conocer el dominio cultural de un grupo de individuos; por ello, aunque se aplican de forma individual, los resultados en conjunto se expresan a manera de “consenso grupal”, “acuerdo cultural” o “dominio cultural”. Finalmente, se aplicó un formato de evaluación de proceso³³ con 14 ítems (adecuación) para sondear opiniones sobre cada sesión y los materiales empleados en ella. La aplicación de todos los instrumentos corrió a cargo de la facilitadora y tomó entre 20 y 25 minutos. Todas las participantes otorgaron consentimiento oral informado.

Los materiales empleados en la intervención fueron probados con mujeres mexicanas radicadas en la frontera con E.U.^{17,33}; fueron los utilizados por Fernández et al.¹⁷ y elaborados (originalmente para el proyecto AMIGAS³³) por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas, Centros Batelle para la Investigación y Evaluación en Salud Pública, y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Constan de un rotafolio con los temas de CACU y Pap principalmente, un video, imágenes y un juego de tarjetas. Se realizaron algunas adecuaciones en lenguaje e imágenes debido al contexto de las participantes; el video no se utilizó ya que algunos hogares no cuentan con DVD, televisión y/o electricidad, y porque ciertas expresiones y temas no aplican a esta población; tampoco se dieron referencias escritas de dónde concertar una cita para el Pap ya que este estudio no contó con esos servicios.

Contexto y participantes. Previo a la intervención, se realizó un Diagnóstico Integral de Salud (DIS) con una metodología cuali-cuantitativa. En la parte cuantitativa, se realizó un censo a 91 hogares y se complementó con consulta en fuentes secundarias. En la parte

cualitativa, se realizó observación, 14 entrevistas semiestructuradas a informantes clave de la comunidad y una priorización social de necesidades mediante 3 grupos de consenso.

Durante el DIS,³⁷ se obtuvo la siguiente información: la mayoría de habitantes son adultos jóvenes, el 51% son mujeres; el 92% de la población sabe leer y escribir, pero el grado de escolaridad se concentra en la educación básica; el nivel socioeconómico es medio y medio bajo, aunque el paraje de Los Ahiles se encuentra aún por debajo; el 72% de la población no cuenta con algún tipo de derechohabiencia (siendo mujeres la mayor proporción). Las mujeres de esta comunidad suelen compartir las tareas del hogar con un empleo, la mayor de las veces, de tipo informal, para ayudar económicamente a su familia. También, dedican gran parte de su tiempo y recursos al cuidado de sus hijos.

En lo que a participación comunitaria se refiere,³⁷ cuando se trata de asuntos relevantes para la comunidad, sólo los hombres intervienen, pues, si bien las mujeres pueden opinar, no poseen el reconocimiento social para tomar alguna decisión. Si bien, Santa María no es un poblado que se rija por usos y costumbres, los pobladores mantienen una fuerte identidad y no permiten con facilidad la inclusión de personas ajenas al lugar.

En lo referente a utilización de los servicios de salud,³⁷ un importante porcentaje de la población no realiza actividades de prevención primaria y secundaria. Gran parte de la población y de las mujeres entrevistadas muestran inconformidades con el Centro de Salud de la localidad (CS) debido a la deficiente atención que brinda, en especial por la falta de medicamento y material de curación, trato inadecuado, prolongados tiempos de espera y horarios de atención limitados. Esto ha provocado que los usuarios se alejen de estos servicios y, al no contar con los recursos económicos suficientes para hacer uso de un servicio privado, terminan por descuidar su salud.

Si bien la situación de los bajos niveles de prevención de CACU (específicamente el uso de la prueba de Pap) no apareció como un problema priorizado por la comunidad, sí se logró identificar a través de los métodos cuantitativos (entrevistas al personal del CS y cédula de autoevaluación).³⁷ El CS de Santa María³⁷ refiere menos de 5 casos de CACU detectados durante 2009, pero no se puede afirmar que todas las mujeres en el rango de edad de 25 a 40 años que residen en Santa María acudan a este CS ni que se hayan realizado alguna prueba de detección. A partir del análisis de las entrevistas realizadas al personal y de la visita al consultorio de toma de citologías, se sabe que no se siguen todos los lineamientos para la toma de muestras.³⁷

De enero a mayo de 2010, en el CS de Santa María se realizaron 93 citologías, de las cuales, ninguna contaba con resultado. La cobertura fue del 6.5% del 84% esperado para 2010 según el Plan de Acción Específico para CACU 2007-2012. Para este año, dicho CS no contaba con ningún registro de pacientes positivas a lesión, ni tampoco pacientes en tratamiento por CACU. Tampoco se tenían metas para ese año y, a pesar del bajo número de citologías realizadas, no existía búsqueda intencionada de mujeres en edad de riesgo ni se ofrecía consejería para detección oportuna. A mediados de 2010, aún no se había impartido ninguna plática relacionada con prevención y detección oportuna de CACU; el personal médico desconocía la técnica actual de toma y fijación de la muestra, y no identificaba con claridad los factores de riesgo ni el grupo de edad al que se debe ofrecer la citología.³⁷

Implementación de la intervención. Se intentó realizar un taller grupal de 4 sesiones. Se eligieron los espacios y horarios más convenientes para las mujeres. Al momento de aplicar el pre-test, se otorgó a cada mujer su invitación. A sabiendas que no todas asistirían,

quienes se autoexcluyeran formarían parte del grupo control. Se convocó a 2 sesiones pero, dada la inasistencia, la intervención se realizó de forma individual en el hogar de cada mujer (Tabla 1) con una duración de 1 hora y media aproximadamente, calculando para ello una muestra y eligiendo aleatoriamente al grupo intervenido (el resto de participantes formó el grupo control). Una vez aplicado el post-test se ofreció la intervención al grupo control pero sólo una mujer dispuso del tiempo necesario.

Durante la intervención, se trabajó con las mujeres, de forma general, acerca de CACU, VPH y Pap. Luego, se persuadió a la mujer sobre hacerse el Pap, para ello, se resaltaron los beneficios de la prueba, se le comentaron experiencias exitosas de otras mujeres, se reconocieron los facilitadores con que individual y socialmente cuenta, se exploró la forma de sortear miedos y/o barreras, y se le ofrecieron un par de alternativas sobre dónde hacerse el Pap en forma gratuita y/o a bajo costo. Paralelamente, se propició la toma de conciencia en las mujeres acerca de la opinión que tienen sobre sí mismas sobre su capacidad para cuidar de su salud (específicamente para someterse a un Pap) (Tabla 1).

Métodos estadísticos. Primero se describieron las variables mediante porcentajes o medidas de tendencia central, de acuerdo a la distribución observada de cada variable. Para evaluar la efectividad de la intervención, primero se estimó la diferencia entre el puntaje final y el basal en la Escala de Autoeficacia para cada mujer, luego se compararon los resultados obtenidos para cada ítem y el puntaje global en cada grupo mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según la distribución observada. El análisis de los listados libres incluyó el cálculo del índice de relevancia de Smith³⁸ en una hoja de cálculo de Excel®. Para facilitar la interpretación de los índices de relevancia de Smith pre y post intervención obtenidos, se calculó la diferencia entre éstos y los resultados fueron

expresados en histogramas, donde el puntaje más alto representa el mayor consenso. En los casos en que una respuesta no se presentara en una de las ocasiones se asumió un índice de relevancia de Smith de cero.

Resultados

En el Cuadro I se muestra el perfil sociodemográfico. Entre ambos grupos (Grupo control= G_c y Grupo intervenido= G_i), la edad de la mayoría de las mujeres oscila entre los 33 y 40 años. En ambos grupos, la mayoría de las mujeres cuentan sólo con educación básica (G_i 24%, G_c 54%). El 91% de las mujeres está casada o en unión libre. El número de hijos oscila entre uno y cinco, predominando la cantidad de dos hijos (G_i 13%, G_c 24%). Por ocupación, mientras en G_c es similar la proporción de mujeres que laboran y las que se dedican al hogar, en G_i , más del doble se dedican al hogar. Del total de mujeres, el 32% cuenta con seguridad social y el 30% está afiliado al Seguro Popular u Oportunidades.

En el Cuadro II se aprecia que el 67% del total de mujeres se han realizado, por lo menos, un Pap en toda su vida, siendo el 22% del G_i . De las mujeres que se han realizado el Pap, el 48% comentó haberlo hecho por primera vez después de los 25 años. En relación al último Pap, el 26% se lo hizo por última vez hace más de 3 años; de hecho, en el G_i la mayoría de las mujeres reportaron esta condición.

En la investigación formativa, se supo que las participantes consideraban la vergüenza/pena, la falta de tiempo, el miedo y la “dejadez” (dejar las cosas para después) como las principales barreras para realizarse un Pap.

Tras la intervención, logró incrementarse la autoeficacia del grupo intervención de forma significativa ($p < 0.05$) (Cuadro III). De los 8 ítems que abarca la escala, en 3 de ellos existe

diferencia significativa ($p < 0.05$) (Cuadro IV) entre la medición basal y posterior a la intervención (estos ítems se refieren a qué tan segura está de solicitar a un médico un Pap, realizarse un Pap pese al dolor, y realizarse un Pap pese al costo).

Luego de la intervención y relativo a las barreras que disgustan de realizarse un Pap, el dominio cultural de las participantes fue que la falta de información, la ignorancia, la creencia de no ser vulnerable, médicos hombres y las condiciones de la prueba son obstáculos que enfrentan las mujeres para someterse a un Pap (Gráfico 1). También, hubo menor acuerdo en considerar la calidad en la atención como una barrera, pero sigue presente. De modo individual, las mujeres refirieron la falta de tiempo, la “dejadez”, la ignorancia y el machismo de sus parejas. Sin embargo, tanto grupal como individualmente, hay acuerdo en que la vergüenza es también un importante obstáculo (el puntaje obtenido en el último ítem de la escala [Cuadro II] corrobora lo anterior). El G_i consensuó que las principales barreras son el miedo y no tener seguro médico (sólo el 6.5% de este grupo es derechohabiente). Así mismo, si bien el sexo del médico continúa siendo una barrera, en el G_i fue menor que en G_c tras la intervención.

De forma grupal, pudo apreciarse que no existe una idea muy clara acerca de la función del Pap ya que, si bien se reconoce que es una prueba de detección, pocas mujeres conocen exactamente qué detecta y, aquellas que ya se la han hecho, refieren que el motivo fue para prevenir enfermedades y por salud. Lo mismo ocurrió con la definición de CACU, se sabe que es una enfermedad pero no se conoce con claridad la etiología. Se encontró un gran desconocimiento en VPH pues, de hecho, muchas participantes, ni siquiera lo han oído nombrar. Así mismo, aunque la mayoría de las mujeres refirieron que el Pap debe hacerse cada año, muchas de ellas dudaron sobre su respuesta. Por otro lado, existe acuerdo en que

el principal beneficio de hacerse un Pap es estar segura de estar bien y acceder a un tratamiento oportuno. También existe consenso en que el incremento de información sobre el Pap y la disponibilidad/acceso de la prueba son facilitadores para someterse a la prueba (Gráfico 1). Aunado a ello, el G_i considera que el apoyo social impacta de forma positiva en el uso del Pap.

De forma individual, de las mujeres que ya se han realizado el Pap alguna vez, la mayoría refirió que se lo han hecho para prevenir enfermedades; en general, comentan que en su último Pap las trataron bien, pero algunas señalan que las lastimaron. A 8 mujeres no les han dado y/o explicado su resultado. Tanto mujeres con Pap como sin Pap, comentan que cuando una mujer se hace un Pap no es necesario ocultárselo al resto de sus familiares y conocidos. Así mismo, refieren que, a nivel personal, cuentan con el apoyo de pareja, familiar y social para realizarse un Pap. También, consideran que gran parte de las mujeres de su comunidad no se hacen la prueba por las barreras mencionadas anteriormente.

Resalta que, posterior a la intervención (y aunque no era un objetivo de la misma), 3 mujeres del G_i comentan haberse ido a realizar el Pap debido a la plática recibida. De éstas, una tuvo éxito y, de las otras dos, una acudió un día en que el CS no laboró y la otra refiere que le comentó a la doctora tener algunos problemas con su menstruación, entonces ésta le dijo que, previo a hacerle el Pap, tendría que consultarse con algún médico para ver dicha situación; la entrevistada acudió a un médico de “Farmacias Similares” y, al regresar con la doctora del CS con los resultados de la consulta, ésta se molestó porque acudió con un médico externo al CS. La mujer se sintió agredida y ya no quiso que le realizaran el Pap.

Discusión y conclusiones

Al igual que la intervención de Fernández et al.²⁹, esta intervención incrementó la autoeficacia para Pap en el Gi, de modo que, si bien se reconocen las diferencias contextuales entre ambas poblaciones, los materiales resultaron adecuados para las mujeres de este estudio. Incluso, aún cuando no fue posible emplear todos los materiales de la intervención original ni tampoco se llevó a cabo de forma grupal, se obtuvieron resultados positivos. Por otro lado, aunque esta intervención influyó en que algunas mujeres decidieran someterse a la prueba, no logró eliminar las barreras percibidas para realizarse el Pap. Al respecto, cabe recordar que la utilización de los servicios de salud es un campo dinámico definido por el servicio, el individuo y la interpretación que este último hace del primero,³⁹ por ello, los factores individuales (como la autoeficacia) no son suficientes (pero sí contribuyen) para resolver el problema de la baja utilización de Pap, pues también existen barreras relacionadas al acceso y calidad de los servicios de salud,¹⁷ las cuales fueron referidas en muchas ocasiones por las participantes. Es por ello que, pese a que se logró un incremento en la autoeficacia, se debe tener presente que las barreras propias del sistema de salud intervienen en la capacidad percibida de las mujeres para someterse a un Pap, de modo que además de poseer altos niveles de autoeficacia, es necesario disponer también de los recursos y servicios necesarios.⁴⁰ Lo anterior se manifestó claramente en una de las mujeres intervenidas que redujo su puntaje en la escala de autoeficacia con respecto al pre-test debido a una mala experiencia en el CS.

La medición basal de este grupo también fue comparada con la medición basal del estudio de Fernández et al.²⁹ En dicha medición se encontró que en 4, de los 8 ítems, existía una diferencia entre ambos grupos. De estos ítems, 3 refirieron a cuestiones institucionales y/o

del trato con el médico, mientras uno más al temor al dolor por la prueba. En el caso de los 3 primeros, podemos decir que la oferta y calidad en los servicios de salud varía ampliamente entre el contexto de las participantes de este estudio y las del estudio con que se comparó (siendo de menor calidad en el nuestro). En relación al ítem del “dolor”, podríamos pensar que la falta de información y experiencias previas desagradables de nuestras participantes aumenta sus temores hacia la prueba. Al realizar la comparación entre el pre-test y el post-test dentro las participantes de este estudio, se encontró una diferencia en 3 ítems (uno relacionado a la confianza hacia el médico, otro al costo y otro al dolor); repitiéndose sólo el ítem relacionado al “dolor”.

Las participantes consideraron que los factores facilitadores para que las mujeres se sometan a la prueba se relacionan con acciones de los servicios de salud (difusión de información, disponibilidad y acceso a la prueba). Estos hallazgos fueron acordes a los de otros estudios.^{12,15,21,22} Esta población identificó, al igual que Byrd et al.¹⁵, a la vergüenza como un importante obstáculo para realizarse el Pap. Podríamos hablar de que esta similitud responde a elementos culturales (que no difieren pese al lugar de residencia) ya que, en ambos estudios, se trabajó con mujeres mexicanas o de origen mexicano.

Aunque no se lograron eliminar las barreras en el G_i , sí se logró la identificación de facilitadores y esto, sumado al incremento en la autoeficacia, favoreció en cierta medida la modificación del balance decisional en algunas de las participantes (especialmente en aquellas que acudieron a realizarse un Pap).

Pese a que la mayoría de las mujeres que ya se habían realizado un Pap refirieron no tener obstáculos para someterse a la prueba, la mayoría de ellas no se había hecho uno en más de

3 años (principalmente en el grupo intervenido), de modo que sí existe algún tipo de limitante. Recordemos también que, si bien existe uso de la prueba, al no respetarse la frecuencia, se disminuye su efectividad. Podríamos pensar que, como refieren varios autores,^{18,21,41} el nivel educativo y de ingresos (los cuales son bajos en este grupo) incide en el adecuado uso que las mujeres hacen del Pap, y en el caso de esta población, influye también la calidad en la atención que se oferta en el CS.

Respecto a CACU y Pap, si bien la gran mayoría de las participantes no tenían una definición 100% clara y correcta, sí concebían que son una enfermedad y una prueba de detección/prevención, respectivamente; esto es un elemento favorable ya que, de alguna forma, representan el hecho de una amenaza (la enfermedad) que puede enfrentarse (prueba de detección para un tratamiento posterior).

Se concluye que es necesario proveer de información clara y fácil de asimilar sobre la utilidad del Pap y factores de riesgo para CACU, con el fin de incrementar los beneficios percibidos hacia la prueba. Así mismo, dado que se desconoce el tiempo que permanecerá el cambio generado con esta intervención, se recomienda dar continuidad a la misma e incluso, replicarla en otros grupos y espacios ya que, además de ser efectiva, es aplicable a bajo costo. Finalmente, se invita a la mejora en la calidad de los servicios de salud (especialmente el trato a la usuaria), pues en poblaciones con bajos ingresos económicos representan la mejor alternativa para el cuidado de la salud, pero se demerita enormemente su misión cuando los (as) usuarios (as) los perciben como una barrera más.

Limitaciones y recomendaciones

Las principales limitaciones de esta intervención fueron que no conocemos cuánto durará el cambio generado en el grupo intervenido, de modo que convendría darles seguimiento a las participantes; también que, si bien la autoeficacia contribuye a la modificación de la conducta, no es suficiente para que dicho cambio se dé, de modo que se requiere de intervenciones más amplias (en tiempo y recursos) para alcanzar la meta del uso adecuado del Pap; finalmente, al no poder realizar la intervención de forma grupal, se perdió la oportunidad de que entre mujeres compartieran experiencias y apoyo, así que recomendamos aplicar esta intervención con poblaciones cautivas y/o capacitar al personal del CS para que la replique en su población.

Referencias

1. Hunter Jennifer L. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2004 Feb [citado 2010 Jun 24]; 20(1): 160-171. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0102-311X2004000100032&Ing=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100032.
2. Aguilar-Pérez José A, Leyva-López Ahidé Gpe, Angulo-Nájera David, Salinas Antonio, Lazcano-Ponce Eduardo C. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México, *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 Feb [citado 2010 Jun 24]; 37(1): 100-106. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100015&Ing=en. doi:10.1590/S0034-89102003000100015.
3. Byrd, T., Peterson, S., Chavez, R., Heckert, A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *E.U. Preventive Medicine* 2004; (38):192-197.
4. Al, M., Mohamed, F. Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Med. Princ. Pract* 2009 [citado 2010 Ago 10]; (18):35-42. Disponible en: <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?typ=pdf&file=000163044>
5. Valdés, C.R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cérvicouterino. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Avances en psicología lationamericana* [on line]. 2004 [citado 2010 Jun 26]; (22): 49-59. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/799/79902206.pdf>
6. Palacio, L., Rangel, g., Hernández, M., Lazcano, E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Rev Sal Pub Mex* 2003 [citado 2010 Jun 04]; (45): S315-S325. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals033r.pdf>

7. Fernandes J., Rodrigues S., Costa Y., Silva Luiz C., Brito A., Azevedo J., et al . Knowledge, attitudes, and practices related to Pap test by women, Northeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Oct [citado 2010 Jun 24]; 43(5): 851-858. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500015&lng=en. Epub Sep 18, 2009. doi: 10.1590/S0034-891020090005000055.
8. Denman C., Castro, V., Aranda P. Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas. *Región y sociedad* [online]. 2007, vol.19, n.spe [citado 2010 Ago 09], pp. 147-170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252007000400008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1870-3925.
9. Lazcano E., Alonso P., Ruiz J., Hernández M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries: the need for equity and technological development. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [citado 2010 Jun 24]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000900020&lng=en doi: 10.1590/S0036-36342003000900020.
10. Lazcano E., Moss S., Cruz A., Alonso P., Casares S., Martínez C. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 1999 Jul [citado 2010 Sep 07]; 41(4): 278-285. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000400005&lng=en doi: 10.1590/S0036-36341999000400005.
11. Hogenmiller, J., Atwood, J., Lindsey, A., Johnson, D., Hertzog, M., Scott, J. Self-efficacy scale for Pap smear screening participation in sheltered women. *Nursing research*. Nov-Dec 2007 [citado 2010 Ago 29]; 56(6): 369-377. Disponible en: http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2007/11000/Self_Efficacy_Scale_for_Pap_Smear_Screening.2.aspx
12. Flores Y., Bishai D., Lazcano E., Shah K., Lörintz A., Hernández M. et al . Improving cervical cancer screening in Mexico: results from the Morelos HPV Study. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [citado 2010 Sep 07]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000900013&lng=en doi: 10.1590/S0036-36342003000900013.
13. Tung W.C., Nguyen D. H. T., Tran T. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *Suiza. International Council Review*. 2008. 55, 73-80.
14. Valenzuela, M., Miranda, A. ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Chile. Rev Chil Salud Pública* 2001; 5(2-3): 75-80.
15. Byrd, T., Chavez, R., Wilson, K. Barriers and facilitators of cervical cancer screening among Hispanic women. *E.U. Ethnicity and Disease*. 2007; (17): 129-134.
16. Weisner, C., Vejarano, M., Caicedo, J., Tovar, S., Cendales, R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2006 [citado 2010 Oct 03] (8): 185-196. Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v8n3/v8n3a04.html>
17. Fernández, M., Gonzáles, A., Tortolero, G., Williams, J., Saavedra, M., Chan, W., Vernon, S. Effectiveness of Cultivando la Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. *American Journal of Public Health*. May 2009; (99)5: 936-943.

18. Fernández, M., DeBor, M., Candreia, M., Flores, B. Dissemination of breast and cervical cancer early detection program through a network of community-based organizations. *E.U. Health promotion practice*. 2008; 20(20):1-11.
19. Behbakht, K., Lynch, A., Teal, S., Degeest, K., Massad, S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol* 2004 [citado 2010 Ago 10]; (104): 1355-1361. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2004/12000/Social_and_Cultural_Barriers_to_Papanicolaou_Test.26.aspx
20. Bingham A., Bishop A., Coffey P., Winkler J., Bradley J., Dzuba I. et al . Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. [citado 2010 Sep 07]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000900015&lng=en doi: 10.1590/S0036-36342003000900015.
21. Lazcano, E., Castro, R., Allen, B., Nájera, P., Alonso, P., Hernández, M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of women's health*. May 1999; (8): 399- 408.
22. Hidalgo, A. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed* 2006 [citado 2010 May 02]; (17): 81-84. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb0617110.pdf>
23. Sosa S., Walker D., Serván E. Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. [citado 2010 Jun 26]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800014&lng=es doi: 10.1590/S0036-36342009000800014.
24. Leyva, M., Byrd, T., Tarwater, P. Attitudes toward cervical cancer screening: a study of beliefs among women in Mexico. *Californian Journal of health promotion*. 2006 [citado 2010 Ago 09]; (4): 13-24. Disponible en: <http://www.csuchico.edu/cjhp/4/2/13-24-leyva.pdf>
25. OPS-OMS. Análisis de la situación del cáncer cérvicouterino en América Latina y el Caribe. 2004 [citado 2010 May 02]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>
26. Fishbein, M., Yzer, M. Using theory to design effective health behavior interventions. *International Communication Association*. 2003; 164-183.
27. Bandura, A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Stanford. [citado 2010 Ago 09]. Disponible en: http://www.des.emory.edu/_mfp/effguideSpanish.html
28. Olivari C., Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2010 Jun 26]; 13(1): 9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532007000100002.
29. Fernández, M., Diamond, P., Rakowski, W., González, A., Tortolero- Luna, G., Williams, J., Morales-Campos, D. Development and validation of a cervical cancer screening self-efficacy scale for low-income mexican american women. *Cancer epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(3): 866-873.
30. Villamrarin, F. Autoeficacia: investigación en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*. 1994 [citado 2010 Ago 13]; (61): 9-18. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61115/88849>
31. Tung, W. Benefits and barriers of Pap smear screening: differences in perceptions of Vietnamese American women by stage. *E.U. Journal of community health nursing*. 2010. 27: 1-22.

32. Campbell, D.T, Stanley, J.C. Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, E.U.: Rand McNally College. 1963.
33. Rosner, B. Fundamentals of biostatistics. 6th ed. Belmont, CA:Duxbury; 2006: 331-336.
34. Byrd, T., Lee, J., Wilson, K., Orians, C., Mejía, C., Dowell, B. et al. Ayudando a las Mujeres con Información, Guía y Amor para su Salud (AMIGAS). The University of Texas. Battelle. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
35. Borgatti, S. Elicitation techniques for cultural domain analysis. In J. Schensul & M. LeCompte (Eds.), the Ethnographer's Toolkit, Vol. 3. Walnut Creek, CA: Altimira Press: 1-2
36. Instituto Nacional de Salud Pública. 1er. informe del proyecto de investigación. Instrumentación y evaluación de la estrategia de detección del virus del papiloma humano (VPH) para la prevención y control del cáncer cérvicouterino en el estado de Morelos. México. 2007: 8.
37. Maestría en Salud Pública. Diagnóstico Integral de Salud (trabajo para acreditar currículo formativo de la maestría en salud pública). Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Cuernavaca. 2010. (Documento no publicado).
38. Smith, J.J. Using Anthropac 3.5 and spreadsheet to compute a free-list salience index. Field methods, 1993. 5:1-3.
39. Brofman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., Oviedo, J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 1997; (5).
40. Bandura, A. Self-efficacy in changing societies. Stanford University. Cambridge University Press. 1995 [citado 2010 Ago 29]: 3-4. Disponible en: <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam034/94049049.pdf>
41. Paz, V., Lee, F., Carcamo, C., Holmes, K., Garnett, G., García, P. Who is getting Pap smears in urban Peru? International Journal of Epidemiology. 2008 [citado 2010 Abr 25]; (37): 862-869. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734064/pdf/dyn118.pdf>

Tabla 1. Intervención educativa realizada con cada mujer del grupo intervención, parajes zona noroeste, Sta. Ma. Ahuacatlán, Cuernavaca Morelos, 2010.

Paso 1 Bienvenida. Previo consentimiento oral, se saludó a la mujer y brevemente se le comentaron los contenidos y duración de la plática. Se le pidió que si en algún momento le surgía alguna duda, podía interrumpir y hacer cuantas preguntas tuviera, y que en caso de que la facilitadora no conociera la respuesta, ésta la investigaría y, en una visita posterior, le llevaría la información. Se agradeció a la mujer por aceptar la plática.

Paso 2 Presentación de rotafolio. Se le presentó el rotafolio a la mujer. Paso a paso, se presentaron los diferentes temas:

Tema 1. Introducción (págs. 1-2). Se presentó el rotafolio y se indagó la opinión de la mujer sobre la importancia de cuidar la propia salud, así como los obstáculos que existen para poder hacerlo.

Tema 2. ¿Qué es el cáncer cérvicouterino? (págs. 3-4). Se exploraron los conocimientos previos de la mujer respecto de este cáncer. Posteriormente se le expuso las causas y desarrollo del CACU; en este punto se habló principalmente de VPH. También se habló de las formas de prevención.

Tema 3. ¿Quiénes pueden desarrollar el cáncer cérvicouterino? (págs. 5-6). Se expusieron los factores de riesgo para contraer CACU.

Tema 4. ¿Qué es la prueba de Papanicolaou y por qué es tan importante hacérsela? (págs. 7-10). Inicialmente, se pidió a la mujer que hablara sobre su experiencia con el Papanicolaou o, si nunca se había hecho uno, qué sabía al respecto. Se discutió la importancia de hacerse la prueba, resaltando los beneficios personales y familiares.

Tema 5. ¿Quién debe hacerse la prueba de Papanicolaou y con qué frecuencia? (págs. 11-14). Se aclararon las dudas sobre a partir de cuándo y con qué frecuencia realizarse la prueba y el por qué de dicha temporalidad.

Tema 6. Sistema reproductivo de la mujer y lo que ocurre cuando nos hacemos la prueba de Papanicolaou (págs. 15-20). Se identificó qué parte del sistema reproductivo de la mujer es clave en la prueba de Papanicolaou. También, de modo semi-práctico (mediante espejo vaginal, guantes de látex, citobrush, espátula de Ayre, laminilla y diagramas) se explicó a la mujer qué sucede durante la prueba. Se exploraron los temores y/o molestias que ha sentido la mujer o le han contado acerca de la prueba. Se fue empática con la mujer pero se le indicaron todos los beneficios y se reiteró su fortaleza personal para tolerar lo incómodo de la situación.

Tema 7. ¿Cómo obtenemos nuestros resultados de la prueba de Papanicolaou? (págs. 21-22). Se resaltó la importancia de conocer los resultados de la prueba, tanto por el beneficio a la salud, como por la responsabilidad que, como usuaria, tiene la mujer respecto a su bienestar.

Tema 8. ¿Por qué algunas no nos hacemos la prueba de Papanicolaou? (págs. 23-28). Se leyeron algunas frases que las mujeres suelen decir del por qué no se hacen la prueba. Se discutieron todas, pero en especial aquellas que la mujer reconocía haber dicho. Se resaltó que ella es capaz de sortear todas, o casi todas, esas dificultades, en especial porque su vida lo valía. También se analizó la situación de otras mujeres para ver cómo éstas logran cuidar de su salud pese a los obstáculos que a veces existen. La mujer tomó conciencia de cómo podría imitar a estas mujeres.

Fuente: Elaboración propia, Intervención: Incremento de la autoeficacia en mujeres de 25 a 40 años para solicitar la prueba de Papanicolaou, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

Tabla 1. Intervención educativa realizada con cada mujer del grupo intervención, parajes zona noroeste, Sta. Ma. Ahuacatlán, Cuernavaca Morelos, 2010. (Continuación)

Tema 9. Testimonios y palabras finales (págs. 29-34). Se leyeron algunos testimonios de mujeres que se han realizado la prueba y han evitado padecer y/o morir por CACU. Se subrayó cómo la salud de la mujer impacta en su familia y también en cómo se tiene una responsabilidad compartida para evitar morir por esta causa.

Paso 3 Tarjetas de mensajes. Se le presentó a la mujer tarjetas de color naranja y morado. Las tarjetas moradas tenían frases que ayudaron a identificar lo que la mujer planeaba o pensaba sobre hacerse el Papanicolaou. Según la tarjeta escogida, se le dijo a la mujer que se le ayudará a progresar, de modo que se acerque más a la situación de realizarse un Papanicolaou. Por otro lado, las tarjetas naranjas mostraban, por un lado, los sentimientos, creencias, ventajas y desventajas de realizarse el Papanicolaou; del otro lado de la tarjeta se ofrecían alternativas/frases motivantes de cómo hacer frente a los sentimientos, etc. La mujer podía elegir cuantas tarjetas color naranja quisiera. Una vez que la mujer terminó de elegir sus tarjetas, la facilitadora leyó las frases de la parte posterior y motivó a la mujer a realizarse el Papanicolaou mostrando los beneficios o bien, mostrando empatía ante sus temores.

Paso 4 Plan. Utilizando la tarjeta morada que fue elegida, se ayudó a la mujer a elaborar un plan para acercarse más a realizarse un Papanicolaou. Para ello, se conversó acerca de los obstáculos que percibió cada mujer y se le ayudó a encontrar formas sencillas y a su alcance para hacerles frente; por ejemplo, se le ayudó a identificar a las personas de su red social que podrían ayudarle en el cuidado de los hijos mientras ella asiste a la consulta, o bien, quién podría acompañarla para sentirse más tranquila.

Paso 5 Hoja “Mi promesa”. Luego de realizar el plan, se invitó a la mujer a comprometerse con el mismo. Se le aclaró que no debía comprometerse con algo que ella no pudiera realizar, pues de otro modo no cumpliría su promesa. Esta hoja fue firmada por la mujer y se le pidió que la conservara en un lugar visible de su hogar para que recordara que tenía una promesa consigo misma, su salud y su familia.

Paso 6 Hoja de recursos. Esta hoja contiene información sobre 2 lugares alternativos al CS de Sta. Ma. donde la mujer puede solicitar un Papanicolaou de manera gratuita, y uno más donde puede solicitarlo a bajo costo. Se le hizo entrega de esta hoja y se le invitó a que, en caso de no poder/querer asistir a su CS, hiciera uso de estas opciones.

Paso 7 Hoja de AMIGAS. Esta hoja contiene un resumen de la información de la plática. A modo de recapitulación, se leyó en voz alta con la mujer, se le preguntó si no tenía alguna duda y se le recordó lo importante que es cuidar de su salud, tanto por bienestar propio como por el de su familia.

Paso 8 Palabras finales y evaluación. Se agradeció a la mujer el tiempo dedicado a la plática, se le pidió que llenara el formato de evaluación de la sesión (para ello, se le explicaron todos los términos empleados en él) y luego se le obsequió un pequeño presente. Finalmente, se le reiteró la importancia que tiene el cuidado de su salud y cómo las mujeres tienen en sus manos la decisión de evitar morir por CACU.

Fuente: Elaboración propia, Intervención: Incremento de la autoeficacia en mujeres de 25 a 40 años para solicitar la prueba de Papanicolaou, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

Cuadro I. Perfil de las mujeres de 25 a 40 años, Zona noroeste, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

| Variable | G_i n=15 | G_c n=31 | Total N=46 |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Paraje de residencia: Los Ahiles | 8.6% | 10.8% | 19.4% |
| Cruz de la Misión | 6.5% | 17.3% | 23.8% |
| Tejocote | 10.8% | 21.7% | 32.5% |
| Prol. Independencia | 2.1% | 8.6% | 10.7% |
| Agrícola | 4.3% | 8.6% | 12.9% |
| Edad (años): 25-32 | 19.5% | 28.2% | 47.7% |
| 33-40 | 13% | 39.1% | 52.1% |
| Lugar de nacimiento: Cuernavaca | 28.2% | 47.8% | 76% |
| Morelos (excepto Cuernavaca) | 2.1% | 4.3% | 6.4% |
| Otro Estado | 2.1% | 15.2% | 17.3% |
| Escolaridad: Básica | 23.9% | 54.3% | 78.2% |
| Media superior | 8.6% | 10.8% | 19.4% |
| Superior | 0% | 2.1% | 2.1% |
| Estado civil: Casada | 30.4% | 60.8% | 91.2% |
| Separada | 0% | 6.5% | 6.5% |
| Soltera | 2.1% | 0% | 2.1% |
| No. de hijos: 0 | 0% | 4.3% | 4.3% |
| 1 | 8.6% | 13% | 21.6% |
| 2 | 13% | 23.9% | 36.9% |
| 3 | 2.1% | 19.5% | 21.6% |
| 4 | 4.3% | 4.3% | 8.6% |
| 5 | 2.1% | 4.3% | 6.4% |
| Religión: Católica | 26% | 60.8% | 86.8% |
| Cristiana | 4.3% | 2.1% | 6.4% |
| Otras | 2.1% | 2.1% | 4.2% |
| Ninguna | 0% | 2.1% | 2.1% |
| Ocupación: Ama de casa | 28.2% | 34.7% | 62.9% |
| Empleada | 4.3% | 32.6% | 36.9% |
| Remuneración económica: Sí | 5.8% | 82.3% | 88.1% |
| No | 5.8% | 5.8% | 11.6% |
| Derechohabiencia: IMSS | 6.5% | 17.3% | 23.8% |
| ISSSTE | 0% | 6.5% | 6.5% |
| SEDENA | 0% | 2.1% | 2.1% |
| Ninguna | 26% | 41.3% | 67.3% |
| Afiliación: SP | 35.7% | 53.3% | 89% |
| Oportunidades | 0% | 7.1% | 7.1% |
| ¿Conoce el CS de Sta. Ma.?: Sí | 32.6% | 58.6% | 91.2% |
| No | 0% | 8.6% | 8.6% |

N=46

G_i: Grupo intervención; G_c: Grupo control.

Cuadro II. Experiencia de las mujeres de 25 a 40 años con la prueba de Pap; Zona noroeste, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

| Variable | G _i n=15 | G _c n=31 | Total N=46 |
|---|------------------------|------------------------|---------------|
| ¿Se ha hecho el Pap?: Sí | 21.7% | 45.6% | 67.3% |
| No | 10.8% | 21.7% | 32.5% |
| ¿A qué edad se hizo el Pap por 1era. vez?: | | | |
| No recuerda | 0% | 6.4% | 6.4% |
| <25 años | 16.1% | 29% | 45.1% |
| 25 años en adelante | 16.1% | 32.2% | 48.3% |
| ¿Cuándo se hizo su último Pap?:* | | | |
| < de un año | 3.2% | 19.3% | 22.5% |
| Hace un año | 6.4% | 12.9% | 19.3% |
| Hace 2 años | 3.2% | 16.1% | 19.3% |
| Hace 3 años | 6.4% | 6.4% | 12.8% |
| > 3 años | 12.9% | 12.9% | 25.8% |
| ¿Dónde se hizo su último Pap?:* Particular | | | |
| CS Sta. Ma. | 16.1% | 9.6% | 25.7% |
| ISSSTE | 6.4% | 3.2% | 9.6% |
| IMSS | 6.4% | 6.4% | 12.8% |
| Otro | 6.4% | 9.6% | 16% |
| ¿La última vez que se hizo el Pap...* | | | |
| Se lo ofrecieron? | 9.6% | 29% | 38.6% |
| Usted lo solicitó? | 22.5% | 38.7% | 61.2% |

G_i: Grupo intervención; G_c: Grupo control.

*Información derivada del post-test. Después de la intervención, 3 mujeres del grupo intervención acudieron a realizarse el Pap. Sólo una tuvo éxito ya que una, el día que asistió no hubo labores en el CS y la otra, tras recibir malos tratos por parte del personal del CS, optó por ya no realizarse la prueba (esta mujer se realizó su último Pap hace 7 años). En el caso del grupo control, 4 mujeres acudieron a realizarse el Pap después del pre-test.

Cuadro III. Análisis estadístico Escala Autoeficacia, aplicada a mujeres de 25 a 40 años, Zona noroeste, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

| Grupo | N | Media | DS | Valor p* |
|--------------|----|------------|-----------|----------|
| Intervención | 15 | 0.2406666 | 0.5487449 | 0.0249 |
| Control | 31 | -0.0683871 | 0.4554639 | |

*t-student

Cuadro IV. Resultados Escala Autoeficacia por ítem (G_i y G_c), aplicada a mujeres de 25 a 40 años, Zona noroeste, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

| Variable | Pre-test | Post-test | Valor p |
|--|----------|-----------|---------|
| | | | |
| 1. ¿Qué tan segura está de que usted puede ir a que le hagan su siguiente prueba de Papanicolaou? | 3.93 | 3.89 | 0.4686♦ |
| 2. ¿Qué tan segura está usted de que puede hacer una cita para la prueba de Papanicolaou? | 3.61 | 3.67 | 0.4969* |
| 3. ¿Qué tan segura está de que usted puede seguir haciéndose la prueba de Papanicolaou aunque tuviera que ir a un lugar diferente del que fue la última vez? | 3.39 | 3.61 | 0.1072* |
| 4. ¿Qué tan segura está de que usted puede pedirle a su doctor que le mande hacer una prueba de Papanicolaou? | 4.00 | 3.91 | 0.0376* |
| 5. ¿Qué tan segura está de que usted puede hablar con su doctor o enfermera de hacerse una prueba de Papanicolaou aunque no se lo hayan mencionado? | 3.65 | 3.76 | 0.4508* |
| 6. ¿Qué tan segura está usted de que puede ir a que le hagan una prueba de Papanicolaou aunque le preocupe que le vaya a doler? | 3.54 | 3.83 | 0.0035* |
| 7. ¿Qué tan segura está usted de que puede ir a que le hagan una prueba de Papanicolaou aunque una amiga le haya desanimado de hacérselo? | 4.07 | 4.02 | 0.6739♦ |
| 8. ¿Qué tan segura está de que puede ir a que le hagan una prueba de Papanicolaou aunque tenga que pagarla usted? | 4.00 | 3.80 | 0.0282* |
| 9. ¿Qué tan segura está de que puede ir a que le hagan una prueba de Papanicolaou aunque usted piense que le de vergüenza?♣ | 3.87 | 3.83 | _____ |

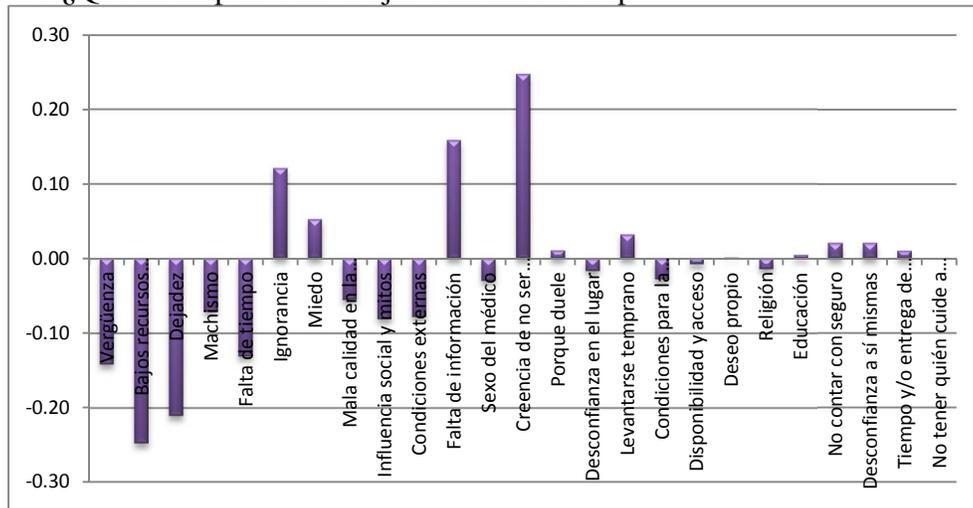
*t-student

♦ Signtest

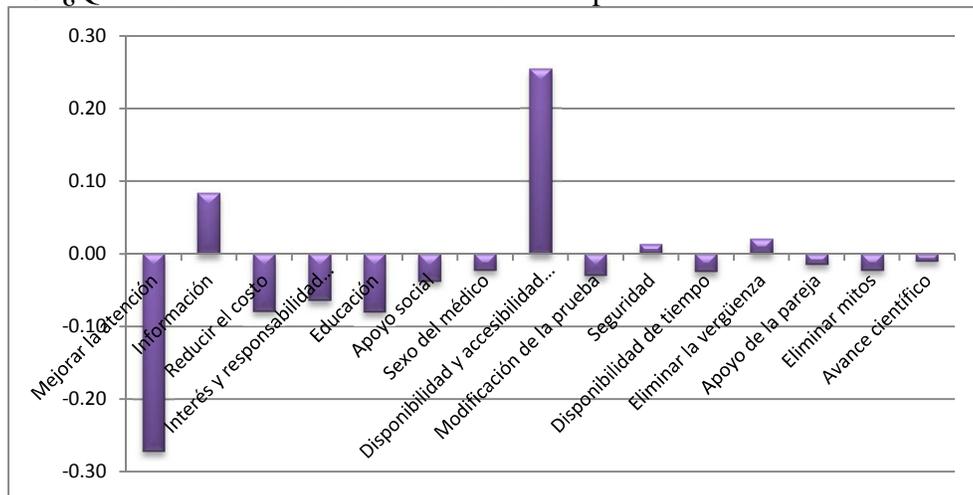
♣ No se tomó en cuenta en el análisis estadístico

Gráfico 1. Listados libres (preguntas 2, 3 y 5) aplicados a mujeres de 25 a 40 años, Zona noroeste, Santa María Ahuacatlán, Morelos, 2010.

Pregunta 2. ¿Qué les impide a las mujeres hacerse el Pap?



Pregunta 3. ¿Qué cosas harían más fácil hacerse el Pap?



Pregunta 5. ¿Qué es lo que no les gusta a las mujeres de hacerse el Pap?

