

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE ESTUDIOS DE POST-GRADO



"ALGUNOS DETERMINANTES PSICO-SOCIALES QUE  
EXPLICAN LA ACTITUD HACIA LA DETECCION  
OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO  
ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN MUJERES MAYORES  
DE 15 AÑOS CON VIDA SEXUAL EN LA CIUDAD  
DE APODACA, N. L.

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE  
MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

MARCELINA CRUZ SANCHEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1988



TM

RC268

C7

C.1



1080070860



DIV. EST. DE POST-GRADO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE ESTUDIOS DE POST-GRADO



FACTORES DETERMINANTES PSICO-SOCIALES QUE  
EXPLICAN LA ACTITUD HACIA LA DETECCION  
OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO  
EN UN ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN MUJERES MAYORES  
DE 50 AÑOS CON VIDA SEXUAL EN LA CIUDAD  
DE APODACA, N. L.

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE  
MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

MARCELA CRUZ SANCHEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1988



TM  
RC 268  
C7



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST - GRADO

"ALGUNOS DETERMINANTES PSICO-SOCIALES  
QUE EXPLICAN LA ACTITUD HACIA LA DE-  
TECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO-  
UTERINO".

ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN MUJERES  
MAYORES DE 15 AÑOS CON VIDA SEXUAL EN  
LA CIUDAD DE APODACA, N.L.

TESIS QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA  
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD  
COMUNITARIA

P R E S E N T A

MARCELINA CRUZ SANCHEZ


Monterrey, N.L. Junio de 1988



DIV. EST. DE POST-GRADO

"ALGUNOS DETERMINANTES PSICOSOCIALES QUE EXPLICAN  
LA ACTITUD HACIA LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER  
CERVICO-UTERINO".

MARCELINA CRUZ SANCHEZ.  
ALUMNA.

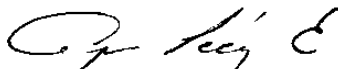
  
LIC. AMPARO PEREZ ELIZONDO.  
ASESOR.

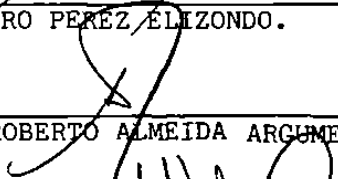
NOTA DE APROBACION

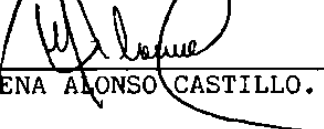
Aprobada por unanimidad

---

COMISION DE TESIS

  
\_\_\_\_\_  
LIC. ENF. AMPARO PEREZ ELIZONDO.

  
\_\_\_\_\_  
DR. SANTIAGO ROBERTO ALMEIDA ARGUMEDO.

  
\_\_\_\_\_  
LIC. ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO.

Monterrey, N.L., Junio de 1988.



**SI LA CIENCIA Y LA EDUCACION, SON  
EL CEREBRO Y EL SISTEMA NERVIOSO  
DE LA CIVILIZACION, LA SALUD,  
ES SU CORAZON.**

**RAYMOND B. FOSDICK**

## DEDICATORIAS

A mis queridos Padres:

Sr. Julio Cruz Rosendo y Audovina Sánchez De Cruz, de quienes he aprendido lo mejor.

A mis Hermanos:

María del Carmen, María del Rosario, Juan (Q.E.P.D), Gerardo, Isaías, -  
Zenaida y Manuel.

A la Lic. Ricarda García Tejero De Gómez

Exdirectora de la Escuela de Enfermería de la U.J.A.T., por brindarme -  
la oportunidad de superación profesional.

A mis compañeros y compañeras de trabajo, de nuestra querida Escuela de  
Enfermería de la U.J.A.T.

## A G R A D E C I M I E N T O S

Al Sr. Ing. Josué Vera Granados, ex-rector de la U.J.A.T. por su apoyo a la superación académica de los docentes de nuestra querida Universidad.

A la Lic. Esther C. Gallegos de Hernández, coordinadora de la oficina de Investigación de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. y docente de los cursos de investigación, mi respeto y agradecimiento sincero.

A la Lic. Carmen Melgoza de Cantú, coordinadora de maestrías de la Secretaría de Post-grado, por su apoyo para la realización de este trabajo.

A la Lic. Amparo Pérez Elizondo, asesora de la tesis.

Al Dr. Santiago R. Almeida, miembro de la Comisión de Tesis.

A la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, directora de la Facultad de Enfermería y miembro de la Comisión de Tesis.

A la Lic. Gloria Acevedo, asesora estadística de la tesis.

A la Lic. Velia Margarita Cárdenas V., auxiliar de la oficina de Investigación por su apoyo durante la elaboración de este trabajo.



A la Lic. Alicia Estrada de Alemán, Secretaria de Post-Grado de --  
la Facultad de Enfermería.

A la Srta. Natalia Muñoz Rentería, técnica de diseño del Centro -  
de Tecnología Educativa de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han colaborado-  
para la elaboración de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Marco social-geográfico de referencia.....	9
1.3 Marco teórico-conceptual.....	14
1.4 Hipótesis.....	23
1.5 Definición de términos.....	24
II.- METODOS	
2.1 Población y muestra.....	27
2.2 Diseño seleccionado.....	28
2.3 Descripción de los instrumentos.....	28
2.4 Procedimientos.....	29
2.5 Estrategias de análisis.....	30
2.6 Características de la población de estudio.....	30
III.- RESULTADOS.....	31
IV.- CONCLUSIONES.....	44
V.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	46
5.1 Limitaciones.....	52
5.2 Recomendaciones.....	54
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	56
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	60
ANEXOS.....	62

## RELACION DE CUADROS, FIGURAS Y ANEXOS

### CUADROS

	Pág.
CUADRO Nº 1	
Nivel de Riesgo e Integración (n=105).....	31
CUADRO Nº 2	
Razones para solicitar atención médica (n=83).....	32
CUADRO Nº 3	
Experiencia previa con la enfermedad e integración (n=105).....	36
CUADRO Nº 4	
Razones expresadas por las mujeres para tomarse el "Papanicolaou" (n=82).....	41
CUADRO Nº 5	
Razones para no tomarse la prueba de Pap. (n=51).....	42

### FIGURAS

FIGURA Nº 1.	
Percepción de Enfermedad y Uso de Servicios Preventivos Expresada por Las Mujeres. (n=105).....	33
FIGURA Nº 2	
Nivel de Autoestima e integración (n=105).....	35
FIGURA Nº 3	
Satisfacción de Necesidades Básicas y de Seguridad e Integración. (n=105).....	37
FIGURA Nº 4	
Conocimiento sobre Cáncer Cérvico-Uterino e Integración. (n=105).....	39
FIGURA Nº 5	
Susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad y niveles de riesgo por grupos. (n=105).....	40



## A N E X O S

	Pág.
1.- Percepción de enfermedad y uso de servicios - preventivos en las mujeres no integradas.....	63
2.- Percepción de enfermedad y uso de servicios - preventivos en mujeres integradas.....	63
3.- Nivel de autoestima e integración.....	64
4.- Nivel de satisfacción de necesidades básicas y de seguridad e integración.....	64
5.- Susceptibilidad percibida para contraer la - enfermedad con niveles de riesgo en mujeres integradas....	65
6.- Susceptibilidad percibida para contraer la - enfermedad con niveles de riesgo en mujeres integradas....	65
7.- Nivel de conocimiento sobre cáncer cérvico- uterino por grupos.....	66
8.- Instrumento de recolección de datos.....	67
9.- Instructivo de llenado y codificación del - instrumento.....	72
10.- Calendarización de actividades.....	80
11.- Presupuesto.....	81

## I.- INTRODUCCION

De todos los tipos de cáncer en México, el cérvico-uterino ocupa el primer lugar como causa de morbi-mortalidad; a pesar del avance en los métodos de diagnóstico y tratamiento, las estadísticas muestran que la frecuencia de esta enfermedad va en aumento confirmándose así su importancia como problema de salud pública.

En el estudio realizado sobre mortalidad por cáncer en la mujer mexicana, durante el período 1967 a 1981<sup>1</sup>, Cisneros y colaboradores encontraron que el cáncer cérvico-uterino ocupó el primer lugar, seguido por el cáncer de mama, los cuales en el período señalado mostraron una tendencia ascendente.

Carrada Bravo<sup>2</sup> estudió la incidencia de cáncer en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en cinco hospitales del Distrito Federal durante el período enero-diciembre de 1983, sus hallazgos demostraron que de 6,074 casos nuevos de cáncer, la mayor frecuencia (38%) correspondió a los tumores malignos de los órganos genitales femeninos (con un total de 2,210 casos). De éstos el primer lugar lo ocupó el cáncer de cuello uterino con un 22.7% de los casos.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de intensificar las actividades de prevención y/o de diagnóstico temprano que de acuerdo con

el Programa Nacional de Salud tienen carácter prioritario.

En lo que respecta al diagnóstico precoz, el objetivo del programa de detección oportuna es precisamente, descubrir en sus etapas iniciales las displasias, por ser la única forma de reducir la morbimortalidad por este tipo de cáncer. Para tal efecto, utiliza la técnica de toma de citología exfoliativa, mejor conocida como "Papanicolaou", ésta incluye -- dentro de sus ventajas ser un método sencillo, inocuo, económico, eficaz (98% de certeza en el diagnóstico) gratuito y aplicable a grandes volúmenes de la población.

Es importante destacar que en los estudios realizados en México, se ha demostrado una mayor frecuencia de displasias a partir de los 35 años de edad y de cáncer in situ a partir de los 45 años. Cabe mencionar que para 1981 sólo al 15% de la población femenina se le tomó la muestra de "Pap" en todo el sector salud.

Estos datos de coberturas bajas, se observan también en algunas comunidades del Estado de Nuevo León específicamente las áreas de Cadereyta y Apodaca, donde la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., a través de su estrategia "Integración Docente Asistencial" brinda atención a la población de sus áreas de influencia. La promoción de la salud es uno de los objetivos básicos por lo que se ha implementado más difusión de todos los programas con énfasis particular en los preventivos y de detección oportuna. Entre ellos se encuentran el programa ampliado de inmunizaciones, -- control del niño sano y detección oportuna de cáncer cérvico-uterino para el cual se observa baja demanda.



Con lo antes señalado puede pensarse que, a pesar de las múltiples acciones oficiales orientadas a la promoción de los programas preventivos y de detección oportuna (específicamente de cáncer cérvico-uterino), existen razones que hacen que la población a la cual está dirigido el programa no asista con la regularidad recomendada.

Es importante definir los motivos por los que dichas campañas de promoción no han tenido los resultados esperados y siendo la enfermera el profesional del área de la Salud en mayor contacto con la población, le corresponde ser el elemento diagnosticador de las causas, así como emprender las acciones correctivas necesarias que se desprendan del diagnóstico mencionado.

De acuerdo con el comportamiento observado entre las mujeres ante el programa mencionado, se puede considerar que el suceso vivido por ellas, que culmina con la aceptación o no de asistir a la prueba puede analizarse desde varios puntos de vista:

- a) Se considera el conocimiento de la enfermedad como un factor motivador, ya que si conocen que el pronóstico del padecimiento es generalmente la muerte, ésto haría que se tomara una acción preventiva.
- b) Otra perspectiva de análisis es la motivación humana, en la cual y, de acuerdo con la escala de Maslow, habría de cubrir las necesidades de carácter dominante antes de dirigir la atención hacia las de orden superior, fenómeno que se relaciona con la autoestima de los sujetos.

c) Otro punto de interés en este análisis se vincula con las creencias sobre salud que posee la gente, particularmente lo que se refiere a la "susceptibilidad percibida" para contraer la enfermedad, según la cual, si ésta situación es percibida como amenazante para el individuo, éste tomará una acción preventiva que reduzca tal amenaza.

Con lo anterior surgen preguntas de más fondo tales como, ¿Qué motivación tienen las mujeres que sí se integran al programa? y ¿En qué difieren de las mujeres que no lo hacen? ¿Cómo perciben los beneficios de la prueba? ¿Conocen a fondo la enfermedad?

En síntesis el problema de investigación que se abordó fue ¿Qué relación existe entre el grado de autoestima y el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino, con el hecho de que las mujeres se integren al programa de detección oportuna de cáncer?

El propósito básico del estudio fue determinar el grado de autoestima y el nivel de conocimientos sobre cáncer cérvico-uterino en las mujeres integradas al programa de prevención y control del mismo, en comparación con un grupo de mujeres que siendo candidatas no estuvieran integradas al mismo programa.

Es conveniente señalar que la dilucidación del problema es de importancia para el personal de salud y específicamente para las enfermeras de trabajo comunitario, visto desde la perspectiva de la educación para la salud. En efecto, conocer las causas de la baja demanda puede sugerir un cambio en el enfoque de la promoción del programa, de manera tal que redunde en el mejoramiento de la salud de la mujer, disminuyendo las

tasas de morbi-mortalidad por ésta enfermedad.

Por otro lado debe señalarse que los resultados pueden ser utilizados por los servicios prestadores de atención a la salud, en relación a como es percibida la detección oportuna de enfermedades por la población, lo que tal vez redunde en una modificación en la política que actualmente se está implementando.

En lo que atañe a las instituciones formadores de recursos humanos-para la salud los datos encontrados en este estudio pueden sugerir una -revisión del enfoque de enfermedad que transmiten a los alumnos enfati--zando el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. En este contexto cabe mencionar la siguiente idea expresada por Galeno en -el Siglo II: "Como la salud precede a la enfermedad en importancia y en el tiempo, hemos de considerar en primer lugar los medios de preservar -la salud y después la mejor forma de curar las enfermedades", (citado en Foro Mundial de la Salud Vol I y II 1980 Pp. 121).

## 1.1 ANTECEDENTES

En México el propósito básico del programa sectorial es, "elevar el nivel de salud de la población procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos más vulnerables".<sup>3</sup>

Un grupo prioritario es el Materno-Infantil pues constituye el 68% de la población y los daños a la salud son del nivel de la Salud Pública por lo elevado de las tasas de mortalidad materna e infantil (40/1000 -- nacidos vivos en área metropolitana y más de 80 en rurales. Mortalidad Materna 1.10/1000 nacidos<sup>4</sup>).

En el grupo de mujeres entre los quince y los cuarenta y nueve años, la mortalidad revela una incidencia relativamente alta de causas que -- tienen relación directa con los servicios de salud como son la atención del parto y la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario.

El sector salud en México, a través del Programa Nacional de Salud 1984-1988 considera dentro de sus programas prioritarios el de prevención y control de enfermedades y accidentes, dentro del cual se encuentra el sub-programa de enfermedades no infecciosas, particularmente las llamadas crónico degenerativas, diabetes, hipertensión arterial y cáncer cérvico-uterino. Dado que éste último es una de las principales causas de muerte en la población femenina, se explicará como funciona este programa actualmente.

En el momento actual existe insuficiente conocimiento científico en relación al origen de la enfermedad (de acuerdo con la sociedad america-

del cáncer) sin embargo se conocen y han delimitado los factores de riesgo asociados con la presencia del padecimiento. Por lo tanto las acciones quedan enmarcadas en la etapa de diagnóstico temprano del mismo, ofreciendo grandes beneficios, pues se ha demostrado entre más temprano se establezca el diagnóstico, mejores son las tasas de recuperación. Para llegar al mencionado diagnóstico se utiliza el método de la citología exfoliativa "Papanicolau"<sup>5</sup>.

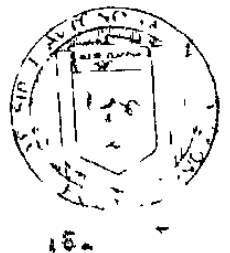
La prueba citológica papanicolaou, consiste en analizar células del cuello uterino obtenidas por raspado o aspiración con pipeta, las que posteriormente son teñidas; el material debe provenir del ectocérvix, de la zona de transformación y del conducto endocervical<sup>6</sup>. La toma de la muestra debe hacerse considerando lo anterior.

El programa está dirigido a la población femenina que haya iniciado vida sexual, incluyendo el grupo de mujeres menopáusicas, en el cual se manifiesta una alta incidencia del padecimiento. Se considera población de alto riesgo a mujeres con las siguientes características: Inicio de relaciones sexuales a temprana edad, mayores de 35 años, multiparidad, falta de higiene genital, compañero sexual no circuncidado, más de un compañero sexual, infecciones genitales frecuentes, en particular antecedentes de infecciones virales, y mujeres con menopausia tardía mayores de 45 años. (Programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino S.S.A. 1986).

Las metas del programa se plantean en relación a la información y educación sobre salud dirigidos a la comunidad y se realizan a través de pláticas conferencias, elaboración de folletos y por la participación de los medios masivos de comunicación.

En cuanto a la prevención y control se establece que la prueba de "pap", se realizará al 50% de la población femenina (mayores de 25 con vida sexual) para 1986, de acuerdo con el Programa Nacional de Salud - que establece alcanzar un 70% para 1988. Con respecto al seguimiento y control, se establece una toma de citología y revisión periódica - - mínimo una vez al año si el estudio anterior se reportó normal. A la población con resultados positivos, se dará atención y seguimiento al 100%. La cifra de casos problema esperados es del 1% (0.5% displasias, 0.5% cáncer).

Según las normas anteriormente expuestas se considera como inte--grada al programa la mujer que se practica la citología al menos una - vez al año, si el previo fué normal; mientras que las que siendo candi--datas, tienen más de un año sin hacerse el estudio o nunca se les ha - practicado se les considera no integradas.





## 1.2 MARCO SOCIAL-GEOGRAFICO DE REFERENCIA

El municipio de Apodaca forma parte, junto con otros seis municipios de la región número siete del Estado de Nuevo León y corresponde al área metropolitana de Monterrey. Geográficamente se localiza al lado noreste de la entidad a una distancia de veintidós kilómetros de la ciudad de -- Monterrey. Tiene una extensión territorial de 250.93 Km<sup>2</sup>, de los cuales 183.5 corresponden a la cabecera municipal. Sus límites son: al norte -- con Salinas Victoria y General Zuazua, al Sur con Ciudad Guadalupe, y -- Villa de Juárez, al este con Pesquería y Marín, al oeste con General Escobedo y un punto con Villa del Carmen. Tiene una altitud de 400 mts, -- sobre el nivel del mar. Su población es de 37,181 habitantes de los -- cuales el 49% son del sexo femenino y 51% son del masculino, según censo de 1980<sup>7</sup>. En relación a la estructura por edad, el 15.2% son menores de cuatro años, el 31.3% pertenecen al grupo de 5 a 14 años. La población femenina en edad fértil (de 15 a 49 años) es de 22.5% (8,366), ésto da -- una proporción de 69% para conformar el grupo materno infantil dato que es equiparable con el porcentaje nacional.

En relación a la vivienda, la misma fuente indica, que se encontraron 6,582 viviendas particulares para un promedio de 5.6 miembros por -- vivienda, de éstas el 58.3% están construídas en su totalidad de tabique o block, mientras que el 41.3% tienen otros materiales (zinc, cartón, -- madera, etc.). En el aspecto de religión el 92.5% del total de la pobla -- ción profesan la religión católica.

Cuenta con Oficinas Municipales, central de autobuses, servicio tele-

gráfico y teléfono. Además de algunos centros industriales como "Car- - plastic", "Unión Carbide", "Supermatic" y "Motores de México" entre otros, que se constituyen en centro de trabajo de la población, no sólo de Apodaca sino de otros municipios del área metropolitana.

Los límites que circunscriben el área central de la cabecera municipal, lugar donde se llevó a cabo la investigación, son los siguientes: - al norte con las colonias Nova Apodaca, Santa Teresita y Burócratas Municipales; al sur con la Carretera Miguel Alemán; al oriente con la Colonia Valle del Mezquital y al poniente con el poblado Agua Fría.

Las vías de acceso a la Ciudad de Apodaca son la autopista Miguel Alemán y la Antigua Carretera a Roma. Existen dos rutas de autobuses la ruta 105 Apodaca y ruta Noreste.

En el aspecto de educación cuenta con una escuela Secundaria, varias primarias y jardines de niños.

Esta comunidad cuenta con servicios primarios como: agua entubada -- no potable intradomiciliaria, luz mercurial y doméstica, drenaje, alcantarillado y pavimentación, seguridad pública y recolección organizada de -- basura.

Su población es de 9,091 habitantes de los cuales del 49.6% son del sexo femenino y 50.4% del masculino, según censo realizado por la Oficina de Investigación de la Facultad de Enfermería 1985<sup>8</sup>. La estructura por -- edad es como sigue: menores de cuatro años 9.9%, de 5 a 14 años el - - - 25.9%; población femenina en edad fértil (de 15 a 49 años) 27.5%. En - - relación a la vivienda se encontraron 1,351 construídas en su mayoría de

block y/o ladrillo, el número total de familias fue de 1,209 (algunas -- viviendas se encontraron deshabitadas).

Los recursos de Salud existentes son: la Unidad Docente Asistencial (Cruz Verde de Apodaca), ocho casas de Salud, una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social y un DIF.

En la Unidad Docente Asistencial Cruz Verde de Apodaca se prestan -- esencialmente servicios de atención primaria de Salud a través de la im-- plementación de los diferentes programas acordes a las necesidades de -- salud de la comunidad. Además se brinda atención de partos eutócicos, -- curaciones y traslados ó referencias de casos al segundo o tercer nivel de atención.

El trabajo en la Cruz Verde de Apodaca se desarrolla bajo los lineau mientos del "Programa Desarrollo de Enfermería" a cargo de la Facultad - de Enfermería de la U.A.N.L. Su enfoque principal es la Integración Do-- cente Asistencial. La Facultad concibe la Integración Docente Asisten-- cial como "una estrategia a través de la cual se facilita la integración temprana y equilibrada del alumno, en los diferentes niveles de atención, en especial, el de atención primaria"<sup>9</sup>. Dicha integración está basada - en una serie de criterios referidos a cómo debe darse el proceso de en-- señanza-aprendizaje del alumno de enfermería en las áreas de prácticas.

Uno de los objetivos específicos de este programa consiste en: Ofreu cer atención primaria en comunidades suburbanas y rurales mediante - - la utilización de unidades de atención médica municipal y los de la Se--

cretaría de Salud en los municipios de Apodaca y Cadereyta a través de los siguientes programas: Atención continua del niño sano; atención prenatal, atención obstétrica, atención del puerperio, planificación familiar, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario y atención del adulto con enfermedades crónicas.

Por lo tanto el trabajo se organiza considerando los programas prioritarios y los objetivos educacionales del alumno (tanto en servicio -- como en docencia), para planear así la asistencia que se proporcionará a la comunidad.

La información de la población candidata a los diferentes programas, es actualizada cada seis meses por los estudiantes y cada año por los -- pasantes de Licenciatura que terminan servicio social, todo ello a través de encuesta y mediante la utilización de hojas de estudio de familia, (hoja frontal). La información de dicha hoja permite además la -- detección de familias críticas, según criterios establecidos por el Departamento de Salud Pública de la Facultad. Cabe mencionar que en todo este proceso se hace promoción de los programas anteriormente mencionados.

Rol de la Enfermería de Salud Comunitaria: "La enfermería de Salud Comunitaria, es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, restauración y conservación de la Salud Comunitaria y ejerce su rol de atención a la comunidad -- de acuerdo con las políticas de Salud del país"<sup>10</sup>. En la actualidad se ha visto en la necesidad de ampliar dicho rol como una estrategia para dar --

respuesta a la extensión de cobertura de Servicio de Salud a poblaciones desprotegidas<sup>11</sup>. La ampliación de sus funciones se basa en la premisa - de que se puede brindar atención a más consumidores a un costo menor, -- sobre todo en áreas marginadas de grandes ciudades y en comunidades rurales.

El ejercicio de sus funciones se desarrolla bajo los lineamientos - de la Atención Primaria de Salud, conceptualizada en la Conferencia In-- ternacional de Alma-Ata como: "Un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, la asistencia de - - salud indispensable en forma tal que resulte aceptable y proporcional a sus recursos y con su plena participación"<sup>12</sup>.

"La implementación de la atención primaria, y por lo tanto, la for-- malización de las nuevas funciones de enfermería en el sistema regionalizado de Salud, exigen del personal de enfermería la comprobación de estas experiencias y la efectividad de sus resultados con el método científico"<sup>13</sup>. Con este fin es que dirige sus esfuerzos hacia la investigación para demostrar los efectos de sus intervenciones y de su mayor ingeren-- cia en las acciones al aplicar los programas prioritarios de atención a la salud. Utiliza así, la investigación como herramienta y medio para - mejorar su práctica profesional y a la vez obtener mejores resultados en la solución de problemas de salud y bienestar de la comunidad.

### 1.3 Marco Teórico-Conceptual

La actitud de las mujeres hacia la toma de citología y por extensión al programa "detección oportuna de cáncer cérvico-uterino" puede ser analizada desde varias perspectivas teóricas. Al seleccionarse aquí las teorías del campo cognoscitivo, la motivación humana de Maslow y el modelo de creencias de salud de Rosenstock, se incluyeron algunos otros estudios que se ligan a éstos y sirven de marco explicativo al problema que se analizó.

Se considera el conocimiento de la enfermedad, las consecuencias de ésta si se llegara a contraer, o qué pueden hacer para evitarla, como factores motivadores para la acción, en este caso una acción preventiva. Al respecto Lazarus<sup>14</sup> en su teoría sobre "búsqueda de información" menciona que los individuos al percibir una amenaza o un evento amenazante, buscan información como primera medida para luchar contra ella; en este punto una función importante es el conocer o reconocer al evento como dañino o amenazante, tal evaluación ayuda a medir el alcance del daño existente o futuro, al mismo tiempo que a aprovechar los recursos para contrarrestar los daños; Lazarus postula que las amenazas son percibidas de continuo; o sea que, el grado de una amenaza es determinada por la cantidad, inminencia y probabilidad de un evento amenazante.

Derdiarian<sup>15</sup> utilizó la teoría de Lazarus en su estudio sobre las necesidades de información en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. En él estableció que la información requerida podía agruparse en cuatro categorías y sobre ellas realizó el análisis. Las categorías son: enfermedad, aspectos personales, familiares y aspectos sociales. Los



resultados mostraron que los pacientes requerían mas información en la categoría de "enfermedad" y específicamente en lo relativo a tratamiento. En el campo de aspectos personales se requería mas información en bienestar físico y psicológico directamente relacionado con tratamiento. En las otras categorías la puntuación fue menor.

Lo anterior llevó a pensar ¿cuál será el conocimiento útil en un adulto? (en este caso usuarias potenciales del programa). El enfoque teórico que mejor aborda la obtención del conocimiento implicado en los programas de Salud es el del campo cognoscitivo. Esta corriente considera al aprendizaje como un proceso de interacción en el cual una persona obtiene nuevas estructuras cognoscitivas ó cambia las antiguas (estructura cognoscitiva significa el modo en que una persona percibe los aspectos psicológicos del mundo personal físico y Social). Según esta teoría el aprendizaje consiste en cuatro tipos de cambios: 1).- En la estructura cognoscitiva (ambiente que incluye a una persona tal como lo conoce ésta), 2).- En la motivación (sentir agrado ó desagrado por determinados aspectos de una espacio vital)., 3).- En la finalidad o ideología del grupo y 4).- En el aumento del control voluntario y la destreza muscular<sup>16</sup>.

Lo fundamental de este enfoque es que el conocimiento se sucede en los individuos en el contexto de su campo cognoscitivo en el cual se conjugan aspectos psicológicos, sociales y físicos de una persona. Cuando una persona percibe una cosa es porque ésta no le es indiferente; el objeto o situación percibida tiene cierto grado de valencias e implica no sólo lo que se piensa o se siente, sino también lo que se siente inclinado a hacer por ella.

Con el fin de entender la conducta del individuo Lewin<sup>17</sup> insistía - que se deben conocer la totalidad de fuerzas que operan en su campo psicológico. Es el campo total, y no los elementos aislados, lo que produce su conducta, además esta conducta siempre tiene lugar en el presente.

La inclusión del ambiente en el concepto de espacio vital, suministra un camino para la incorporación de los conceptos de grupo. En un -- grupo se reconocen dos tipos de fuerzas las cuales se dirigen a un cam-- bio en el espacio vital y son las fuerzas propias y las inducidas. Las primeras son aquellas que surgen de las necesidades de las personas, - - mientras que las inducidas nacen en el entorno ambiental. Lewin señalaba que la influencia mas eficaz para el cambio social es la que involu-- cra las fuerzas propias de los individuos, así como las inducciones que se encuentran en los distintos campos de fuerzas que le afectan desde -- afuera.

La demanda de servicios preventivos, según el planteamiento ante- - rior, se verá influída por la serie de sucesos que acontecen alrededor - de las personas, se puede suponer, y de hecho algunas veces así sucede, que la decisión de asistir o nó a la toma de citología, se determina por las experiencias de amigas y/o familiares mas que por la promoción que - se hace del programa. Por ejemplo, si un familiar cercano o vecina, se enferma o más aún llegara a morir por cáncer cérvico-uterino, es facti-- ble pensar que tal experiencia motivará a buscar o tomar una acción pre- ventiva (motivación externa).

Se reconoce además que adquirir información acerca de los efectos - positivos o negativos de un comportamiento determinado (para fines de --

este estudio los beneficios de la prueba de papanicolaou), no es condición suficiente para lograr un cambio, por lo tanto, y retomando lo antes mencionado, cobra importancia la motivación, ya que es bien sabido, es la fuerza que ocasiona, canaliza, refuerza o cambia un comportamiento, éste puede predecirse sólo en la medida en que se entienden esas motivaciones.

Abraham Maslow<sup>18</sup> elaboró una teoría que explica que el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de cinco -- necesidades que él denominó: necesidades fisiológicas (hambre, sed etc.), de seguridad (posiciones económicas, el ahorro, etc.), de pertenecer y de amor (grupos amigos, familia), necesidades de estima (respeto en uno mismo, logro y respeto de los demás), de realización personal (realizar el potencial propio). Estas pueden, en un momento dado, condicionar su aparición a la satisfacción de las que se colocan en la base de la jerarquía. Se considera que saciar una necesidad inferior es condición de la que depende la aparición de una superior. En consonancia con ello, los individuos se sentirán motivados a satisfacer la necesidad más básica e imperiosa para ellos en un momento determinado<sup>19</sup>.

Este esquema teórico da bases para suponer que la motivación de las mujeres para asistir a la prueba "pap", obedece a la necesidad de allegarse seguridad si perciben a la enfermedad como amenaza a su vida o bienes (tanto individual como familiar), o como un autoaprecio resultante de una estima satisfecha apropiadamente.

Extrapolando la experiencia de otros autores<sup>20</sup> en relación a la precaria situación económica y social de las comunidades mas necesitadas de servicios de salud, puede esperarse que difícilmente se encuentran satisfechos sus requerimientos básicos, por lo que sus mujeres pudieran tener

un concepto devaluado de sí mismas.

Con relación al concepto de autoestima, la mayoría de los investigadores está de acuerdo en que es un fenómeno aprendido que envuelve un -- largo proceso de la vida; éste gira alrededor del individuo con su am-- biente social, esto es, familia de origen, personas significativas en la vida del individuo.

En general el término autoestima se refiere, a la evaluación que -- una persona hace y normalmente mantiene de sí mismo; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el punto hasta el cual la persona se cree capaz, importante, competente y valiosa. La autoestima de una -- persona es un juicio de valor, que se expresa a través de actitudes que mantiene sobre sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transfiere a otras por medio de informes verbales y amplia conducta expresiva<sup>21</sup>.

Se señala, en relación a ésta definición, que la autoestima puede -- variar a través de diferentes áreas de experiencia y de acuerdo al sexo, edad y otras condiciones que definen el rol. Por ejemplo, es concebible que una persona se considere muy valiosa como estudiante, moderadamente valiosa como jugador de tenis y totalmente incompetente como músico. Así mismo el término autoevaluación se refiere a un proceso de juicio en el cual una persona analiza su desarrollo, capacidades y atributos de acuer-- do a estándares y valores personales y llega a una decisión de su valor.

Pocos estudios atribuyen específicamente una relación a las varia-- bles autoestima y prácticas positivas de salud (conductas preventivas). Muhlenkamp y Sayles<sup>22</sup> encontraron tres estudios al respecto. Hallal (1982)<sup>23</sup> encontró que las mujeres que llevaban a cabo el autoexamen del seno tenían

un autoconcepto más alto que aquellas que no se ocupaban de esta práctica. Estos hallazgos eran similares a los de Herold, Goodwin y Lero (1979)<sup>24</sup> quienes reportaron que las mujeres con una autoestima alta, tenían una actitud más positiva hacia el control de la natalidad, además de ser más aptas para obtener y usar anticonceptivos eficazmente. Contrariamente Andreoli (1981)<sup>25</sup> no encontró diferencia significativa en la cuestión de autoconcepto entre las personas hipertensas a quienes se les recetó una terapia y aquellas que no seguían o no cumplían con ese tratamiento.

En base a lo anterior, las autoras analizaron la relación entre autoestima, apoyo social y las prácticas positivas de Salud. Sus resultados mostraron que aquellas personas con muy alta estima, que además percibían su apoyo social como muy adecuado, mantenían más prácticas positivas para la salud que aquellas con un bajo nivel de autoestima y apoyo social.

Otro hallazgo importante fue que las mujeres del estudio tuvieron puntuaciones más altas en las tres variables mencionadas, fenómeno que se atribuye al hecho de que ellas generalmente suelen tener más cuidado de sí mismas que los hombres.

Estos hallazgos sugieren la relación entre aspectos psicosociales y la conducta preventiva, en este caso concreto la decisión de asistir a la toma de la prueba de papanicolaou puede explicarse por el nivel de autoestima, considerando la premisa de que aquellas mujeres con una estima satisfecha adecuadamente se preocupan más por tomar acciones preventivas.

Otro punto de interés en este análisis son las creencias sobre salud acerca del cáncer cérvico-uterino como un factor que puede explicar la conducta de las mujeres hacia la toma de citología. Este hecho es fundamental para el trabajo profesional de la enfermería, ya que conocer como se percibe tanto la enfermedad como el uso de medidas preventivas y/o -- de diagnóstico temprano, es determinante para la promoción de la Salud.

Rosenstock (1966)<sup>26</sup> elaboró un modelo de creencias de salud el -- cual puede ser predictivo de la conducta de salud sobre la toma de acciones preventivas.

Su forma original dice que la gente no parece estar dispuesta a -- tomar acciones de salud a menos que crean que son susceptibles a la enfermedad en cuestión, crean que la enfermedad tendrá serios efectos en -- sus vidas si la contraen, conocen o saben de ciertas acciones que pueden tomar y creen que estas acciones reducen la probabilidad de contraer la enfermedad y/o su severidad, y por último creen que el daño o consecuencia que les llegue por tomar dicha acción no es de la misma magnitud que el daño que puede causar la enfermedad en sí.

Este planteamiento encierra dos cosas, por un lado el grado en que una persona se siente susceptible a una condición y por otra la severidad que esa condición tendrá en su vida.

En este contexto es factible suponer que las mujeres que no asisten a la toma de la prueba tal vez no perciban el daño de la enfermedad, es decir la combinación de susceptibilidad percibida y la severidad, así -- mismo puede ser que les resulte intolerable creer que pueden llegar a -- enfermar de cáncer, lo que en resumidas cuentas influye en la toma de --



una acción preventiva que evidentemente no aparece como necesaria.

Stillman<sup>27</sup> en su estudio sobre las creencias de salud acerca del --  
cáncer de seno y de autoexamen del seno, encontró que la mayoría de las--  
mujeres que se consideraban muy susceptibles al cáncer mamario o que pen--  
saban que la autoexploración significaba beneficios, efectuaron autoex--  
ploración con mas frecuencia que las que se consideraban con susceptibi--  
lidad baja al cáncer de mama. Otro hallazgo significativo fué el senti--  
miento de pena, el cual parece ser un factor bastante importante para --  
evitar la práctica, aún dándose puntuaciones de "alta susceptibilidad" -  
apoyando la tesis del modelo de creencias de salud el cual establece que  
los efectos negativos pueden restar peso a los beneficios positivos.

En relación con el modelo, Kegeles y otros<sup>28</sup> publicaron los resul--  
tados de una encuesta nacional (en Estados Unidos) sobre las creencias -  
de salud y acciones preventivas concernientes al cáncer, tuberculosis y--  
enfermedades dentales. Los hallazgos relacionados con el examen de ----  
"papanicolaou" revelaron que el grupo de mujeres entre los 35 á 44 años--  
de edad reportaron el mayor uso de este examen, así como las de más alto  
nivel de educación, ingresos y clase ocupacional. Además las mujeres que  
creen que la detección oportuna de cáncer es benéfica, reportaron sobre--  
llevar mejor el examen que aquellas que no tienen esa creencia. Sin em--  
bargo, se encontró también que aún mujeres con la correcta creencia no -  
se practicaban frecuentemente el "pap" y mencionaron habérselo practica--  
do como parte de un exámen físico y no específicamente relacionado con -  
la detección oportuna del cáncer.

Como puede verse el proyecto implicó la revisión de variables de --

tipo psicosocial, buscando establecer relaciones de dependencia que explicaran el fenómeno de asistencia a la prueba de papanicolaou teniendo siempre presente que la génesis de la conducta es multicausal y por lo tanto su explicación difícilmente puede ser dada desde un solo punto de vista.

Tomando en cuenta lo anterior es que se seleccionaron las teorías explicativas. En el caso de la motivación la teoría de Maslow establece un marco de referencia compatible con algunas conductas observadas en el trabajo comunitario por la enfermera.

Por otro lado el Modelo de Creencias de Salud, como ya se mencionó, provee a la enfermería de Salud Comunitaria de estrategias para el cambio así como también para un asesoramiento eficiente.

Finalmente la teoría del Campo Cognoscitivo de Lewin, aborda el conocimiento desde una perspectiva global es decir toma en cuenta al individuo y su medio ambiente social y psicológico así como sus intereses, lo que es fundamental en la implementación de programas de educación para la salud.

## 1.4 HIPOTESIS

- a).- La percepción de la enfermedad se asocia en las mujeres con la presencia de signos y síntomas, por lo que no utilizan los servicios preventivos de detección oportuna.
- b).- El hecho de que la mujer se siente querida y apreciada por su familia le motiva a preocuparse por su salud.
- c).- Las mujeres candidatas al programa de D.O.C. cérvico-uterino - que han tenido una experiencia previa indirecta con la enfer--medad, asisten con más regularidad a la toma de citología que aquellas mujeres que no han tenido tal experiencia.
- d).- La asistencia de las mujeres al programa de D.O.C. c-ervico-uterino está relacionada con la satisfacción previa de las ne-cesidades de supervivencia y seguridad.
- e).- El desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino influye en las mujeres para asistir a la toma de citología.

## 1.5 DEFINICION DE TERMINOS

- a).- Integración al programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino: Se consideró como integradas al programa a todas aquellas mujeres mayores de quince años que hayan iniciado vida sexual y que se hayan efectuado la prueba de papanicolaou en el período octubre de 1986 a octubre de 1987.
- b).- No integración al programa: Mujeres mayores de quince años que hayan iniciado vida sexual y que nunca se hayan efectuado la prueba de papanicolaou o que el último estudio haya sido realizado antes de octubre de 1986.
- c).- Percepción de la enfermedad: Formas en que se describe a una persona enferma en relación a la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene personal), al desempeño del trabajo diario, interacción social, y a la presencia o ausencia de signos y síntomas.
- Toda respuesta positiva se considera como percepción adecuada y la negatividad de respuesta se considera como ignorancia.
- d).- Uso de servicios preventivos de atención a la salud; acudir sin estar enfermo ó utilización de consulta prenatal, examen médico periódico, algún tipo de medición (Presión arterial, Glucosa, etc.) odontología preventiva, toma de citología, planificación familiar. Toda respuesta positiva a la utilización se consideró como verdadera.
- e).- Conocimiento sobre cáncer cérvico-uterino: Reconocimiento de

factores de riesgo, (edad, inicio de vida sexual activa, paridad, número de compañeros), diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Toda respuesta positiva se consideró como conocimiento y la negatividad o inseguridad de la respuesta se consideró como no - conocimiento.

- f).- Experiencia previa indirecta con la enfermedad: Son los contactos que haya tenido la mujer con la enfermedad a través de familiares cercanos, que estén enfermas o hayan padecido la enfermedad en alguna de sus formas (displasia severa, Ca in situ, Ca,-invasor), amigas o vecinas en la misma situación.
- g).- Susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad: Es la expresión de la entrevista sobre la aceptación de que ella tiene determinados factores que la convierten en candidata a tener la enfermedad, se consideró positiva la aceptación y negativo el rechazo o ignorancia.
- h).- Autoestima: Evaluación que una persona hace y mantiene de sí misma, actitud de aprobación o desaprobación que indica el punto hasta el cual la persona se cree capaz, importante y valioso. Medida a través de las puntuaciones obtenidas en el test de autoestima de Coopersmith.
- i).- Nivel de satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad, nivel en que se encuentran satisfechas (o no) las necesidades de alimentación (estado nutricional, porcentaje del ingre-

so destinado a alimentación, tipo de nutrientes en la dieta), seguridad física de la vivienda (material de construcción, tipo de tenencia), seguridad económica (número de personas que trabajan, ingreso mensual aproximado, trabajo fijo ó eventual).

j).- Prueba citológica de Papanicolou: Consiste en analizar células del cuello uterino obtenidas por raspado o aspiración con pipeta, las que, posteriormente, son teñidas; el material debe provenir de ectocérvix, de la zona de transformación y del conducto endocervical.

## II.- METODOS

2.1 Población y muestra: La población considerada fué la que habita en la cabecera municipal de Apodaca, N.L. Los sujetos fueron mujeres mayores de quince años que hubieran iniciado vida sexual. El número global de mujeres de más de 15 años captadas a través del censo era de 2,821. Ante la imposibilidad de contar con un listado de los sujetos de estudio, se procedió a numerar las hojas frontales para estudio de familia de trece sectores de la ciudad, para ello se partió de los siguientes supuestos: que se encontraría en población abierta un grupo de mujeres integradas al programa y un grupo de no integradas; que se hallaría una mujer candidata al programa por cada vivienda que se visitara. Todo ello se comprobó en la aplicación de la prueba piloto. Se determinó el tamaño de la muestra a través de la fórmula  $n = z^2 \frac{pq}{d^2}$ . Se tomó en cuenta una proporción de cobertura del programa de 40% para la cabecera municipal (dado por la unidad docente asistencial del mismo lugar), dando una muestra de noventa sujetos. A esta n se le aumentó un 20% por rechazos y un 20% por domicilios falsos o deshabitados, quedando una muestra final de 126 sujetos de los cuales se entrevistaron 105. La selección de ellos se hizo a través del muestreo aleatorio simple, teniendo como unidad muestral las hojas frontales para estudio de familia. Como ya se indicó, se listaron progresivamente dando un total de 1,209. Posteriormente, usando la tabla de números aleatorios se llevó a cabo la elección.

2.2 Diseño del Estudio: Las variables que se midieron en este estudio, - (conocimiento, autoestima, satisfacción de necesidades, susceptibilidad percibida, etc.) son del tipo nominal y ordinal, por tal motivo, se seleccionó el método de la encuesta por muestreo, con un diseño - de corte transversal único.

2.3 Descripción de los instrumentos: Para la recolección de la informa-- ción se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas in-- tegrado por cuatro secciones. La primera de ellas contenía informa-- ción acerca de datos generales y factores de riesgo de la entrevistada, la segunda parte indagó sobre la percepción de la enfermedad, -- así mismo, el uso de servicios médicos preventivos por la entrevistada, una tercera sección contenía preguntas sobre la satisfacción de necesidades básicas y de seguridad física de la vivienda y económica, por último la cuarta parte se integró con preguntas cerradas en su - mayoría, sobre el conocimiento acerca del cáncer cérvico-uterino, -- susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad y razones - -- para acudir o no acudir a la toma de citología, haciendo un total de treinta y nueve preguntas. Para la prueba piloto de este instrumen-- to se seleccionó una muestra aleatoria de diez mujeres de la pobla-- ción objetivo, se identificaron y ubicaron sus respectivos domici-- lios, efectuándose las entrevistas posteriormente. Este procedimiento permitió medir el nivel de comprensión de las preguntas por parte de la entrevistada y el tiempo promedio de duración de la entrevista, dando como resultado modificaciones de algunas preguntas y la elimi-- nación de otras, que no aportaron información válida para los propó--



sitos del estudio (Anexo No. 8).

Para medir la variable "autoestima" se utilizó el inventario de autoestima de Coopersmith en su forma adulta, éste consta de veinticinco items, y fue autoadministrado bajo la supervisión del encuestador. (SEI, Self-Esteem Inventory, Stanley Coopersmith Ph.D. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto CA). Para obtener las puntuaciones de autoestima por cada cuestionario se utilizó la clave de respuestas, y se multiplicó por cuatro cada acierto, la puntuación máxima posible era de 100 ( $25 \times 4 = 100$ ). No existen puntuaciones exactas para niveles altos, medios y bajos de autoestima, éstos varían según las características de la muestra y la distribución de puntajes. Para el SEI, los puntajes altos corresponden a una alta autoestima y los puntajes bajos a una autoestima baja dentro de una población dada<sup>29</sup>. Por esta razón se utilizó el inventario directo, en una población culturalmente diferente.

2.4 Procedimientos: Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en el hogar a través de la técnica de visita domiciliaria; para ello, una vez determinado la vivienda se tomó el domicilio de la hoja frontal, el cual posteriormente se localizó en el plano de la ciudad. La recolección de datos se realizó en el mes de Octubre de 1987. Se estimó conveniente que los encuestadores fueran mujeres con cierta experiencia en la técnica de entrevista; a ellas se les dió adiestramiento en cuanto al llenado del cuestionario a través del instructivo de llenado y codificación.

2.5 Análisis estadístico: Como ya se mencionó las variables estudiadas se midieron en escalas de tipo ordinal y nominal en general, debido a ello el análisis estadístico que se utilizó fue no paramétrico, - las pruebas de hipótesis empleadas Chi cuadrada de independencia y U de Mann Whintney. La primera de ellas se usó para determinar la significación de las diferencias entre los grupos. En la segunda - su utilización permitió ver si la media de las puntuaciones de auto-estima y conocimiento sobre la enfermedad eran iguales, cabe acla--rar que el uso de esta prueba no exige la igualdad del tamaño de -- las muestras. ( $n_1=51$ ,  $n_2=54$ ). El procesamiento estadístico de los datos se hizo por computadora utilizando para ello el programa - -- SPSS.

2.6 Características de la población de estudio. Se entrevistó un total de 105 mujeres de las cuales el 48.6% se clasificó como no integra--das y el restante 51.4% como integradas. La edad mínima fué de 16 años y la máxima de 72 años. Por grupos de edad las frecuencias -- mas altas se obtuvieron en los intervalos de 35 á 39 y 50 á 54 años. Estado civil: el 92.4% están casadas, 3% viudas, 2% separadas, .95% en unión libre, soltera y/o divorciada. Escolaridad: el 76% tuvo - una escolaridad menor o igual a primaria; el restante 24% fué de -- más de primaria. Lugar de nacimiento: el 63% nació en áreas urba--nas, el 27% en áreas rurales y el 10% en áreas sub-urbanas. Reli--gión, el 89% manifestó profesar la religión católica, el 9% es pro--testante y un 2% no es creyente.

### III.- RESULTADOS

Nivel de Riesgo: para medir el nivel de riesgo se tomaron los siguientes indicadores, edad, inicio de vida sexual activa, número de hijos, abortos y número de compañeros sexuales, el Cuadro No. 1 resume los hallazgos:

CUADRO No. 1

#### NIVEL DE RIESGO E INTEGRACION

	Grupo no integrado		Grupo integrado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Riesgo medio	27	53	36	67	63	60
Alto Riesgo.	24	47	18	33	42	40
T o t a l	51	100	54	100	105	100

FUENTE: Concentración Preg. No. 4,8,9,10 y 11

Como puede verse no se obtuvieron frecuencias en el rango de riesgo bajo. Llama la atención la proporción de mujeres de alto riesgo sin control ya que esta población es el objetivo del programa.

Con relación a las hipótesis la primera de ellas establece que la enfermedad se asocia en las mujeres con la presencia de signos y síntomas, (control prenatal, algún tipo de medición de glucosa, presión arte-

rial, odontología preventiva, prueba "pap"). Los indicadores que se midieron fueron: las formas en que se describió a una persona enferma, la razón por lo que acudió a consultar y la solicitud de servicios preventivos.

Del total de mujeres de la muestra solo el 79 % había solicitado atención médica en el año anterior a la entrevista, el Cuadro No. 2 resume las razones por las que acudieron.

CUADRO No. 2

## RAZONES PARA SOLICITAR CONSULTA MEDICA

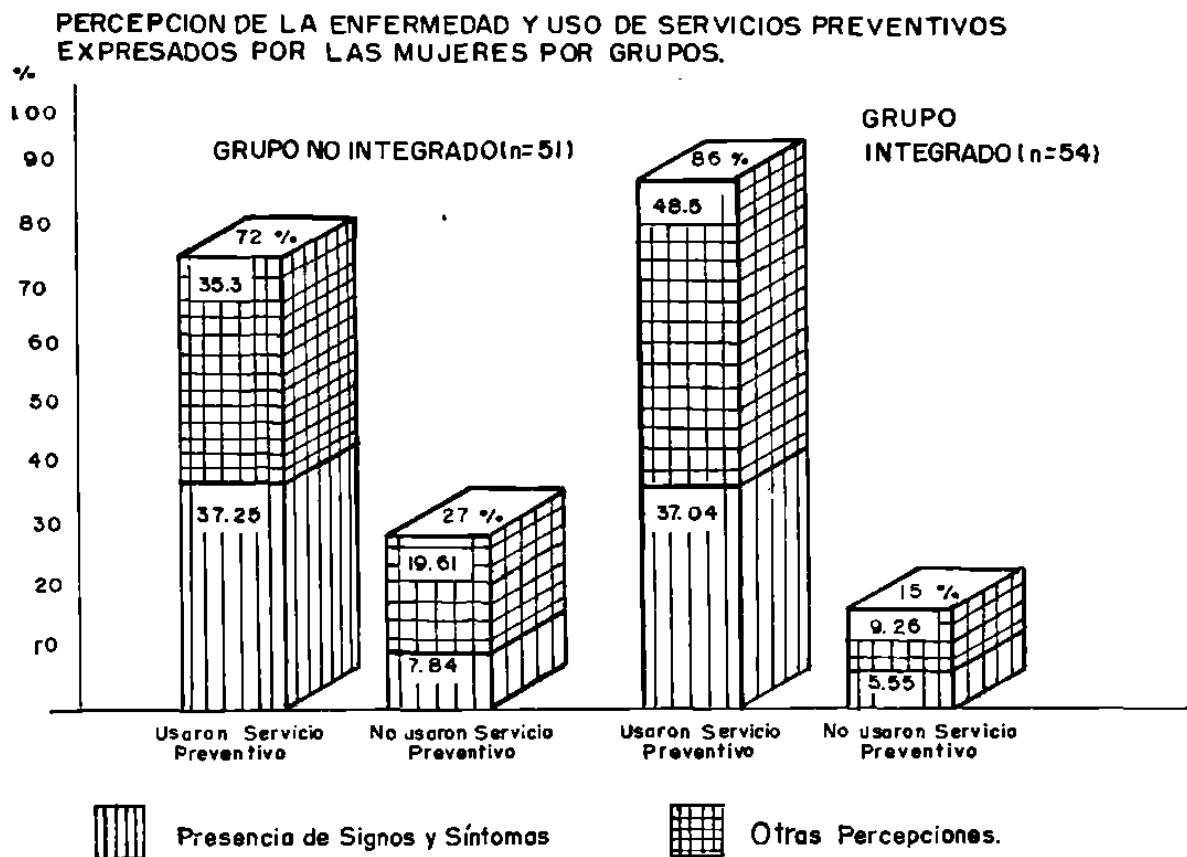
	Grupo no integrado		Grupo integrado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Signos, síntomas y limitaciones.	34	85	38	88	72	87
Consulta de Orientación	6	15	5	12	11	13
T o t a l	40	100	43	100	83	100

FUENTE: Entrevista directa.

Los porcentajes más altos se obtuvieron en el rango de "signos, síntomas y limitaciones", lo que de primera intención hace pensar que las mujeres tienen una percepción de la enfermedad como incapacidad física.

Al analizar el uso de servicios preventivos y la descripción de la persona enferma se encontró lo siguiente: Figura No. 1

FIG. No. I



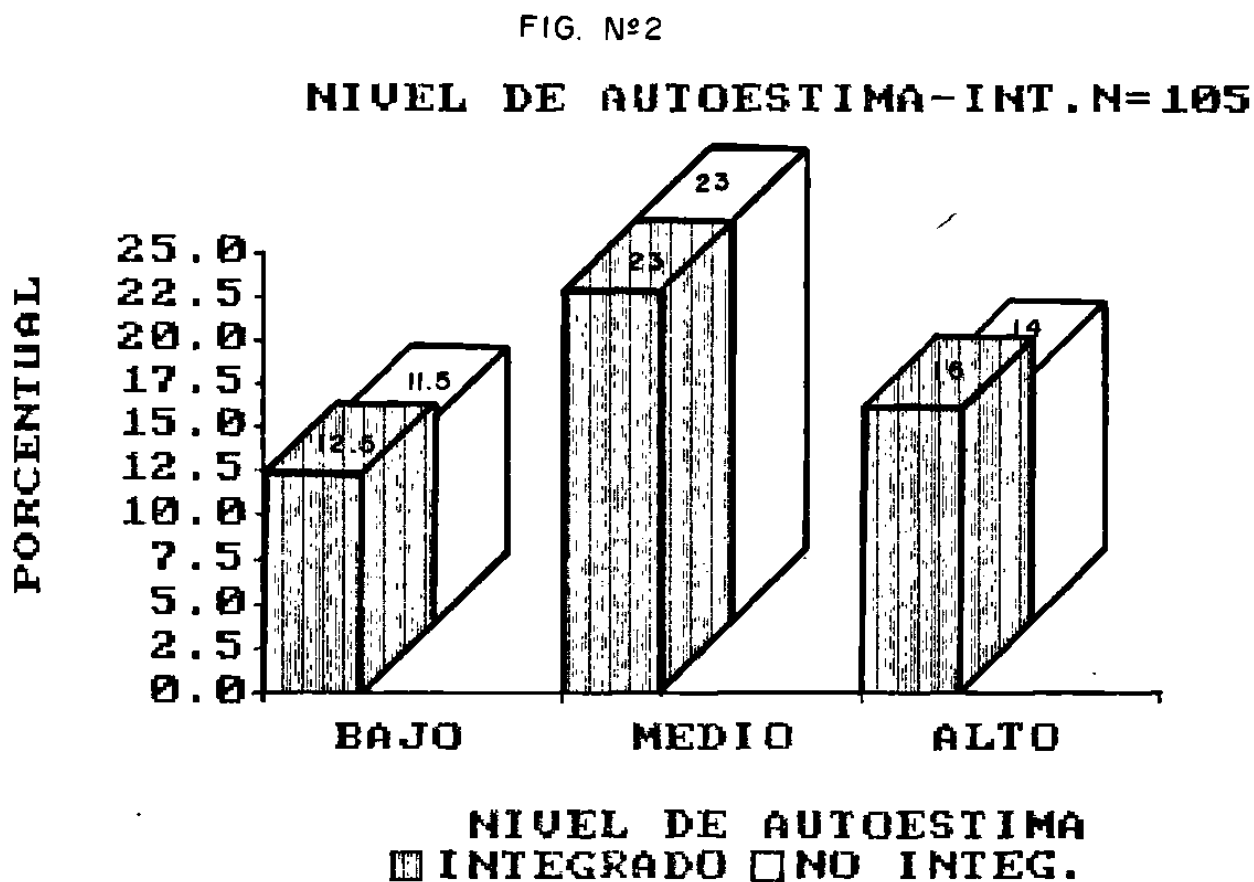
Es evidente que una alta proporción de la muestra utilizó algún servicio preventivo, resultados similares se obtuvieron para la percepción de enfermedad como "la presencia de signos y síntomas". No se encontró -- dependencia significativa al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada -- con  $p \leq .05$   $gl = 1$  ( $X_{GI}^2 = .0996$ ,  $X_{GNI}^2 = 2.13$ ).

Esta situación encontrada (alta demanda de servicios preventivos)- puede explicarse en base a los programas de medicina preventiva que lleva a cabo la seguridad social, debido a que la mayoría de las entrevistadas pertenecen a ella. Aquí, según versión de las mujeres de la muestra, se les niega la consulta médica si antes no se toman las pruebas de diabetes, hipertensión arterial y/o papanicolaou. De otra manera se puede pensar que existe una contradicción, ya que si en general los sujetos - buscan atención sólo cuando existen signos, síntomas y limitaciones, es muy probable que haya escasa utilización de los servicios preventivos - y/o detección oportuna.

Con respecto a la segunda hipótesis el enunciado dice: El hecho de que la mujer se sienta querida y apreciada por su familia le motiva a preocuparse por su salud. Para fines de este estudio se tomó la primera parte del enunciado anterior como el grado o nivel de autoestima y la segunda como la integración al programa "detección oportuna del cáncer".

El indicador de esta variable fué la puntuación obtenida en la forma adulta del inventario de autoestima de Coopersmith. Con relación a ello se tiene que la puntuación más baja fue de 28 y la más alta de 96- (eliminando la posibilidad de partir de cero), con un rango de 68; cabe mencionar que ambas puntuaciones se registraron en el grupo no integrado; la media aritmética para este grupo fué de 62 con una desviación estándar de 16, mientras que para el otro grupo la media fué de 68 con una desviación estándar de 13.

Las puntuaciones obtenidas se clasificaron en tres rangos, bajo, medio y alto, la Figura No. 2 muestra los datos encontrados:



Como puede verse no hubo mucha diferencia entre los grupos, la mayor proporción está en los rangos medio y alto. Con la finalidad de verificar si las medias de las puntuaciones de ambos grupos eran iguales (hipótesis nula) se aplicó la prueba estadística U de Mann Whintney; -- los resultados mostraron evidencia estadísticamente significativa al -- nivel  $p=.10$  para concluir que la media de los puntajes de autoestima es más alta en el grupo de mujeres integradas ( $U=1106.5$ ,  $z= -1.7402$ ,  $p=.0818$ ).

En relación a la tercera hipótesis se plantea que: las mujeres que han tenido una experiencia previa indirecta con la enfermedad asisten con mas regularidad a la toma de citología que aquellas mujeres que no han tenido tal experiencia.

Del total de la muestra sólo el 25 % ha tenido una experiencia -- con la enfermedad como puede observarse en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 3

## EXPERIENCIA PREVIA CON LA ENFERMEDAD E INTEGRACION

	Grupo no integrado		Grupo integrado.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con experiencia previa.	16	31	10	18.5	26	25
Sin experiencia previa.	35	69	44	81.5	79	75
Total	51	100	54	100	105	100

FUENTE: Entrevista directa

$$X^2 = 2.326 \quad gl= 1 \quad 0.20 \leq p \leq 0.10$$

Al aplicar sobre estos datos la prueba estadística  $X^2_1$  no se obtuvo diferencia significativa a nivel de  $p \leq .05$  entre los grupos. Llama la atención el hecho de que la proporción más alta de las mujeres que han tenido experiencia previa con la enfermedad se encuentra en el grupo sin control.

Otro aspecto que se revisó fue la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad, el enunciado dice: la asistencia a la toma de citología está relacionada con la satisfacción previa de las necesidades de supervivencia y seguridad. Para poner a prueba esta hipótesis se



tomaron en cuenta los siguientes indicadores: disponibilidad de efectivo para alimentos por semana (se comparó con el efectivo mínimo para una dieta de bajo costo proporcionado por la Sección de Nutrición de la Facultad de Enfermería U.A.N.L.) ingesta de nutrientes en una dieta reciente, estado nutricional, tenencia y material de construcción de la vivienda, seguridad física de la vivienda, número de personas que trabajan, empleo fijo o eventual. A cada ítem se le asignó una calificación relativa a nivel de satisfacción clasificándolo en tres rangos con las siguientes denominaciones: necesidades no satisfechas, medianamente satisfechas y satisfechas. En la Figura No. 3 se observaron los resultados encontrados.

#### SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS Y DE SEGURIDAD POR GRUPOS (n = 105)

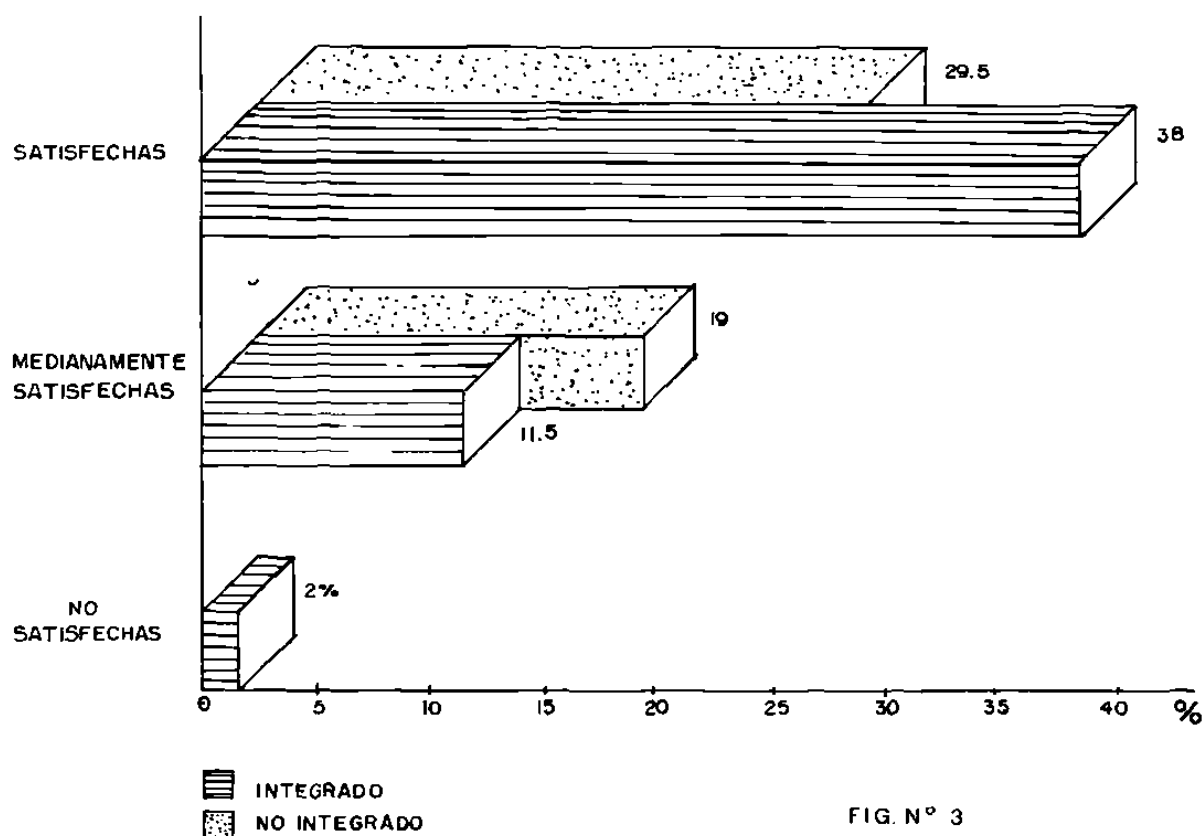


FIG. N° 3

A través de la gráfica puede evidenciarse que la mayor proporción se captó en el rango de necesidades satisfechas para ambos grupos. La prueba estadística  $X^2_1$  no mostró diferencia significativa con  $p \leq .05$  -- ( $X^2_c = 3.015$ ,  $X^2_t = 3.84$ ,  $g_1 = 1$ ). considerar como significativo el resultado sólo cuando  $p \leq .05$  aseguraba una mayor confiabilidad de los resultados, sin embargo también aproximaba a incurrir en el error de tipo dos, ya que como puede verse la  $X^2$  calculada se aproxima al área del rechazo.

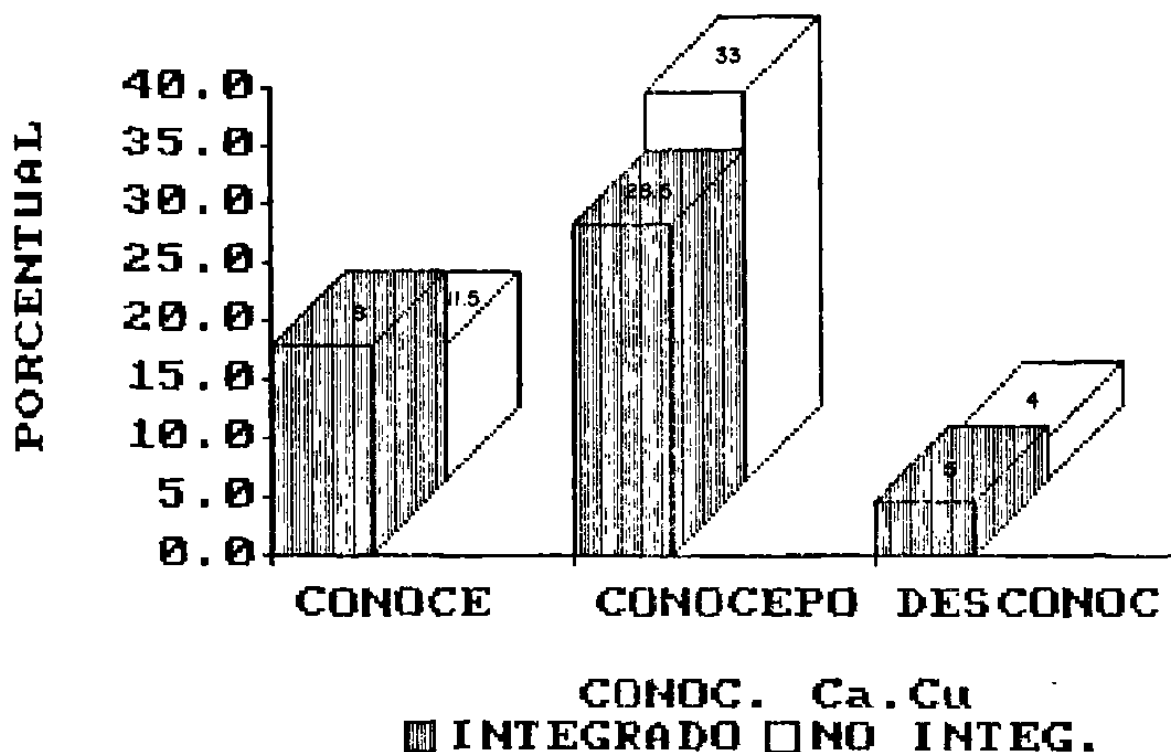
En lo que respecta al área de "conocimiento de la enfermedad" se exploraron los siguientes indicadores: influencia de los factores de riesgo (paridad, inicio de vida sexual activa, higiene genital, edad, número de compañeros sexuales), periodicidad del examen, métodos de tratamiento del padecimiento y pronóstico del mismo.

Los items que marcaron diferencias entre los grupos (de comparación) fueron: la influencia del inicio temprano de las relaciones sexuales (menos de 17 años), la promiscuidad sexual, el conocimiento de la edad de alto riesgo y el pronóstico de la enfermedad; otro dato interesante fué que un 27.5 % de mujeres del grupo sin control manifestaron no tener información sobre la periodicidad de la prueba.

Con el fin de establecer un criterio global acerca del conocimiento de la enfermedad se dieron puntuaciones a las respuestas y se clasificaron en tres rangos: conoce, conoce poco y desconoce. La Figura No. 4 muestra los resultados obtenidos.

Fig Nº 4

### CONOC. SOBRE Ca. Cu. N=105

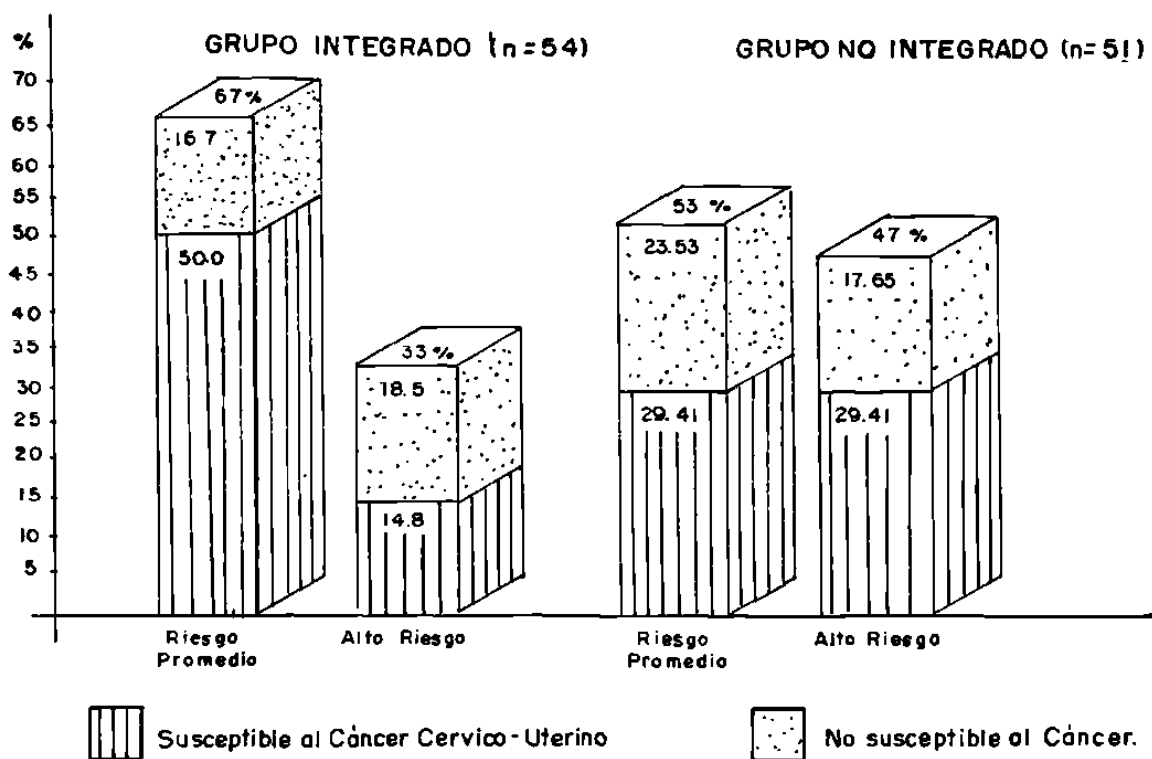


Es evidente que hubo poca diferencia entre los grupos, lo más significativo se observó en el rango conoce. Sobre las puntuaciones (sin agrupar) del conocimiento se aplicó la prueba U de Mann Whitney con un nivel de significancia de  $p \leq .05$ ; la hipótesis a comprobar fué que las puntuaciones acerca del conocimiento sobre la enfermedad son más altas en el grupo con control. Los resultados mostraron evidencia significativa al nivel de  $p \leq .05$  para rechazar la hipótesis de igualdad ( $U=1073$ ;  $Z=-1.9653$ ;  $p= 0.494$ ). Estos resultados se reflejan en el análisis de cada ítem como ya se mencionó no en todos hubo diferencias.

Para medir la susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad se cuestionó lo siguiente: ¿cree usted que se pueda llegar a enfermar de cáncer?; así mismo se correlacionó esta variable con los niveles de riesgo anteriormente mencionados. (Ver cuadro No. 1) La Figura No. 5 muestra los resultados encontrados.

FIG No.5

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA POR LAS MUJERES PARA CONTRAER EL CANCER CERVICO UTERINO CON NIVELES DE RIESGO POR GRUPOS.



Como puede observarse las proporciones de susceptibilidad son relativamente altas en ambos grupos y, además este criterio parece ser independiente del nivel de riesgo por lo menos en el grupo sin control, donde a pesar de sentirse susceptibles y tener un alto nivel de riesgo no asisten a la toma del "pap".

Con el propósito de conocer, en lo posible, las razones que llevan a las mujeres a tomarse el exámen se preguntó acerca de los motivos que tuvieron para tal acción. El Cuadro siguiente resume los hallazgos.

CUADRO No. 4

RAZONES EXPRESADAS POR LAS MUJERES  
PARA ASISTIR A LA TOMA DE CITOLOGIA

	No integradas N <sub>1</sub> =28		Integradas N <sub>2</sub> =54		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fué a consultar por otra causa y la — enviaron a citología	7	25	23	42.6	30	36.6
Rutina, control periódico sugerido — por el médico.	9	32.14	15	27.78	24	29.3
Le insistieron los — estudiantes de Enfermería.	7	25	8	14.82	15	18.3
Medida preventiva — para conocer su estado de salud.	5	17.86	6	11.11	11	13.4
Difusión menstrual	-	-	2	3.7	2	2.4
Total	28	100	54	100	82	100

FUENTE: Entrevista directa.

A través del cuadro puede advertirse una alta proporción en el apartado "fue por otra causa y la enviaron a citología"; este hallazgo se re-

laciona con la solicitud de servicios preventivos revisados anteriormente (Ver Fig. No. 1), según la cual se niega la consulta si no acuden -- primero a medicina preventiva. Esto sugiere que en el futuro las mujeres consideradas en este momento como integradas y que dieron esta razón como causa de su integración no asistirán con la regularidad recomendada, hecho que ya se evidencia en el grupo de mujeres no integradas y que alguna vez se tomaron la prueba.

Una segunda razón de la asistencia se relaciona con las "sugerencias del médico" encontrando poca diferencia entre los grupos. Se puede visualizar que un porcentaje relativamente bajo mencionó tomar la prueba como medida preventiva para conocer su estado de salud.

En relación a la argumentación dada para explicar la razón de la no asistencia, el cuadro siguiente muestra lo encontrado:

CUADRO No. 5  
RAZONES EXPRESADAS POR LAS MUJERES  
PARA NO PRACTICARSE LA PRUEBA

R a z ó n	No.	%
Siente pena y temor por el tipo de exámen	9	17.65
Desidia o flojera	33	64.71
No presenta signos y/o síntomas	3	5.9
Le preocupa conocer el resultado.	4	7.84
Desconocía la prueba	2	3.9
t o t a l	51	100.0

FUENTE: Entrevista directa

Como puede verse un porcentaje alto señala como razón principal la

desidia, que se puede interpretar como desinterés hacia una acción preventiva de salud, que evidentemente no aparece como prioritaria. Otro hallazgo importante es el sentimiento de pena y temor por el exámen. -- Muy probablemente estos aspectos subyacen en el anterior (desidia) pero no se hizo explícito, dejando sólo la respuesta superficial.

#### IV.- CONCLUSIONES

La enfermedad es percibida como la presencia de signos y síntomas, sin embargo tal percepción no influyó de manera decisiva en el uso de servicios preventivos y de detección oportuna en los grupos de comparación.

Las mujeres que se clasificaron como integradas al programa tuvieron puntuaciones más altas en el inventario de autoestima de Coopersmith.

La experiencia previa indirecta con la enfermedad no influyó directamente en la integración al programa "detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

Con base, en los resultados es probable que la integración al programa tenga alguna relación con la satisfacción previa de las necesidades de supervivencia y seguridad.

Las mujeres del grupo integrado tuvieron más conocimiento acerca del cáncer cérvico uterino. La diferencia básica se encontró en el conocimiento de los factores de riesgo.

La susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad fue alta en ambos grupos. Sin embargo parece no tener influencia en la integración, hecho que se acentuó más en el grupo de mujeres de alto riesgo sin control.



Las mujeres en su mayoría se practicaron la prueba de "papanicolaou" por "coerción" de los servicios de salud y por sugerencias del médico.

En general las mujeres no acuden a la toma del "pap" por "desidia".

## V.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Algunos autores mencionan que en una comunidad medicalizada como -- la nuestra, que sólo percibe la necesidad de un servicio cuando está enferma o tiene problemas, no demandará servicios preventivos o de educación, sólo servicios terapéuticos cuando sean accesibles y haya información suficiente sobre ellos (Costa y López 1986, Pp. 107). En el presente estudio se encontró una alta proporción de uso de servicios preventivos, pero se observó también que dicha utilización no es espontánea -- sino mas bien de tipo "coercitivo", lo que predispone en el futuro a la no utilización de ellos. Tal vez si esta situación se acompañara de una buena dosis de información y educación para la salud, sobre todo de los factores de riesgos y los beneficios de la detección oportuna es posible que se logre la concientización de la población.

En las mujeres de la muestra se encontró que percibían la enfermedad como "la presencia de signos y síntomas" sin embargo no se obtuvieron resultados significativos al relacionarlo con el uso de servicios -- preventivos por las razones anteriormente señaladas. Aquí se sugiere que si desea probar la relación mencionada, será conveniente tomar en cuenta la utilización de servicios preventivos en una base netamente voluntaria.

Por otro lado los resultados relacionados con la autoestima sugiere---

ren que puede existir relación entre esta variable y la decisión de tomarse la prueba de papanicolaou, ya que se encontró que las mujeres del grupo integrado tuvieron puntuaciones más altas en el inventario de autoestima de Coopersmith. Estos resultados coinciden con los encontrados por Hallal (1982). Herold Goodwin y Lero (1979) y Muhlenkamp y Sayles (1986) en los que observaron una asociación entre la autoestima y algunas prácticas positivas para la salud. Sin embargo no se puede afirmar qué tanto influye esta variable en la actitud de las mujeres hacia la detección temprana; para determinar esto, se sugiere efectuar investigaciones utilizando muestras de mujeres que acudan por sí mismas a solicitar la prueba.

En algunas ocasiones se ha observado que las mujeres acuden a la toma de papanicolaou influenciadas por la experiencia de otra persona cercana a ellas a la que se le ha diagnosticado el cáncer cérvico-uterino o displasia; se piensa entonces que al percibir una amenaza la mujer toma una acción preventiva que reduzca la misma. Los resultados en este aspecto mostraron que solo el 25% del total de la muestra había tenido una experiencia previa, y de ellas la mayor proporción correspondió al grupo de mujeres no integradas. No se encontró dependencia entre éste criterio y la integración, no obstante la probabilidad asociada se encuentra entre 0.20 y 0.10, por lo que es difícil concluir categóricamente que ambos criterios son independientes.

En relación a la satisfacción de necesidades básicas Maslow considera que el comportamiento está influenciado por la jerarquización de neces

sidades, en la base de la cual se encuentran las fisiológicas y de seguridad, señalando además que saciar una necesidad inferior condiciona la aparición de una superior. Los resultados en ese sentido mostraron que la mayor proporción en ambos grupos estuvo en el rango de necesidades - satisfechas. A pesar de ello no se encontró significancia estadística al relacionarla con la integración. La explicación de este fenómeno -- tal vez resida en los indicadores utilizados para su medición (Ver Anexo N° 8 ) lo que obliga a analizarlos detenidamente e inclusive a sugerir que sean cambiados por otros mas confiables en futuras investigaciones.

En esta experiencia no es concluyente la ausencia de relación ya - que la probabilidad asociada con la ocurrencia del fenómeno está entre 0.10 y .05 que es una probabilidad muy alta; será necesario por lo tanto, ahondar en este aspecto en estudios futuros y tal vez con poblaciones que posean características diferentes, para observar si los resultados de esta experiencia persisten. /

Por lo que toca al conocimiento, la teoría del campo cognoscitivo señala que "cuando una persona percibe una cosa es porque ésta no le es indiferente, el objeto o situación percibida tiene cierto grado de valen cias e implica no sólo lo que se piensa o se siente, sino también lo -- que siente inclinado a hacer por ella". El estudio mostró que las muje res del grupo integrado tuvieran más conocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino en comparación con el grupo de mujeres sin control. Se destaca que la diferencia básica se encontró en el conocimiento de los fac

tores de riesgo los que, en un momento dado, representarían un tipo de valencia positiva dentro del espacio vital de las personas, lo que puede aumentar la probabilidad de buscar un servicio y/o información de tipo preventivo para reducir la amenaza.

En lo relativo a la susceptibilidad percibida para contraer la enfermedad (en el estudio) se encontró que en ambos grupos la proporción fué alta. Así mismo se halló que un 60% de las mujeres del grupo integrado opinó que el cáncer es curable si se detecta a tiempo, estos datos aunque con reservas, apoyan la primera y tercera tesis del modelo de creencias de salud (creen que son susceptibles a la enfermedad en cuestión, saben de ciertas acciones que pueden tomar y creen que éstas reducen la probabilidad de contraer la enfermedad o de reducir su severidad).

Por otro lado en el grupo de mujeres sin control, como ya se mencionó la susceptibilidad es también alta pero ello parece no tener influencia en su decisión de asistir a la toma del "pap". Es posible suponer que estas mujeres a pesar de creer que pueden padecer la enfermedad, la situación de angustia que entraña la prueba tiene más peso en su decisión de asistir. En este sentido el modelo señala que "las barreras hacia la acción pueden ser actitudes alternativas desagradables o fuerzas negativas que producen conflicto dentro del individuo y por lo tanto influyen en sus acciones".

Estos hallazgos son compatibles con los encontrados por Stillman (1977) en su estudio sobre autoexploración mamaria en el cual concluyó "que el sentimiento de pena parece ser un factor bastante importante

para evitar la práctica, aún dándose puntuaciones de alta susceptibilidad".

Según el modelo conceptual de Orem el autocuidado es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar su vida, -- salud y bienestar, en ese sentido los resultados mostraron que sólo un 13.4% del total de mujeres encuestadas se practicó la prueba como medida de autocuidado, que sería el ideal, mientras que proporciones más -- altas se encontraron en razones como "consultar por otra causa y referencia a citología" y el "control periódico sugerido por el médico".

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Kegeles y colaboradores, donde mujeres con la correcta creencia acerca del cáncer -- (como enfermedad mortal) no se practicaban frecuentemente el pap, y -- mencionaron habérselo practicado como parte de un exámen físico y no -- específicamente relacionado con la detección oportuna.

Por otro lado el hecho de que una proporción alta asista por indicación médica sugiere que ésta se da por la autoridad que representa el médico más que por sus propias creencias o conocimiento, hecho que también es señalado por Stillman en su estudio. ✓

Entre los motivos señalados para no solicitar el exámen de "pap" -- destaca la desidia con un porcentaje de 64.7% y el sentimiento de pena y temor por el tipo de exámen (18%). Si se toma como verdadero, el -- aspecto de la "desidia", se puede suponer que la gente en su mayoría si está consciente de las acciones preventivas para cuidar su salud, sin -- embargo parece ser que, mientras no haya alguna señal que ponga en peli

gro la vida, tales acciones son relegadas a un segundo (o tercer) plano.✓

Sobre este aspecto será necesario trabajar en educación para la - - salud, es decir, buscar el motivador que lleve a la acción. Una opción podría ser el conocimiento de los factores de riesgo.

## 5.1 LIMITACIONES

El presente estudio se llevó a cabo con un diseño de corte transversal único; según Linninger, la limitación mas crítica de este tipo de diseño es la ausencia de medidas independientes de los diferentes puntos cronológicos. De acuerdo con lo anterior los resultados deben ser tomados con reservas.

En el aspecto de la autoestima, aunque los resultados mostraron similitudes con los de otros autores, no se realizó una segunda aplicación, para obtener el coeficiente de confiabilidad, debido a que ello implicaba volver a entrevistar a las participantes. No obstante lo anterior, los resultados obtenidos constituyen una aproximación a la investigación de estos aspectos.

Otro aspecto que es necesario señalar es que en este tipo de estudios en que se utiliza la encuesta por muestreo, se debe confiar en que las respuestas de los entrevistados son verdaderas, lo que evidentemente introduce un sesgo, por lo que la interpretación de los hallazgos debe tomarse con cautela.

En relación con las variables "conocimiento factual de la enfermedad" y autoestima, no fué posible determinar si ambas influyen en la decisión de asistir a la toma de la prueba. Lo que se obtuvo fue, que las mujeres del grupo integrado tenían puntuaciones mas altas en dichos aspectos. Por lo tanto no se puede concluir que haya una relación de dependencia.

Dada que la muestra fue tomada de la cabecera municipal de Apodaca, -



la cual tiene características sociales y económicas que la hacen diferente al resto de las comunidades del municipio, los resultados solo pueden ser generalizados a esa población.

## 5.2 RECOMENDACIONES

De acuerdo a la experiencia vivida en el desarrollo del estudio y a los resultados observados se recomienda lo siguiente:

Realizar estudios con nuestras mujeres que acudan por sí mismas a solicitar la prueba de "papanicolaou" con la finalidad de explorar mas a fondo las razones que las llevaron a tomar tal acción. De esta manera se estará en posibilidad de diseñar estrategias para abordar la renuencia de la población.

En estudios futuros (del mismo tópico) será necesario abordar el problema desde la perspectiva de la cultura y el estilo de vida de la comunidad, así mismo desde la trayectoria de experiencias con los servicios prestadores de atención. Lo anterior puede señalar la influencia de éstas en la toma de acciones preventivas, hipótesis que se vislumbra en los resultados del presente estudio.

Si se desea medir la influencia de la satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad en la toma de acciones preventivas será conveniente clasificar a la población por estratos socioeconómicos con el propósito de hacer comparaciones posteriores.

Debido a que los grupos considerados de alto riesgo son los mas renuentes, será necesario dar especial énfasis a ellos, a través de la formación de grupos y mediante comunicación persuasiva y el uso de auto registros de las citas para realizarse el exámen. Así mismo será necesario (en estos grupos), partir de las formas en que los integrantes resuelvan sus problemas de salud, y sus creencias y prácticas en mate--

ria de salud.

Combinar las actividades anteriores con otros de tipo recreativo o de tarea y/o con las necesidades manifestadas por los usuarios de tal manera que se logre la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Enfocar la educación para la salud relacionada con el programa -- "detección oportuna de cáncer cérvico-uterino" en función de los factores de riesgo, mas que en la gravedad del padecimiento de tal suerte - que se refuerce esta situación con los beneficios de la detección oportuna, lo que probablemente aumente la susceptibilidad percibida y esta a su vez, servir del motivador para tomar acciones de autocuidado.

Emplear el Modelo de Creencias de Salud en investigaciones futuras con el propósito de validar su utilización, (como predictivo de la toma de acciones preventivas), en la práctica de la enfermería de salud comunitaria incorporándole conocimientos que lleven al esperado cambio de actitud de autocuidado.

Dado que el enfoque del trabajo comunitario es la atención grupal y que los problemas de salud están ligados a los factores económicos -- psicológicos y sociales es necesario profundizar en estas disciplinas - tanto en el pregrado como en el post-grado de enfermería, para de esta forma utilizar con eficacia la metodología de investigación social en el abordaje de los problemas de la comunidad.

## BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1.- CISNEROS de Cárdenas, Ma. Teresa, Dra. et al: "Mortalidad por Cáncer de la mujer mexicana". Rev. Salud Pública de México Vol. 29, --  
Número 4 Julio-Agosto de 1987. Pp 299-312.
- 2.- CARRADA Bravo, Teodoro, Dr.: "La epidemiología del cáncer en la po--  
blación derecho-habiente del Instituto Mexicano del Seguro So--  
cial". Rev. Salud Pública de México, Vol. 29, Número 4, Julio -  
Agosto. Pp. 313-321.
- 3.- PODER EJECUTIVO FEDERAL: Programa Nacional de Salud 1984-1988; Mé---  
xico, D.F. Sector Salud P. 199-203
- 4.- COPLAMAR: "Necesidades esenciales en México, situación actual y pers  
pectivas al año 2,000". Vol. 4 Salud, Siglo XXI editores, 1a. -  
Edición 1982. Pp. 78
- 5.- SECRETARIA DE SALUD. Programa Nacional de Prevención y control del -  
cáncer cérvico-uterino. Dirección General de Medicina Preventi-  
va, México 1986.
- 6.- FALTZ, Anne Marie, Jennifer L. Kelsy : ¿Es realmente útil la práctica  
anual de la prueba de Papanicolaou? Rev. Foro Mundial de la ---  
Salud Vol. No. 1 y 2 1980. P. 125-135.
- 7.- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. X Censo General de Pobla--  
ción y Vivienda 1980. Estado de Nuevo León, Vol. I Tomo 19, --  
INEGI, México 1983.

- 8.- OFICINA DE INVESTIGACION (F.E.; U.A.N.L.) Censo de Población de la Cabecera Municipal de Apodaca, Monterrey, N.L. Junio 1985.
- 9.- U.A.N.L., Facultad de Enfermería, Depto. de Salud Pública. Programa Desarrollo de Enfermería. "Programa Integración Docente -- Asistencial Monterrey, N.L., 1979.
- 10.- OPS/OMS: "Enseñanza de la Enfermería en Salud Comunitaria". Publicación Científica N° 32 Washington D.C. 1976.
- 11.- ALONSO C., M: Manual de Enfermería Comunitaria. "Rol ampliado de Enfermería". Depto. de Salud Pública, Facultad de Enfermería, - U.A.N.L. 1986. Pp. 73-75.
- 12.- IDEM.
- 13.- OPS/OMS. "La Toma de Posición de Enfermería como una Respuesta a la Problemática de Atención de Salud en América Latina". Informe de un grupo de expertos de ciencias de la Salud, Washington D.C. 10 al 21 Julio 1978. Pp. 23.
- 14.- LAZARUS S., Richard (1966) Citado por Derdarian en: "Información al Diagnosed Cancer Patients". Nursing Research. Vol. 35 N° 11 Sept-Oct. 1986. Pp. 276.
- 15.- DERDIARIAN K., Anayis. "Informational Needs of Recently Diagnosed Cancer Patients". Nursing Research, Vol. 35 N° 4. Sept-Oct. -- 1986. Pp. 276-281.
- 16.- BIGGE L., Morris: "Teorías de Aprendizaje para maestros". Editorial Trillas, Sexta reimpresión México 1982 Pp. 215-220.

- 17.- BIGGE L., Morris: "Teorías de Aprendizaje para maestros.  
Octava reimpresión. Editorial Trillas.  
México 1985. P. 232-271
- 18.- MASLOW, Abraham. "Teoría de la Motivación Humana. Artículo fotocopiado Facultad de Psicología de la U.A.N.L. 1986.
- 19.- RICE, Marilyn. "Educación en Salud, Cambio de Comportamiento, Tecnologías de comunicación y materiales educativos." Boletín - - O.P.S. Vol. 98 N<sup>o</sup> 1. Enero 1985 Pp. 66-68
- 20.- IRELAN, L.M., Editor: "Low-income life styles, Washington, D.C. - - U.S. Government Printing Office. Citado por Bárbara Klug Redman en "The Process Patient Education". St. Louis 1984.
- 21.- COOPERSMITH, Stanley, Ph.D. "Self-Esteem Inventories." Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto Ca. Fourth printing 1986 Pp: 5
- 22.- MUHLENKAMP, F. Ann; Sayles A. Judy: "Self-Esteem, Social Support, and Positive Health Practices." Nursing Research, Vol. 35 N<sup>o</sup> 6 Nov-Dic. 1986 P. 334-338
- 23.- HALLAL, J.C. (1982). "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control, and Self-Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Women." Nursing Research. Vol.31 Pp.137-142
- 24.- HEROLD, E.S. Goodwin. M.S. and Lero D.S. (1979). "Self-Esteem, Locus of Control and Adolescent Contraception." Journal of Psychology, Vol. 101. Pp. 83-88
- 25.- ANDREOLI, K.G. (1981). "Self-Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients." Nursing Research Vol. 30 Pp. 323-328

- 26.- KLUG Redman, Barbara. "The Process of Patient Education". Fifth --  
Edition the C.V. Mosby Company St. Louis Toronto 1984  
Pp. 21-57
- 27.- STILLMAN J.Margot. "Women's Health Beliefs About Breast Cancer and  
Breast Self-Examination". Nursing Research Vol. 26 Nº 2 Marzo-  
Abril 1977 Pp. 121-127.
- 28.- KEGELES and others. "Survey of Beliefs about Cancer Detection and  
Taking Papanicolaou Test". Public Health Rep. 80 Pp. 815-823.  
Sept. 1965.
- 29.- COOPERSMITH, Op. cit. Pp. 8

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- BIGGE, L., Morris: "Teorías de Aprendizaje para Maestros".  
Editorial Trillas 8a. reimpresión México 1985 Pp. 271-232
- 2.- BIGGE, M.L., Hunt, M.P., "Bases Psicológicas de la Educación".  
Editorial Trillas, México 1976 Cap. 16 y 17
- 3.- COPLAMAR: "Necesidades Esenciales en México: Situación Actual y --  
Perspectivas al Año 2000" Vol. 4 Salud, 1a. Edición, Siglo XXI  
Editores, México 1982.
- 4.- COSTA, Miguel, López, Ernesto.: "Salud Comunitaria" 1a. Edición  
Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona 1986
- 5.- DANIEL, W. Wayne.: "Estadística con Aplicaciones a las Ciencias So-  
ciales y a la Educación". 1a. Edic. en español, Editorial  
McGraw-Hill, México 1981
- 6.- GLASSNER, Fredman.: "Sociología Clínica", 1a. Edición en español  
1985, Editorial C.E.C.S.A. México.
- 7.- GRASSI, B.E.: "La Toma de Decisiones en la Pareja en el Programa de  
Planificación Familiar". Tesis de Grado para Maestría en Enfer-  
mería, Monterrey, N.L. 1986
- 8.- GRIFFITH, W.J. Christensen, J.P.: "Proceso de Atención de Enferme-  
ría Aplicación de Teorías, Guías y Modelos". 1a. Edición.  
Editorial El Manual Moderno. México 1986
- 9.- KERLINGER, N. Fred.: "Investigación del Comportamiento", técnicas  
y metodología, 2a. Edición, Nueva editorial interamericana,  
México 1983



- 10.- KLUG, REDMAN, B.: "The Process of Patient Education"  
5a. Edition. The C.V. Mosby Company U.S.A. 1984
- 11.- LEAHY, M. Kathleen et al.: "Community Health Nursing". 4a. Edition  
McGraw-Hill Book Company, 1982 U.S.A.
- 12.- LININGER, A. CH, Warwick, P. D.: "La Encuesta por Muestreo: Teoría y Práctica", 3a. Edición, Editorial C.E.C.S.A. México 1982
- 13.- PENDER, J., Nola,: "Health Promotion in Nursing Practice".  
Acc. Appleton Century Croft Norwalk, Connecticut 1982 Pp. 46-58
- 14.- POLIT, F.D., Hungler P.B.: "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 2a. Edición, Nueva editorial interamericana México 1985
- 15.- ROJAS, Soriano, Raúl,: "El Proceso de la Investigación Científica".  
Edit. Trillas 3a. Edición, 1983, Mex. 127 p.
- 16.- SCHELLENBERG, A. James, "Los Fundadores de la Psicología Social: Freud, Mead, Lewin, Skinner" Madrid 1981, Impreso en España  
Pp. 74-78
- 17.- SIEGEL, Sidney: "Estadística no Paramétrica", 4a. reimpresión,  
Editorial Trillas, México 1978.
- 18.- SYOHERG, Gideon, Roger Net. "Metodología de la Investigación Social"  
Ed. Trillas, Mex. 1980 (reimpresión 1986) 420 pags.
- 19.- TAMAYO y Tamayo, Mario,: "Metodología Formal de la Investigación Científica". 2a. Reimpresión, Editorial Limusa, México 1980.

**A N E X O S**

## ANEXO N° 1

PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y USO DE SERVICIOS PREVENTIVOS EN LAS MUJERES NO INTEGRADAS (n = 51).

	Percepción de Signos y Síntomas		Otras Percepciones		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No usaron Servicio preventivo	4	8	10	20	14	27
Usaron algún Servicio preventivo	19	37	18	35	37	73
Total	23	45	28	55	51	100

Fuente: Entrevista directa.  $\chi^2 = 2.13$   $gl=1$  Significancia = .1446

## ANEXO N° 2.

PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y USO DE SERVICIOS PREVENTIVO EN LAS MUJERES INTEGRADAS (n = 54).

	Percepción de Signos y Síntomas		Otras Percepciones		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No usaron Servicio preventivo	3	6	5	9	8	15
Usaron algún Servicio preventivo	20	37	26	48	46	85
Total	23	43	31	57	54	100

Fuente: Entrevista directa.  $\chi^2 = .0996$   $gl=1$  Significancia = .7523

## ANEXO N° 3

## NIVEL DE AUTOESTIMA E INTEGRACION (n= 105)

	Grupo No integrado n= 51		Grupo Integrado n= 54		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	12	11.5	13	12.5	25	24
MEDIO	24	23	24	23	48	46
ALTO	15	14	17	16	32	30
TOTAL	51	48.5	54	51.5	105	100.0

Fuente: Puntuación obtenida en el test de autoestima

## ANEXO N° 4

## NIVEL DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS Y DE SEGURIDAD E INTEGRACION (n= 105)

	Grupo No integrado n= 51		Grupo Integrado n= 54		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Satisfechas	—	—	2	1.9	2	1.9
Medianamente Satisfechas	20	19	12	11.5	32	30.5
Satisfechas	31	29.6	40	38	71	67.6
Total	51	48.6	54	51.4	105	100.0

$$X_c^2 = 3.1314$$

gl=1

p<05

Significancia 0.0797

$$X_f^2 = 3.84 \quad (\text{Para el cálculo se eliminó el primer renglón})$$

## ANEXO N° 5

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA PARA CONTRAER LA ENFERMEDAD CON NIVELES DE RIESGO EN MUJERES INTEGRADAS (n=54)

	No Susceptibles		Susceptibles		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Riesgo Promedio	9	16.7	27	50	36	67
Alto Riesgo	10	18.5	8	14.8	18	33
Total	19	35	35	65	54	100

$$\chi^2_c = 4.9128$$

$$gl = 1$$

$$p = .05$$

$$\text{Significancia} = 0.0267$$

$$\chi^2_f = 3.84$$

## ANEXO N° 6

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA PARA CONTRAER LA ENFERMEDAD CON NIVELES DE RIESGO EN MUJERES NO INTEGRADAS (n= 51).

	No Susceptibles		Susceptibles		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Riesgo Promedio	12	23.53	15	29.4	27	53
Alto Riesgo	9	17.65	15	29.4	24	47
Total	21	41.2	30	58.8	51	100

$$\chi^2_c = 0.81406$$

$$gl = 1$$

$$p = .05$$

$$\text{Significancia} = 0.3699$$

$$\chi^2_f = 3.84$$

## ANEXO N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER CERVICO UTERINO POR GRUPOS  
(n = 105)

	Grupo No integrado n = 51		Grupo Integrado n = 54		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
CONOCE	12	11.5	19	18	31	29.5
CONOCE POCO	35	33.3	30	28.6	65	62
DESCONOCE	4	3.8	5	4.8	9	8.5
TOTAL	51	48.6	54	51.4	105	100

Fuente: Entrevista directa

## ANEXO N° 8

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST - GRADO

Respuesta de las mujeres al

Programa de D.O.C. en Apodaca, N.L.

## I.- Datos de Identificación y factores de riesgo de la entrevistada.

- Cuestionario N° \_\_\_\_\_
- Fecha de aplicación (mes, día, año) \_\_\_\_\_
- Nombre del encuestador \_\_\_\_\_
- 1.- Nombre de la entrevistada \_\_\_\_\_
- 2.- Dirección (completa) \_\_\_\_\_
- 3.- Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_
- 4.- Edad \_\_\_\_\_
- 5.- Edo. civil. \_\_\_\_\_
- 6.- Escolaridad (en años) \_\_\_\_\_
- 7.- Religión. \_\_\_\_\_
- 8.- ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales? \_\_\_\_\_ años
- 9.- Cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_
- 10.- Ha tenido usted abortos? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cuántos? \_\_\_\_\_
- 11.- Ha estado casado más de una vez ( o unión libre) \_\_\_\_\_  
 una sola vez \_\_\_\_\_  
 más de una vez (Especificar cuántas parejas) \_\_\_\_\_

## II.- Percepción de la Enfermedad

- 12.- ¿Cómo describiría a una persona enferma?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 13.- ¿En el último año ha solicitado usted atención médica o de al-  
 gún otro tipo? (si la respuesta es no pase a la número 15)  
 Sí \_\_\_ No \_\_\_
- 14.- ¿Recuerda usted porqué acudió a solicitar atención
- 1.- Sólo por síntomas \_\_\_\_\_
- 2.- Sólo por consulta u orientación \_\_\_\_\_
- 3.- Por síntomas y limitaciones \_\_\_\_\_

15.- Ha acudido en el último año a solicitar servicios de prevención?

- 1.- \_\_\_\_\_ Control prenatal
- 2.- \_\_\_\_\_ Examen médico periódico
- 3.- \_\_\_\_\_ Algún tipo de medición (P.A., Diabetes, etc.)
- 4.- \_\_\_\_\_ Odontología Preventiva
- 5.- \_\_\_\_\_ D.O.C.
- 6.- \_\_\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

16.- Cuando ha estado enferma acude a otras personas o servicios ---  
(fuera del Sector Salud) para curarse?

- 1.- Automedicación \_\_\_\_\_
- 2.- Homeópata \_\_\_\_\_
- 3.- Acupuntura \_\_\_\_\_
- 4.- Boticario \_\_\_\_\_
- 5.- Med. tradicional \_\_\_\_\_
- 6.- Otros, cuáles \_\_\_\_\_

III.- Satisfacción de las necesidades básicas y de Seguridad.

17.- Cuánto gastó en alimentos la semana pasada? \_\_\_\_\_

18.- Podría decirme que alimentos consumió el día de ayer en las comidas que hizo?

Desayuno \_\_\_\_\_

Comida \_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

19.- Estado Nutricional, relación peso-talla (Tabla de Gómez) de la -  
mujer entrevistada? Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Edo. Nutric. \_\_\_\_\_

20.- La casa que habitan en este momento es \_\_\_\_\_ material de construc-  
ción predominante. \_\_\_\_\_

21.- Cree usted que su casa es lo suficientemente segura contra robos  
incendios, inundaciones, etc.? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_

22.- Cuántas personas trabajan en esta casa. \_\_\_\_\_

22.- A) Cuántas personas dependen del gasto familiar \_\_\_\_\_

23.-Cuál es el ingreso familiar mensual aproximado \_\_\_\_\_



24.- El trabajo de las personas es fijo o eventual \_\_\_\_\_

25.-¿Cómo distribuyen el gasto en la familia?

- |                                 |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|
| 1.- Alimentación                | _____ | _____ |
| 2.- Vestido                     | _____ | _____ |
| 3.- Educación                   | _____ | _____ |
| 4.- Salud                       | _____ | _____ |
| 5.- Diversión                   | _____ | _____ |
| 6.- Servicios (Agua, Luz, etc.) | _____ | _____ |
| 7.- Renta                       | _____ | _____ |
| 8.- Ahorro                      | _____ | _____ |

IV.- Conocimiento sobre cáncer cérvico-úterino

26.- Cree usted que tener muchos hijos tiene que ver con la aparición de cáncer en la matriz. Si \_\_\_ No \_\_\_ no tiene idea \_\_\_

27.- Considera usted que iniciar las relaciones sexuales entre los trece y los diecisiete años, sea causa que aumente la posibilidad de tener cáncer?

Si \_\_\_ No \_\_\_ No tiene idea \_\_\_

28.- Si la mujer es aseada o practica aseo diario externo principalmente de sus genitales puede influir en que no se presente la enfermedad?

Si \_\_\_ No \_\_\_ No tiene idea \_\_\_

29.- En su opinión a que mujeres les puede dar cáncer de la matriz o del cuello de la matriz? \_\_\_\_\_

30.- A qué edad cree usted que sea más probable que una mujer tenga cáncer? \_\_\_\_\_ (edad en años).

31.- Si la mujer ha tenido más de un esposo, cree usted que pueda influir en la formación de la enfermedad?

Si \_\_\_ No \_\_\_ No tiene idea \_\_\_

32.- Se ha efectuado alguna vez la prueba del cáncer?  
 (si la respuesta es no pase a 34) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ cuándo \_\_\_\_\_

33.- Cómo fué su resultado

1.- Lo conoce \_\_\_\_\_

2.- Lo ignora \_\_\_\_\_

34.- Alguna persona de su familia, amigas o vecinas padeció o ha padecido de cáncer en la matriz?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ quién \_\_\_\_\_

35.- Cada cuanto tiempo se debe hacer el exámen? \_\_\_\_\_

36.- Tiene alguna idea de como se trate la enfermedad?

1.- \_\_\_\_\_ Cirugía

2.- \_\_\_\_\_ Radioterapia

3.- \_\_\_\_\_ Medicamentos

4.- \_\_\_\_\_ No tiene idea.

37.- Cree usted que el cáncer del cuello de la matriz o de la matriz sea curable? \_\_\_\_\_

38.- Porqué fue hacerse el exámen de Papanicolaou (o del cáncer)

\_\_\_\_\_

39.- Cree usted que pueda enfermar de cáncer?

\_\_\_\_\_

40.- Por qué no se ha efectuado el exámen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FORMA ADULTA DEL INVENTARIO COOPERSMITH

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES:

En la parte de abajo de esta hoja encontrará una lista de frases sobre - sentimientos. Si una frase describe la manera en que usted normalmente - se siente ponga una X en la columna parecido a mí. Si la frase no descri - be la manera en que usted normalmente se siente ponga una X en la colum - na "no soy así". No existen respuestas correctas o incorrectas. Comience por la parte superior de la hoja y marque las 25 frases.

	X4=	
--	-----	--

Parecido a mi	No soy así	
( )	( )	1.- Normalmente las cosas no me molestan
( )	( )	2.- Me es muy difícil hablar frente a un grupo
( )	( )	3.- Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera
( )	( )	4.- Puedo tomar decisiones sin mucho problema.
( )	( )	5.- Soy muy divertido.
( )	( )	6.- Me deprimó fácilmente en la casa.
( )	( )	7.- Me toma mucho tiempo acostumbrarme a algo nuevo
( )	( )	8.- Soy popular con personas de mi edad.
( )	( )	9.- Mi familia normalmente considera mis sentimientos
( )	( )	10.- Cedo muy fácilmente.
( )	( )	11.- Mi familia espera demasiado de mí.
( )	( )	12.- Es bastante difícil tratar conmigo
( )	( )	13.- Mi vida es muy complicada
( )	( )	14.- La gente normalmente sigue mis ideas.
( )	( )	15.- Tengo una pobre opinión de mí misma.
( )	( )	16.- Hay muchas ocasiones en las que quisiera irme de la casa
( )	( )	17.- Con frecuencia me disgusta mi trabajo.
( )	( )	18.- No soy tan guapo como la mayoría de la gente.
( )	( )	19.- Cuando tengo algo que decir normalmente lo digo.
( )	( )	20.- Mi familia me comprende.
( )	( )	21.- A la mayoría de la gente la aprecian más que a mí
( )	( )	22.- Normalmente siento que mi familia me presiona
( )	( )	23.- con frecuencia me desanima lo que estoy haciendo
( )	( )	24.- Con frecuencia deseo ser otra persona.
( )	( )	25.- No se puede confiar en mí.

## ANEXO N° 9

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
 SECRETARIA DE POST - GRADO

Instructivo de llenado y codificación para el cuestionario a aplicar a mujeres integradas y no integradas al Programa de D.O.C. en -- Apodaca, N.L.

Direcciones Generales:

La Unidad de muestreo será la vivienda, se aplicará un cuestionario para cada mujer mayor de quince años, que haya iniciado vida sexual, y que se encuentre en el domicilio seleccionado en el momento de la visita.

I.- Datos de identificación y factores de riesgo de la entrevistada.

- Se dará un número progresivo al total de cuestionarios por lo que aparecerán del 001 al 126.
- Fecha de aplicación, usar para el mes 01 al 12 (según el caso), - para el día 01 al 31, para el año 87.
- Nombre de la entrevistada, colocar el nombre de la persona que -- hace la entrevista.

1.- Nombre de la entrevistada, colocar el nombre completo de la persona a la cual se le aplicará el cuestionario.

2.- Dirección, anotar la dirección correcta y completa y/o señas que ubiquen el domicilio seleccionado.

3.- Anotar el lugar donde nació la mujer entrevistada y codificar de acuerdo a lo siguiente:

- 1.- Urbana cuando sea una población de más de 2,500 hab. y con -- Servicios Públicos.
- 2.- Sub-urbana, cuando provenga de una comunidad alrededor del -- área metropolitana.
- 3.- Rural, cuando provenga de una población de menos de 2,500 --

habitantes y sin servicios públicos.

- 4.- Edad, anotar la edad en años cumplidos de la mujer que entre--  
viste y codifique de la misma manera ej. 23
- 5.- Estado Civil. Anotar lo que exprese la mujer y codifique de a--  
cuerdo a lo siguiente:
  - 1.- Soltera (con vida sexual o madre soltera).
  - 2.- Unión libre.
  - 3.- Casada.
  - 4.- Divorciada,
  - 5.- Viuda.
  - 6.- Separada.
- 6.- Escolaridad.- Tome el dato del último año cursado y anote la su  
ma de estos (ej. primaria + secundaria completos 9 años) codifi  
que de acuerdo a lo siguiente:
  - 0.- No fue a la Escuela.
  - 1.- Primaria incompleta
  - 2.- Primaria completa
  - 3.- Secundaria incompleta
  - 4.- Secundaria completa
  - 5.- Bachillerato, técnico, secretaria y demás.
- 7.- Religión.- Anotar lo expresado por la entrevistada y codifique:
  - 1.- Católica.
  - 2.- Protestante
  - 0.- Ninguna.
- 8.- ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales? anotar la edad en -  
años cumplidos.
- 9.- ¿Cuántos hijos ha tenido? anote el número de hijos nacidos de -  
término o pretérmino, sin contar abortos. Codifique del 01.....  
15 según convenga.
- 10.- Ha tenido usted abortos? marque con una cruz y codifique: 0 No-  
1.-Sí.
- 11.- Ha estado casada más de una vez (o unión libre), marque con una  
cruz según responda y codifique 1.- Una sola vez, 2.- Más de --

una vez.

## II.- Percepción de la Enfermedad.

- 12.- Cómo describiría a una persona enferma? Haga la pregunta y permita que la entrevistada exprese libremente su respuesta, anote ésta textualmente y codifique, ubicando el contenido en las categorías, las respuestas pueden abarcar mas de una categoría.-- Utilice un dígito para cada una coloque 0 para no procede.
- 1.- Afecta la satisfacción de las necesidades básicas como: comer ó no querer comer, dormir, eliminación, higiene personal, baño, etc.
  - 2.- Afecta el desempeño del trabajo diario usual, asalariado, - no asalariado.
  - 3.- Afecta la interacción social con la familia, vecino y/o --- amistades, el comportarse como siempre, convivencia con la familia, asistir a fiestas y reuniones, estado de ánimo deprimido.
  - 4.- Presencia (o ausencia) de signos y síntomas, dolor, fiebre, malestar general, sangrado, postración en cama.
- 13.- En el último año ha solicitado usted atención médica o de algún otro tipo? Haga la pregunta referida solo a la mujer entrevistada marque con una cruz y codifique 0.- No, 1.- Sí.
- 14.- Recuerda usted por qué acudió a solicitar atención? marque con una cruz y seleccione el código directo del cuestionario. Use-- cero para no procede.
- 15.- Ha acudido en el último año a solicitar servicios de prevención? marque con una cruz el Servicio solicitado, tome el código del cuestionario y coloque 0 para no procede.
- 16.- Cuando ha estado enferma acude a otras personas, o servicios -- (fuera del Sector Salud) para curarse? Checar que sea fuera del Sector Salud, marque con una cruz y tome el Código directo del cuestionario. Use cero para no procede.

## III.- Satisfacción de Necesidades Básicas y de Seguridad.

- 17.- ¿Cuánto gastó en alimentos la semana pasada? anotar el gasto -- bruto del consumo de alimentos en los siete días anteriores a la entrevista, codifique la cifra en miles.
- 18.- Alimentos que consumió el día de ayer en las comidas que hizo.- Anote la respuesta textual de los alimentos consumidos y codifique de acuerdo a lo siguiente:
- 4.- Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.
  - 3.- Solo menciona tres de las anteriores.
  - 2.- Solo menciona dos de las anteriores.
  - 1.- Solo mencione uno de los anteriores.
- 19.- Estado nutricional, tome el peso, (recuerdo pesar sin zapatos y ropa en exceso). Registre kilos y gramos. Talla, usando la técnica correcta y registre en centímetros, utilice la Tabla de Gómez para determinar el grado nutricional y codifique:
- 1.- Peso normal
  - 2.- Algún grado de desnutrición
  - 3.- Algún grado de obesidad.
- 20.- La casa que habitan es: anote lo que diga la entrevistada y codifique:
- 1.- En posesión
  - 2.- Prestada
  - 3.- Rentada
  - 4.- Propia (la están pagando)
  - 5.- Propia (pagada)
- Material de construcción:
- 1.- Mixto
  - 2.- Cartón
  - 3.- Madera
  - 4.- Block ó material.
- 21.- Cree usted que su casa es lo suficientemente segura? Deje que se exprese y codifique 1.- No, 2.- Sí.

22.-¿Cuántas personas trabajan en esta casa? anotar todas las personas que aporten dinero para el gasto familiar, codificar según convenga 1-5.

22.A) ¿Cuántas personas dependen del gasto familiar?. Anote el número global y codifique de la misma manera.

23.-¿Cuál es el ingreso familiar mensual aproximadamente? Anotar en miles y codificar de la misma manera.

24.-¿El trabajo de estas personas es fijo o eventual? codifique de acuerdo a:

- 1.- Si son eventuales.
- 2.- Si uno es fijo y los demás eventuales
- 3.- Si más de 2 son fijos (padre)

25.-¿Cómo distribuyen el gasto en la familia tome el dato bruto y -- codifique en miles.

#### IV.- Conocimiento sobre Cáncer Cérvico - Uterino.

Explique a la entrevistada que en esta Sección se le harán preguntas relacionadas con la enfermedad del cáncer en la matriz.

26.- Cree usted que tener muchos hijos tiene que ver con la aparición de la enfermedad, marque con una cruz el espacio correspondiente y codifique de acuerdo a:

- 0.- No tiene idea.
- 1.- No,
- 2.- Sí.

27.- Procede como en la anterior.

28.- Proceda como en la anterior.

29.-¿A qué mujeres les puede dar cáncer en la matriz o el cuello de la matriz? Haga la pregunta y permita que la entrevistada exprese libremente su opinión, trate de escribir su respuesta --- textual y codifique de acuerdo a lo siguiente: 2.- Cuando mencione hasta 3 de las anotadas abajo, 1.- Cuando mencione hasta 2,  
0.- No menciona



- 1.- Mujeres promiscuas sexualmente (Prostitutas).
- 2.- De bajos ingresos
- 3.- Que hayan iniciado vida sexual a edad temprana (12 - 17 años)
- 4.- Que tengan o hayan tenido infecciones genitales frecuentes.
- 5.- Mayores de 35 años.
- 6.- Multíparas.
- 7.- Higiene genital deficiente.
- 8.- Otras.

30.-¿A que edad cree usted que sea más probable que una mujer tenga cáncer? Tome el dato tal como lo expresa y codifique.

- 1.- Menos de 35 años
- 2.- 35 y más años.

31.-¿Si la mujer ha tenido más de un esposo influye en la aparición de la enfermedad? proceda como en 26...

32.-¿Se ha efectuado alguna vez la prueba de cáncer? Marque con una cruz y codifique:

- 0.- Nunca.
- 1.- Más de un año
- 2.- Menos de un año

33.- ¿Cómo fué su resultado?: Escriba la respuesta textual y codifique que de acuerdo a:

- |           |                  |                             |
|-----------|------------------|-----------------------------|
| Lo conoce | 1.1 Negativo I   | Frotis normal               |
|           | 1.2 Negativo II  | Frotis infeccioso           |
|           | 1.3 Negativo III | Displasia (leve o moderada) |
|           | 1.4 Positivo IV  | Ca. in situ                 |
|           | 1.5 Positivo V   | Ca invasor ó metastásico    |

- Lo ignora:
- 2.1 No fué a recogerlo
  - 2.2 Fué pero no se lo dieron
  - 2.3 No lo entendió.

34.- alguna persona de su familia amigas ó vecinas padeció o ha padecido de la enfermedad, marque con una cruz, pregunte el parentezco que tiene con la entrevistada y codifique:

- 0.- No procede
  - 1.- Amigas, vecinas
  - 2.- Suegra, tías, cuñadas
  - 3.- Madre, hermanas, abuelas.
- 35.-¿Cada cuanto tiempo se debe hacer el exámen? Anote lo que exprese la mujer y codifique de acuerdo a:
- 0.- Lo ignora
  - 1.- Cada seis meses
  - 2.- Cada año si el estudio anterior se reportó normal.
- 36.-¿Cómo se trata la enfermedad? Marque con una cruz según convenga codifique:
- 0.- Para no tiene idea
  - 1.- Si menciona algún método de tratamiento.
- 37.-¿Cree usted que el cáncer sea curable? Deje que la entrevistada se exprese, anote textualmente su respuesta y codifique:
- 0.- Nó.
  - 1.- Simplemente sí.
  - 2.- No si está avanzado
  - 3.- Si se diagnostica a tiempo
- 38.-¿Porqué fué a hacerse el examen? Haga la pregunta solo a aquellas mujeres que se hayan efectuado el papanicolaou, codifique de -- acuerdo a lo siguiente:
- 0.- No procede.
  - 1.- Fué a consultar pr otra causa y la enviaron a citología.
  - 2.- Le enviaron aviso de su clínica de adscripción.
  - 3.- Le insistieron las estudiantes de Enfermería (Promoción)
  - 4.- Le interesa saber su estado de salud (medida preventiva).
  - 5.- Control periódico sugerido por médico (por rutina).
  - 6.- Disfunción menstrual (consulta y referencia a citología).
- 39.-¿Cree usted que puede llegar a enfermar de cáncer? Anote la respuesta fiel, codifique de acuerdo a lo siguiente:

- 1.- Negativo falso.- Conclusión de que no puede llegar a padecerlo sin ninguna argumentación. No se siente susceptible.
  - 2.- Negativo.- Conclusión de que no puede llegar a padecer la enfermedad porque se acaba de realizar el exámen con resultado normal y/o menciona ausencia de factores de riesgo en ella (integrada con control).
  - 3.- Positivo falso.- Conclusión de que si puede llegar a padecerlo sin ninguna argumentación.
  - 4.- Positivo.- Conclusión de que si puede llegar a padecerlo -- argumentando algunos hechos o razones que concuerden con -- factores de riesgo y/o signos y síntomas.
- 40.-¿Porqué no se ha efectuado el exámen? Esta pregunta se hará solo a las NO integradas, anote la respuesta textual y codifique de acuerdo a lo siguiente:
- 0.- No procede
  - 1.- Siente pena o vergüenza por el tipo de exámen.
  - 2.- No considera que sea necesario.
  - 3.- No tiene tiempo de ir
  - 4.- Embarazo.
  - 5.- Siente temor al exámen
  - 6.- No presenta signos y síntomas.
  - 7.- Le preocupa saber el resultado
  - 8.- No sabía de la prueba
  - 9.- Desidia y/o flojera









