

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE  
SERVICIOS DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER**

**Por**

**LIC. LILIANA GONZALEZ JUAREZ**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad  
en Salud Comunitaria**

**Agosto, 1997**

TM  
RC268  
G6  
c.1

BRITISH MUSEUM  
MUSEUM OF  
NATURAL HISTORY  
LONDON

BY MISS M. J. M. M.  
MUSEUM OF  
NATURAL HISTORY  
LONDON

L. G. J.

ENCUADERNACIONES  
"G A M A"  
R.F.C. ROSE-55021-SGO  
PAPIA OTE. 862, ESQ. CON ARTISTA

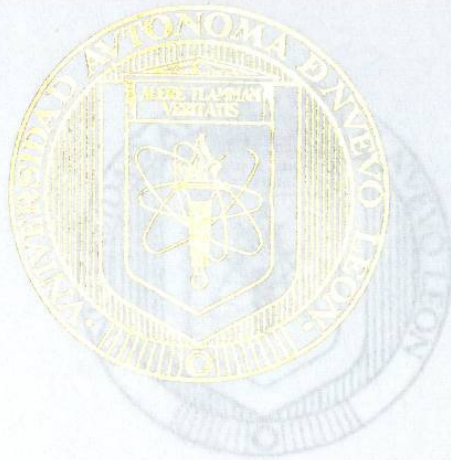


1080071196



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA



## CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER

CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER

Por

Por

LIC. LILIANA GONZALEZ JUAREZ

LIC. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

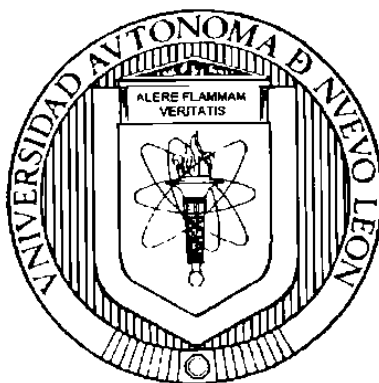
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad  
en Salud Comunitaria

Agosto, 1997



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

**Por**

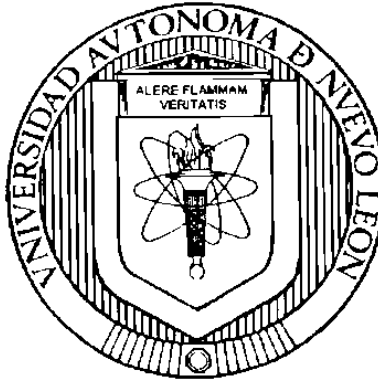
**Lic. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ**

**Como requisito parcial para obtener el Grado  
MAESTRA EN ENFERMERÍA  
con Especialidad en Salud Comunitaria**

**AGOSTO, 1997**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

**Por**

**Lic. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ**

**ASESOR**

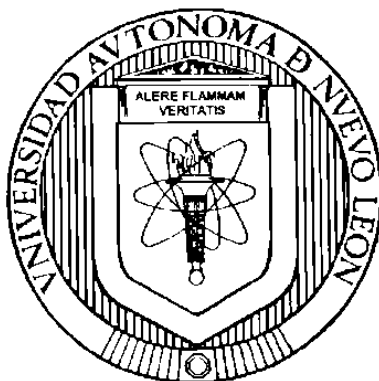
**Lic. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.**

**Como requisito parcial para obtener el Grado  
MAESTRA EN ENFERMERÍA  
con Especialidad en Salud Comunitaria**

**AGOSTO, 1997**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

**Por**

**Lic. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ**

**ASESOR**

**Lic. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.**

**ASESOR ESTADÍSTICO**

**Ing. MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph. D.**

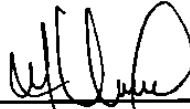
**Como requisito parcial para obtener el Grado  
MAESTRA EN ENFERMERÍA  
con Especialidad en Salud Comunitaria**

**AGOSTO, 1997**



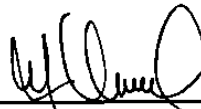
**CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

Aprobación de tesis



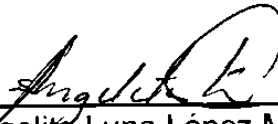
---

Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.  
Asesor de Tesis



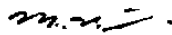
---

Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.  
Presidente



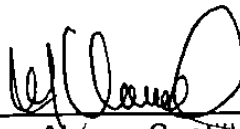
---

Lic. Santa Angelita Luna López M.S.P.  
Secretario



---

Ing. Marco Vinicio Gómez Meza Ph. D.  
Vocal



---

Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.  
Secretario de Posgrado

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Nacional Autónoma de México, por otorgarme la beca para estudiar la maestría en enfermería y por ser un buen vinculo para el intercambio académico en favor de la Enfermería.**

**A la Lic. Susana Salas Segura directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y a la Lic. Catalina Quesada Fox, Secretaria General de la misma escuela, por su apoyo y distinción para el desarrollo de los estudios de maestría.**

**A la Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P., mi más sincero agradecimiento por todo el apoyo y asesoría recibida para la conclusión de éste trabajo.**

**Al Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph. D., por su paciente y muy valiosa asesoría estadística.**

**A todas las Maestras del área de Posgrado, en especial a la Lic. Esther Gallegos por compartir conmigo sus amplios conocimientos de la Enfermería Comunitaria y Lic. Angelita Luna, por su continua motivación y apoyo.**

**A la Dra. Charlotte Rappsilber por sus inolvidables enseñanzas, Lic. Bertha Cecilia Salazar por hacerme evidente mi necesidad de pensamiento creativo y Lic. Velia Margarita Cardenas por sus aportaciones para el estudio.**

**A Paty, Eloisa, Julieta y Haidee por su ayuda para la conclusión de este estudio.**

**Al personal administrativo y de biblioteca, por su atención y apoyo a; Maribel, Roxana, Vicky, Nydia, Gustavo y Miguel, especialmente a Eli por todas las facilidades otorgadas durante mi estancia en la escuela.**

**A Irma Rosa Acevedo y Antonio Sandoval por su sincera amistad en los momentos mas difíciles y a Magdalena Franco, por la paciencia, apoyo, compañía y amistad incondicional que me tuvo durante todo este tiempo.**

**A mis compañeros de maestría: Teresita Campa, Mabel Guevara y Víctor Da Silva, por compartir conmigo su amistad y conocimientos**

## DEDICATORIA

**Al Padre, Señor del Universo, por mostrar a los sencillos las cosas que escondiste a los sabios y entendidos.**

**A mi madre la Sra. Yolanda Juárez García, por ser el mejor ejemplo que he tenido en toda mi vida de una mujer fuerte, feliz y amorosa.**

**A mis hermanos: Marcela, Hector, Dora, Lorena y Erick, por el cariño tan especial que me han tenido siempre.**

**A mis sobrinos: Gladys, Saúl, David, Doris, Fany, Alonso, Analy, Lalito, Alex y Samuel, con todo mi amor.**

**A Lupe, Miguel, Enrique y al Sr. José Luis Vela Romero, por formar parte de esta hermosa Familia.**

**A mis tíos Carmen, Graciela, Angela Teofilo y Moisés, por su continua motivación y amor recibidos.**

**Muy especialmente a mis dos grandes amigas: Maricruz González Juárez y Claudia Garduño Ortega, por todo su apoyo y cariño incondicional a pesar de la distancia.**

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
<b>1. INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del Problema .....	3
1.2 Hipótesis .....	7
1.3 Objetivos .....	7
1.4 Importancia del Estudio .....	8
1.5 Limitaciones del Estudio .....	9
1.6 Definición de Términos .....	9
<b>2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....</b>	<b>12</b>
2.1 Uso de Servicios de Salud .....	12
2.2 Creencias de Salud .....	15
2.3 Modelo de Creencias de Salud .....	17
2.4 Modelo de Creencias de Salud y Uso de Servicios de Salud de Detección Oportuna de Cáncer .....	22
2.5 Estudios Relacionados .....	24
<b>3. METODOLOGÍA .....</b>	<b>27</b>
3.1 Diseño de Investigación .....	27
3.2 Población .....	27
3.3 Plan de muestreo y muestra .....	27
3.4 Material .....	28
3.5 Procedimiento .....	30
3.6 Ética del Estudio .....	32

<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 Datos Descriptivos .....	34
4.2 Análisis Correlacional .....	40
4.3 Análisis de Varianza No Paramétrica.....	44
4.3.1 Prueba de Hipótesis .....	59
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
5.1 Conclusiones .....	66
5.2 Recomendaciones .....	67
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>68</b>
<b>APÉNDICES</b>	
<b>APÉNDICE A.- INSTRUMENTO DE CREENCIAS                   DE SALUD DE CÁNCER                   CERVICOUTERINO Y MAMARIO .....</b>	<b>73</b>
<b>APÉNDICE B.- INSTRUMENTO DE USO DE                   SERVICIOS DE SALUD DE                   DETECCIÓN OPORTUNA DE                   CÁNCER .....</b>	<b>77</b>
<b>APÉNDICE C.- OPERACIONALIZACION DE                   VARIABLES .....</b>	<b>79</b>
<b>APÉNDICE D.- CONTRATO DE PARTICIPACIÓN                   EN LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>90</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Confiabilidad de las Subescala y Escala del instrumento de CSCACUYMA .....	31
2. Estadísticas Descriptivas para los de Índices de CSCACUYMA de las Mujeres .....	40
3. Resultados de la Prueba de Kolmogorov Smirnov Para Normalidad de los Índices de CSCACUYMA de las Mujeres .....	40
4. Coeficiente de Correlación de Spearman entre CSCACUYMA y USSDOC de las Mujeres .....	41
5. Composición de la Combinación 1 y Número de Casos ....	44
6. Composición de la Combinación 2 y Número de Casos ....	45
7. Composición de la Combinación 3 y Número de Casos ....	45
8. Composición de la Combinación 4 y Número de Casos ....	46
9. Resultado de la Prueba de Kruskal Wallis para las Combinaciones de CSCACUYMA, de las Mujeres .....	46
10. Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mama con el Índice de Beneficios Percibidos de las Mujeres .....	47

11.	<b>Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mama con el Índice de Barreras Percibidas de las Mujeres .....</b>	<b>48</b>
12.	<b>Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con el Índice de Beneficios Percibidos de las Mujeres .....</b>	<b>48</b>
13.	<b>Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con el Índice de Barreras Percibidas de las Mujeres .....</b>	<b>49</b>
14.	<b>Combinación Edad y Número de Partos con Barreras Percibidas de las Mujeres.....</b>	<b>49</b>
15.	<b>Combinación Escolaridad, Número de Partos con Barreras Percibidas de las Mujeres.....</b>	<b>50</b>
16.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 1 con el Índice de Beneficios Percibidos .....</b>	<b>51</b>
17.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 1 con el Índice de Barreras Percibidas .....</b>	<b>51</b>
18.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 2 con el Índice de Beneficios Percibidos .....</b>	<b>52</b>
19.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 2 con el Índice de Barreras Percibidas .....</b>	<b>52</b>
20.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 3 con el Índice de Barreras Percibidas .....</b>	<b>53</b>
21.	<b>Resultados de las Combinaciones Múltiples de los Rangos Medios Para la Combinación 4 con el Índice de Barreras Percibidas .....</b>	<b>53</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
1.	Modelo de Creencias de Salud .....	21
2.	Adaptación en contenido del Modelo de Creencias de Salud .....	23
3.	Edad de las Mujeres .....	36
4.	Escolaridad de las Mujeres .....	36
5.	Número de partos de las mujeres .....	37
6.	Edad de Inicio de Vida Sexual de las Mujeres .....	37
7.	Conocimiento sobre Condiciones para Realizarse el Examen de Cáncer Cervicouterino .....	38
8.	Conocimiento sobre el Procedimiento para Realizarse el Examen de Cáncer de Mamas .....	38
9.	Mujeres que se han Realizado el Exámenes de Cáncer de Mamas .....	39
10.	Mujeres que se han Realizado el Exámenes de Cáncer Cervicouterino .....	39
11.	Motivos por los que no se Realizan el Examen de Cáncer Cervicouterino .....	40



12.	Motivos por los que no se Realizan el Examen de Cáncer de Mamas .....	40
13.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Beneficios Percibidos.....	52
14.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Beneficios Percibidos.....	52
15.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Barreras Percibidas.....	53
16.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Barreras Percibidas.....	53
17.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Beneficios Percibidos .....	54
18.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Beneficios Percibidos .....	54
19.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Barreras Percibidas.....	55
20.	Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Barreras Percibidas.....	55
21	Promedio de la Combinación Edad y Número de Partos con Barreras Percibidas.....	56
22	Promedio de la Combinación Escolaridad y Número de Partos con Barreras Percibidas.....	57

## RESUMEN

Liliana González Juárez

Fecha de Graduación: Septiembre 1997

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: CREENCIAS DE SALUD DE LAS MUJERES Y USO DE SERVICIOS DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

Número de páginas: 91

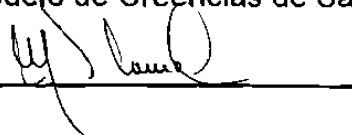
Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Enfermería en Salud Comunitaria.

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito fue identificar la relación entre las creencias de salud en mujeres y uso de servicios de detección oportuna de cáncer. El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal; el tipo de muestreo fue probabilístico postestratificado; la muestra estuvo constituida por 402 mujeres. Se aplicaron dos cuestionarios diseñados por la investigadora: creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario y uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer.

**Contribuciones y Conclusiones:** Los índices promedios más altos de creencias de salud fueron para mujeres que hacen uso del programa de detección oportuna cáncer cervicouterino y mamario en relación a beneficios con promedios de 86.26 y 86.71 respectivamente. Para barreras percibidas se obtuvieron promedios de 64.77 y 67.43 respectivamente, mientras que las que nunca han utilizado este servicio, los beneficios percibidos medios fueron 79.45 y 82.43 respectivamente, en relación a barreras se obtuvo una media de 40.06 y 49.93 respectivamente. Por otra parte se encontró asociación positiva y significativa entre las variables de beneficios percibidos y uso de servicios de detección oportuna de cáncer con una  $r_s = .1874$ ,  $p < .001$  y para el mamario  $r_s = .1654$ ,  $p < .001$ . Se encontró asociación positiva y significativa entre las variables de barreras percibidas y uso de detección oportuna de cáncer cervicouterino de  $r_s = .5247$ ,  $p < .001$  y para el mamario  $r_s = .4088$ ,  $p < .001$ . Los resultados apoyan la relación entre beneficios y barreras percibidas con el uso del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1958).

FIRMA DEL ASESOR: \_\_\_\_\_



## CAPITULO 1

### INTRODUCCIÓN

Las actividades de prevención y control de cáncer cervicouterino y mamario se desarrollan como una prioridad de las políticas del Sector Salud en México.

Las tasas de mortalidad han permanecido estables durante los últimos años, a pesar de la existencia de un programa nacional de detección oportuna de cáncer, lo cual puede indicar una aceptación insuficiente por parte de las mujeres, de este tipo de servicios de salud.

Uno de los principales factores que tiene que ver con la subutilización de los servicios de salud, según reportes de la Organización Mundial de la Salud (1996), Wouters (1993), Bronfman, (1994), son los relacionados con las características culturales y socioeconómicas de la población, que determinan diferentes patrones de atención a la salud.

En México, la mujer relega a un segundo plano el cuidado de su salud, a pesar de desempeñar el rol de procuradoras de cuidados en la familia, ya que

prefiere atender la salud de los hijos y pareja antes que la propia, sin pensar que es fundamental conservar su estado de salud para poder cumplir satisfactoriamente con el rol de madre y proveedora de cuidados en la familia (Federación Mexicana de Universitarias, 1993).

El propósito del presente estudio fue determinar si las creencias sobre salud de cáncer cervicouterino y mamario de la mujer, se relacionan con la probabilidad de hacer uso del programa de detección oportuna de cáncer, basados en el modelo de Creencias de Salud, de Rosenstock (1958), el cual describe la importancia que tiene la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas para emprender una acción preventiva de salud.

Al conocer las creencias de salud de la mujer se estará en mejor posición para planear la intervención de la Enfermera Comunitaria, con el propósito de conseguir una mejor adherencia al uso del programa de detección oportuna de cáncer, al superar las barreras sociales y culturales que limitan el acceso de la mujer a este servicio de salud.

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional. La muestra del estudio estuvo conformada por mujeres de 15 a 74 años que usan y no los servicios de salud de detección oportuna de cáncer, seleccionadas por un muestreo probabilístico al azar postestratificado.

## 1.1 Planteamiento del problema

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (1992), adoptó como resolución continuar con la estrategia general para alcanzar salud para todos en el año 2000, donde se tiene como prioridad el alcanzar la cobertura de los servicios de salud para grupos de poblaciones con mayores necesidades.

El derecho a la protección de salud en México, se señala en el artículo 4to. constitucional y una de las estrategias básicas para su cumplimiento es lograr que el sistema de salud promueva la utilización de servicios de primer nivel de atención; para la prevención, detección y control oportuno de enfermedades.

Sin embargo, los servicios de salud enfocados a la atención de la mujer se ven influenciados por diversos factores de la organización del proveedor de servicios y del propio sistema de salud, que dificultan el acceso y utilización de estos, manifestado por el creciente aumento de causas de morbimortalidad relacionadas con la condición de género (Organización Mundial de la Salud, 1996).

En México, según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1995), la mujer constituye el 50.7 por ciento de la población total en el país y dentro de las diez primeras causas de mortalidad general se observa el cáncer cervicouterino y mamario como uno de los problemas de salud pública más importantes de atención en la mujer, al

observarse una tasa de cáncer cervicouterino de 4.8 a nivel nacional (Subsecretaria Estatal de Salud, 1996).

En el Estado de Nuevo León el cáncer cervicouterino y mamario se encuentran en la segunda y primera causa de muerte en mujeres en edad fértil, con una tasa de 2.9 y 4.1 respectivamente, según reportes de la Subsecretaria Estatal de Salud (1995). Por lo que se puede observar, que en contraste con las tasas de incidencia a nivel nacional, el cáncer cervicouterino tiende a disminuir y el cáncer mamario a incrementarse.

El Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública (1996), menciona que solo 13 por ciento de los casos de cáncer cervical fueron potencialmente prevenibles con el examen de cáncer cervicouterino, debido a que las mujeres acuden tardíamente a los servicios de detección de cáncer y en el 55 por ciento de los casos, asisten por que presentan síntomas ginecológicos asociados, lo cual puede asociarse, con la escasa cultura preventiva de la población mexicana.

Robles y col (1996), refieren que la mortalidad por cáncer de cuello de útero en México, ha bajado más en mujeres de 35 a 55 años que en ningún otro grupo de edad, lo que sugiere que sea un beneficio directo del programa de detección oportuna de cáncer, debido a que son ellas quienes participan en forma sostenida en este tipo de servicios de salud, a diferencia del grupo de mujeres de mayor edad en quienes se observo el aumento más marcado (3.5 por ciento al año).

Yi (1996), menciona que la detección del cáncer cervical en mujeres en los Estados Unidos a través de papanicolaou ha declinado la mortalidad y la incidencia de cáncer invasivo de cervix, al detectar lesiones presintomáticas que son curables. Por lo tanto se considera necesario identificar los factores que determinan el uso de los servicios de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Klimovsky y Matos (1996), Najera y col. (1996), mencionan que algunos de los factores que propician y en otros obstaculizan el uso del examen de cáncer cervicouterino, se encuentran la edad, la escolaridad, el riesgo individual de cáncer, el temor a la enfermedad y la falta de conocimientos sobre ella. Así como a la función de la necesidad percibida por el paciente, de acudir al servicio de salud. Por lo tanto podría considerarse que las creencias de salud determinan diferentes patrones de utilización de servicios de salud.

Clark (1995) y Pender (1996), mencionan que las creencias y percepciones, pueden servir como factores predisponentes significativos que afectan la decisión y prácticas respecto al cuidado de la salud de los individuos. Al respecto, Rosenstock (1958), en el Modelo de Creencias de Salud refiere que la probabilidad de emprender una acción preventiva de salud, depende de algunas variables como; la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas.

Burk y col (1995), en un estudio cualitativo sobre creencias y conductas de salud de las mujeres México - americanas embarazadas, refieren que la

mujer para acercarse a un servicio de salud requiere de la presencia de parientes cercanos y lejanos de su familia en las visitas de cuidado prenatal o durante su experiencia en el parto y que prefieren a un encargado de la salud del sexo femenino durante la exploración física, que de no cumplirse pueden actuar como barreras que limitan la utilización de los servicios de salud enfocados a la atención de la mujer.

Además de lo anterior, González (1995), refiere que algunas mujeres, por la situación económica deficiente que prevalece han tenido que extender sus actividades domésticas hacia actividades económicas formales e informales como la industria, el comercio, entre otras, que dificultan en mayor medida la utilización y acceso a los servicios de salud.

Por lo tanto, el presente estudio pretende conocer si las creencias de salud motivan la toma de decisión de la mujer para el uso de servicios de detección oportuna de cáncer, que orienten a la enfermera comunitaria a lograr el máximo potencial de salud y bienestar de la mujer, al considerar la conducta de salud bajo el contexto sociocultural donde se desarrolla.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Qué relación existe entre las creencias de salud de la mujer y el uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer?**



## 1.2 Hipótesis

Las hipótesis del estudio son:

Hipótesis 1:

A mayor susceptibilidad percibida por la mujer para padecer cáncer cervicouterino y mamario mayor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Hipótesis 2:

A mayor severidad percibida por la mujer para padecer cáncer cervicouterino y mamario mayor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Hipótesis 3:

A mayores beneficios percibidos por la mujer más utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Hipótesis 4:

A mayores barreras percibidas por la mujer menor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

## 1.3 Objetivos

Objetivo general.-

Identificar la relación entre las creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario de la mujer y el uso de servicios del programa de detección oportuna de cáncer.

### **Objetivos específicos.-**

Identificar la susceptibilidad y severidad percibida por las mujeres con respecto al cáncer cervicouterino y mamario.

Conocer los beneficios y barreras percibidas por las mujeres con respecto al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Determinar los factores modificadores como edad, escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual de las mujeres del estudio.

Estimar la consistencia interna del instrumento de creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario (CSCACUYMA).

### **1.4 Importancia del estudio**

La importancia del estudio se encontró en torno a que los resultados obtenidos contribuyen a describir la utilidad teórica de las variables del Modelo de Creencias de Salud, al mostrar que las creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario de las mujeres intervinieron en la utilización de los servicios del programa de detección oportuna de cáncer de primer nivel de atención.

El estudio puede influir en la práctica de la enfermera comunitaria, para implementar estrategias que permitan incrementar el uso de servicios del programa de detección oportuna de cáncer de primer nivel de atención, al desarrollar acciones que promuevan una cultura orientada a la promoción,

prevención y detección de cáncer cervicouterino y mamario en ausencia de síntomas, al tomar en cuenta los resultados encontrados en el estudio en cuanto a beneficios y barreras.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Los resultados del estudio sólo podrán generalizarse a la población de mujeres adultas de 15 a 74 años que tengan características similares a la población de estudio.

El instrumento de creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario fue desarrollado por la autora, sin embargo, considera algunas preguntas del instrumento de Creencias de Salud de Rappsilber, Castillo y Gallegos (1994). Los resultados de Alpha de Cronbach del instrumento de Creencias de Salud de Cáncer Cervicouterino y Mamario mostró baja consistencia en la subescala de beneficios (.50), sin embargo la escala total fue de .74.

### **1.6 Definición de términos**

Los siguientes conceptos son derivados del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1958):

Creencias de salud.- Son ideas o conceptos que tiene la mujer en relación con el cáncer cervicouterino y mamario, sobre la probabilidad de enfermar

(susceptibilidad) y lo grave que pueda resultar el cáncer cervicouterino y mamario (severidad).

Susceptibilidad percibida.- Probabilidad estimada por la mujer de contraer el cáncer cervicouterino y mamario, en un futuro, relacionada con sus características personales de estado de salud, estilo de vida, antecedentes patológicos personales.

Severidad percibida.- Grado de preocupación de lo grave que pueda resultar contraer cáncer cervicouterino y mamario, que pudiera traerle serias consecuencias, en su forma de vida, relación de pareja, cambios físicos, así como limitaciones para cumplir con las actividades desarrolladas y preocupación por morir.

Factores modificadores.- Son características de la mujer como la edad, escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual que afectan la predisposición a utilizar servicios de salud de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Beneficios percibidos.- Son las creencias de la mujer acerca de la efectividad del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Barreras percibidas.- Obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan la mujer utilizar los servicios de salud de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Uso de Servicios de salud de detección oportuna de cáncer.- Frecuencia de utilización de servicios de salud de detección oportuna cáncer (examen de cáncer cervicouterino y autoexploracion de mamas).

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Uso de Servicios de Salud**

Los Sistemas de Salud son una respuesta social organizada para la atención de la problemática de salud - enfermedad de la población, y tienen como estrategia fundamental el ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, especialmente a grupos mas desprotegidos .

Kroeger y Luna (1992), describen que existen algunos aspectos que cubrir, para alcanzar la cobertura de los servicios de salud, tales como mejorar el acceso y utilización de estos, a través de una oferta sostenida y regular acorde a los problemas y necesidades de salud de la comunidad. Además, mencionan que la aceptación de los servicios por parte de las comunidades debe ser expresada por una utilización y participación real de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (1996), y Wouter (1993), refieren que existe una subutilización de los servicios de salud, lo cual puede ser indicio

de la baja productividad de los mismos y de una escasa consideración del aspecto cultural del usuario, lo que puede dar como resultado una reducida participación de las mujeres en el programa de detección oportuna de cáncer.

En la actual Reforma del Sistema de Salud (1995 - 2000), menciona que los servicios de salud enfocados a la atención de la mujer deben ser capaces de responder a la realidad epidemiológica donde se encuentran inmersos y considerar las características culturales y socioeconómicas de la población para lograr un impacto real en la salud y la incidencia de enfermedades.

Bronfman y col. (1994), en un estudio cualitativo sobre los determinantes y modalidades de utilización de los servicios de salud, refieren que la selección de un servicio de salud depende de varios factores como; la derechohabencia, la capacidad de pago, el tipo de enfermedades que se trate y de las experiencias vividas por los utilizadores de los diferentes servicios de salud, lo que determina diferentes patrones de atención a la salud.

Sin embargo, existe un gran porcentaje de la población que solo asiste, a algún servicio de salud ante la presencia de síntomas desconocidos o poco frecuentes que producen temor a la incapacidad o la muerte, después de haber utilizado las propias estrategias curativas, generalmente desarrolladas en el ámbito doméstico o de las farmacias, así como después de haberlo consultado con los miembros de la familia, para posteriormente acudir a los servicios de salud, como lo refiere Bruk (1995) y Bronfman y col (1994).

Clark (1995), en un estudio sobre creencias y percepciones de mujeres gestantes que escogen diferentes proveedores de cuidados para la salud, menciona que debe estimularse a las mujeres a aprender acerca de los beneficios del cuidado de su salud, del sistema de prestación de servicios, de las opciones del tipo de proveedor y que es de particular importancia ayudarlas a encontrar una adaptación con un proveedor de cuidados a la salud que satisfaga sus necesidades tales como; el requerir que algún pariente cercano o lejano de su familia asista a las visitas de cuidado prenatal o durante su experiencia durante el parto.

Jasis (1987) en un estudio sobre el perfil de opinión y uso de servicios de salud materno - infantil en Tijuana, encontró que las mujeres refieren que el tipo de atención relacionada con experiencias negativas, influyen en la decisión de utilizar servicios médicos privados en lugar de los servicios destinados a población abierta, en los que el pago por la consulta se percibe como garantía de obtener un servicio adecuado.

Infante (1988), en un estudio sobre las bases para el estudio de la interacción familia - redes sociales - uso de servicios de salud, menciona que la percepción de la enfermedad individual influye en la detección de diversas enfermedades y uso de servicios preventivos o curativos. Así como la cultura, el nivel de educación, las creencias, religiosidad, la edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico. Por lo tanto, existen diversos factores que se relacionan con el uso de servicios de salud.



Bronfman y col (1994), mencionan que el conocer las modalidades de utilización de los servicios de salud, constituyen una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la adherencia a los programas de atención de salud de la mujer y el estado de salud de la población.

## 2.2 Creencias de Salud

Burk y col. (1995), en un estudio cualitativo llamado creencias salud de las mujeres Mexicano - Americanas embarazadas y relación con el cuidado primario, mencionan que el cuidado susceptible culturalmente esta basado en el respeto a las creencias, actitudes y estilos culturales de vida de los pacientes.

Miranda y Oviedo (1994), en un estudio cualitativo sobre la demanda de servicios de salud en México, mencionan que muchas mujeres manifiestan incomodidad por ser atendidas por un hombre. Se les obliga a romper con ciertos tabúes culturales que tienen que ver con la noción del cuerpo y de la persona, que dificultad la toma de decisión de la mujer para asistir a servicios de salud enfocados a su atención. Al respecto Burk y col (1995), describen que las mujeres se muestran inconformes cuando les tocan su cuerpo durante el examen de las glándulas mamarias, por lo que recomienda considerar este aspecto, para lograr una mayor aceptación de la mujer hacia este servicio de salud.

Quintero (1995), en un estudio sobre creencias de la mujer embarazada, encontró asociación entre el cuidado prenatal con la escolaridad ( $p = .05$ ,  $V$  Cramer = .22) y estado civil ( $p = .01$ ,  $V$  Cramer = .19). Los cuidados que realiza la mujer durante el embarazo se asociaron significativamente con susceptibilidad y severidad percibida ( $p = .05$ ,  $V$  Cramer = .36), sin embargo con el control prenatal no se asoció, por lo que se puede observar que la percepción individual de la mujer embarazada, puede determinar el que ella realice los cuidados durante este período. Así mismo, encontró que los beneficios no se asociaron con el control prenatal pero si con los cuidados que la embarazada realiza durante este periodo ( $p = .05$ ,  $V$  Cramer = .33). Las barreras solo se asociaron con los cuidados que realiza la mujer durante este periodo ( $p = .008$ ,  $V$  Cramer = .32).

Berumen (1996), en un estudio sobre creencias maternas y prevención de crisis en el niño con asma obtuvo, en relación a la susceptibilidad percibida por las madres, la posibilidad de una nueva crisis era mas importante que la frecuencia de las mismas. En relación a la severidad percibida por indicadores que hablan sobre cambios; de vida, del desarrollo y en la familia, encontró que mas del 50 por ciento de las madres no les resultó severa la enfermedad, el índice que obtuvo una mayor puntuación en un escala de 0 a 100 fue severidad ( $M = 69.31$ ,  $D.E. = 31.50$ ) y susceptibilidad ( $M = 29.44$ ,  $D.E. = 24.53$ ). Así mismo, observo una correlación positiva moderada en las subescalas de susceptibilidad y severidad percibida ( $p = .04$ ).

Polly (1996), en un estudio sobre creencias de diabetes, conductas de autocuidado y control glicémico entre adultos mayores con diabetes mellitus no insulino dependiente, encontró que el nivel de educación se correlacionó significativamente con la adherencia al régimen de autocuidado ( $r = 0.38$ ,  $p = .000$ ), así como con las barreras percibidas al tratamiento ( $r = - 0.24$ ,  $p = .02$ ), mientras que la severidad percibida de la diabetes se relacionó significativamente con el control glicémico ( $r = 0.21$ ,  $p = .03$ ).

### 2.3 Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud fue desarrollado inicialmente por Rosenstock, Hochbaum y Kegeles en 1958, con la finalidad de explorar el proceso general de la gente para aceptar la prevención y detección oportuna de enfermedades, el cual fue modificado por Becker y col. en 1977, (ver figura 1).

El origen del Modelo de Creencias de Salud se basa en la teoría psicosocial, especialmente del trabajo de Lewin.

Las variables del modelo son: a) Percepciones individuales, b) Factores modificadores y c) Probabilidad de acción.

a) Percepciones individuales: Condición psicológica que determina el grado de amenaza percibida para emprender una acción. Se compone de las variables de susceptibilidad y severidad percibida con respecto a una

enfermedad, estas se encuentran relacionadas directamente con la amenaza percibida de la enfermedad y ésta a su vez con la probabilidad de emprender una acción de salud.

**Susceptibilidad percibida.** Es la probabilidad estimada por el individuo de desarrollar una enfermedad específica. La respuesta del individuo a un riesgo percibido puede ser el rechazo o aceptación de una posibilidad de peligro real, (Leahy, 1982).

**Severidad percibida.** Es el grado de preocupación de contraer alguna enfermedad que podría tener serias consecuencias. Esta puede incluir implicaciones más amplias y complejas como los efectos de la enfermedad en su trabajo, en su vida familiar y en sus relaciones sociales.

**Amenaza percibida.** Está determinada por la susceptibilidad y severidad percibidas que representa la valencia negativa de la enfermedad y la predisposición a evitar el problema.

b) **Factores modificadores:** Son características que afectan la predisposición a emprender conductas preventivas. Se encuentran conformados por las variables demográficas sociológicas y estructurales, así como por las señales para la acción. Estos son propuestos en el modelo como algo que afecta la predisposición a emprender conductas preventivas.

**Variables demográficas.** Se refieren al sexo, raza, etnicidad y edad entre otras.

**Variables sociopsicológicas.** Tienen que ver con la influencia de la presión social en la estipulación a realizar acciones apropiadas de salud aun cuando existan niveles bajos de motivación individual al cambiar las actitudes o creencias y obligar ajustarse a las normas de conducta del grupo.

**Variables estructurales.** Se componen de dos elementos, conocimiento acerca de la enfermedad y el contacto previo con la misma.

La consideración de estas variables es útil cuando se verifican o prueban factores de riesgo determinando las percepciones individuales y los beneficios percibidos de acciones particulares y la obtención de información perteneciente a preocupaciones específicas de salud, (Leahy, 1982).

**Señales para la acción.** Factores que afectan la incidencia de la conducta de salud, al impulsar las acciones apropiadas. Esta variable no ha sido estudiada sistemáticamente, debido a las dificultades de recordar retrospectivamente los estímulos que iniciaron las conductas específicas. Entre mayor nivel de disposición, mayor será la intensidad de la señal necesaria para impulsar la acción. Los eventos pueden ser internos como imaginar desfigurada una parte del cuerpo o externos, como visitar a un miembro de la familia que tiene una enfermedad mortal.

c) **Probabilidad de acción.** Esta dada por la aceptación de la propia susceptibilidad a una enfermedad que, además, se considera grave, despierta en la persona una fuerza que la conduce a la acción, pero no determina la orientación particular que probablemente dará a su acción.

En la orientación que tendrá la acción influyen las creencias de las personas sobre la eficacia relativa de las posibles medidas que conoce y que puede tomar para reducir el riesgo de enfermedad al que se siente sometido.

La variable está compuesta por dos factores adicionales identificados en el modelo, que afectan, la probabilidad de acción estos son: Los beneficios y barreras percibidas. De tal forma que los beneficios menos las barreras determinan la probabilidad de emprender acciones de salud preventivas.

**Beneficios percibidos.** Son las creencias del individuo acerca de la efectividad de las acciones preventivas, tales como tener acceso a servicios de salud, mayor conocimiento sobre la enfermedad, entre otros.

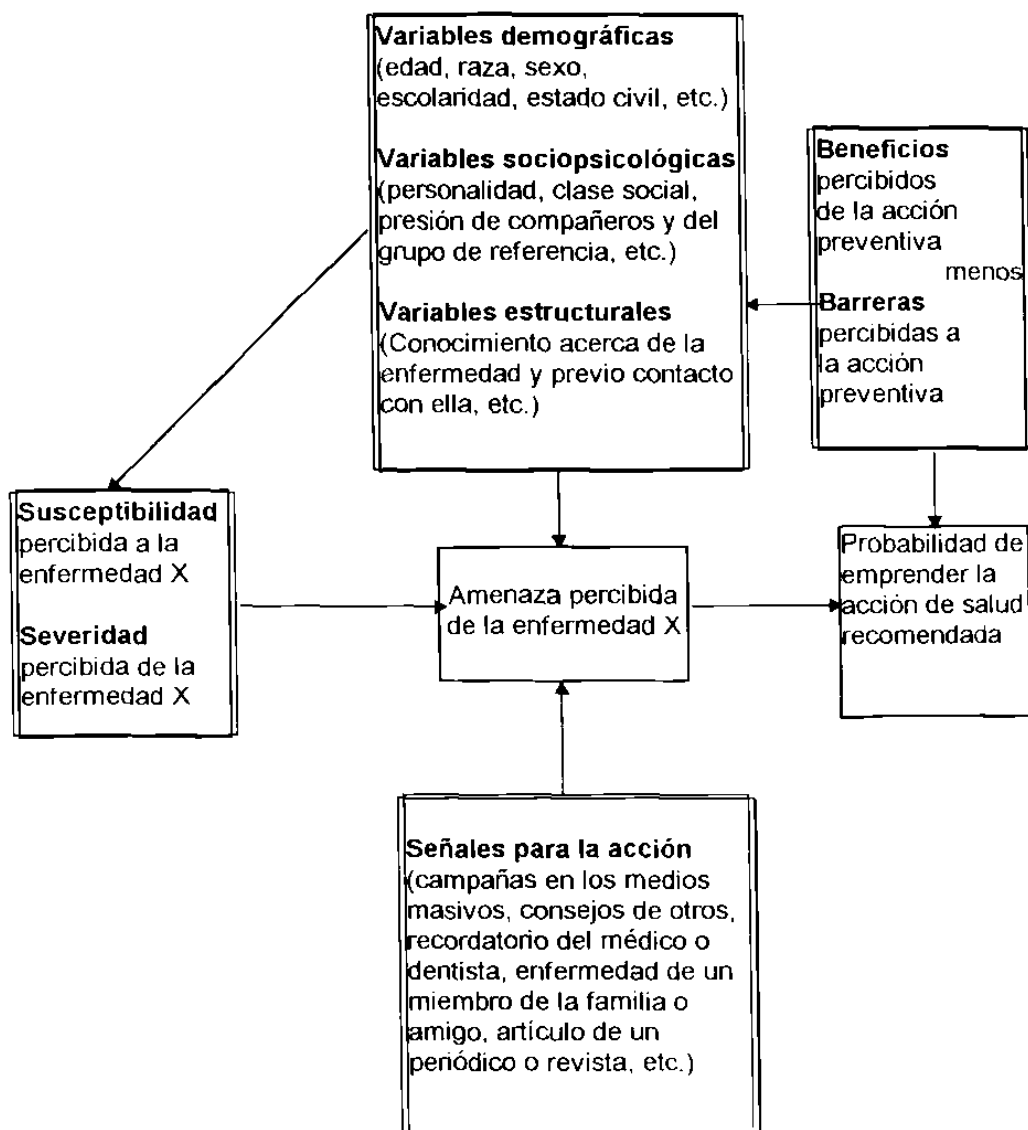
**Barreras percibidas.** Son aquellos obstáculos percibidos o reales del individuo que impiden o dificultan obtener la atención preventiva, como el costo, lo desagradable, el temor, el dolor y la distancia cultural, entre otros.

Las barreras hacia la acción pueden ser actitudes alternativas desagradables, o fuerzas negativas que producen conflictos dentro del individuo y por lo tanto influyen en las acciones. Los aspectos negativos de una acción de salud sirven como barrera para la acción y afectan la disposición para actuar, (Leahy, 1982).

FIGURA 1

## MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

(Rosenstock, 1958)

1) PERCEPCIONES  
INDIVIDUALES2) FACTORES  
MODIFICADORES3) PROBABILIDAD  
DE ACCIÓN

## **2.4 Modelo de Creencias de Salud y Uso de Servicios de Salud de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Mamario**

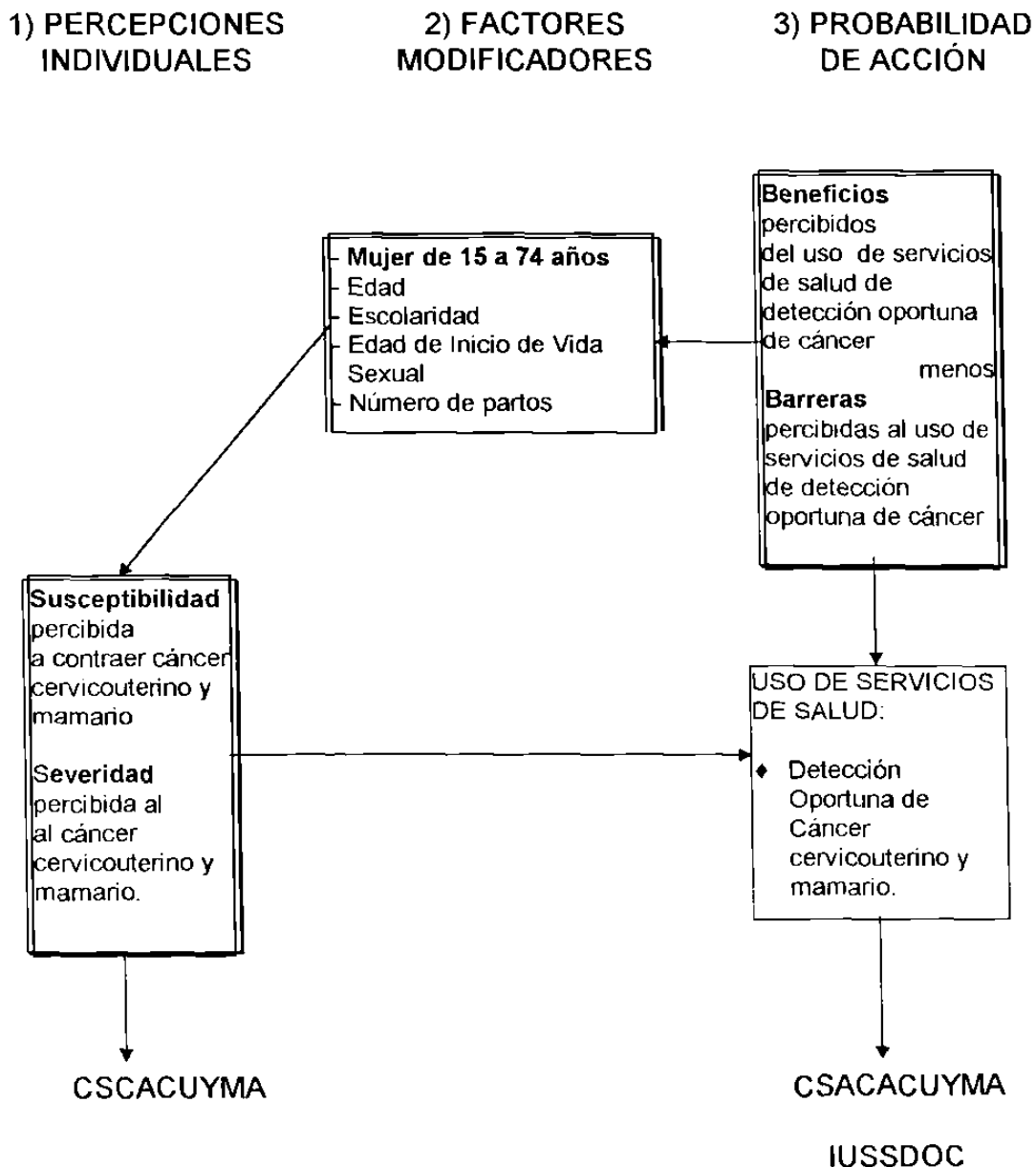
El modelo de Creencias de Salud, permitirá conocer la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas y su influencia en la toma de decisiones sobre acciones de salud de las mujeres, al elegir utilizar o no los servicios de salud de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, considerando el contexto sociocultural de la población.

Los factores modificadores como; la edad, escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual, afectan la predisposición a utilizar los servicios de salud para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario y se relacionan con el grado de susceptibilidad y severidad percibida a el cáncer cervicouterino y mamario.

Las creencias son determinadas por el tipo de experiencias vividas y características de la mujer que a su vez determinan una amenaza a la salud personal que puede incrementar el uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer. Sin embargo, es necesario lograr la convicción de que se adquieren beneficios al hacer uso de este servicio y que estos superan las barreras encontradas (Ver figura 2).



**FIGURA 2**  
**Adaptación en contenido del Modelo de Creencias de Salud**  
**(González y Alonso, 1997)**



## 2.5 Estudios Relacionados

Yi (1996), en un estudio basado en el Modelo de Creencias de Salud sobre factores que afectan la conducta para prevenir el cáncer cervical de mujeres Cambodianas en Houston, Texas, mencionó que las barreras percibidas fueron asociadas con la probabilidad de haberse realizado el examen de papanicolaou ( $X^2(2, N=216) = 46.736$ ,  $p = .001$ ), cuanto mayor fuera la barrera percibida menor era la probabilidad de que se hubieran hecho un examen de papanicolaou. La severidad percibida ( $X^2(1, (N=216) = 15.311$  y  $p = .001$ ) y los beneficios percibidos de ( $X^2(2, (N=216) = 33.125$  y  $p = .001$ ) influyeron sobre la probabilidad de haberse hecho el examen. La susceptibilidad percibida no se relacionó en forma significativa con el examen previo de papanicolaou. En relación a las variables sociodemográficas, la educación y número de hijos predicen mejor el uso del examen de papanicolaou.

Terán (1993), en un estudio sobre la influencia de las creencias maternas de salud en el uso de programas preventivos materno infantiles, al relacionar la susceptibilidad que la madre tenía de enfermar de flujo vaginal, con la frecuencia de uso del programa de detección oportuna de cáncer, razón por la cual la madre cumplía siempre con las citas de control, encontró asociación ( $p = .05$ ,  $V$  de Cramer = 0.54). Al relacionar severidad y beneficios percibidos y la frecuencia de uso del programa de detección oportuna de

cáncer, encontró asociación ( $p = .05$ ,  $V$  de Cramer = 0.38 y .037 respectivamente). En relación a las barreras percibidas, dadas por la dificultad que tiene la mujer en llegar de su casa al centro de salud y la frecuencia de uso del programa de detección oportuna de cáncer, encontró asociación ( $p = .05$ ,  $V$  de Cramer = 0.54), concluyó que existe relación entre la variable uso de servicios preventivos y los componentes del Modelo de Creencias de Salud; susceptibilidad, señales de acción y barreras percibidas.

Champion (1985), en un estudio sobre el uso del Modelo de Creencias de Salud en la determinación de la frecuencia del autoexamen de mama, encontró a través de un análisis de regresión múltiple que la combinación de variables especificadas en el modelo de creencias de salud describen la frecuencia del autoexamen de seno a un nivel significativo, que al examinar independientemente cada concepto, las barreras representan la mayor parte de la varianza (23%) en la variable dependiente de la frecuencia de autoexamen de seno. Los conceptos de beneficios, susceptibilidad y severidad percibida no añadieron un monto significativo a la descripción de la frecuencia del autoexamen de seno.

Champion (1987), en un estudio sobre la relación del autoexamen de senos con las variables del Modelo de Creencias de Salud, encontró que los beneficios estuvieron significativamente relacionados con el autoexamen de los senos ( $r = 0.26$ ,  $p = .001$ ). Se encontró una correlación significativa ( $r = 0.19$ ,

$p = .001$ ) entre la frecuencia y años de escolaridad. Los años de escolaridad también estuvieron significativamente correlacionados con los beneficios ( $r = 0.19$ ,  $p = .0001$ ) y las barreras ( $r = -.024$ ,  $p = .001$ ). Las personas con mayor nivel de educación percibían mayores beneficios y menos barreras al autoexamen de los senos. La edad no se relacionó con ninguna de las variables.

Fulton y col (1991), en un estudio basado en el Modelo de Creencias de Salud de los predictores de la exploración selectiva del cáncer de mama de mujeres de 40 años de edad y más, encontró que en comparación con otras mujeres de la muestra, cerca de una cuarta parte percibieron alta susceptibilidad, mientras que el 30 por ciento percibió como alta la severidad hacia el cáncer de mama.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño del estudio**

La investigación fue de tipo descriptiva, correlacional y transversal (Polit y Hungler, 1994).

#### **3.2 Población**

La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 15 a 74 años de edad de una comunidad urbano marginada de Monterrey, Nuevo León.

#### **3.3 Plan de Muestreo y Muestra**

Se consideró como marco muestral el total de manzanas de la comunidad seleccionada (204), la unidad de muestreo fue la mujer de 15 a 74 años de edad. El tamaño de la muestra fue de 402, con un límite de error de estimación de .045 y un nivel de confianza del 95 por ciento ( $\alpha = .05$ ). El muestreo fue de tipo probabilístico postestratificado, se visitó un máximo de dos viviendas por manzana, identificadas aleatoriamente, donde residieran

mujeres que usaran y no los servicios de detección oportuna de cáncer, para posteriormente discriminar las muestras. Una vez identificado a un posible sujeto de estudio, se preguntó si cumplía con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Mujeres de 15 a 74 años,
- b) Residentes de la comunidad en estudio,
- c) Mujeres que hayan iniciado vida sexual.

### 3.4 Material

Se utilizaron dos instrumentos 1) Creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario (CSCACUYMA) y 2) Uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer (USSDOC), elaborados por la autora del estudio, en el primero de ellos consideró algunas preguntas del instrumento de Creencias de Salud de Rappsilber, Castillo y Gallegos (1994). Es importante mencionar que se contó con permiso de las autoras para realizar las adecuaciones necesarias para el estudio, el instrumento ha sido aplicado en población Mexicana, donde las cuatro dimensiones (susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas) mostraron coeficientes Alpha de Cronbach que variaron desde .60 hasta .75, para el cual se construyó una escala tipo likert de cuatro puntos por pregunta, de manera que en desacuerdo valiera 1, puede ser que no 2, puede ser que si 3 y de acuerdo 4, con una puntuación mínima de 35 puntos y una máxima de 140 puntos, de modo que el valor

máximo representara un mayor nivel de creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario. El cuestionario de CSCACUYMA, estuvo constituido por las variable de factores modificadores que incluye; edad, escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual, así como por las cuatro subescalas:

- 1) Susceptibilidad percibida, 10 preguntas con una subescala de 10 a 40 puntos,
- 2) Severidad percibida, 10 preguntas con una subescala de 10 a 40 puntos,
- 3) Beneficios percibidos, 8 preguntas con una subescala de 8 a 32 puntos,
- 4) Barreras percibida, 7 preguntas con una subescala de 7 a 28 puntos, (ver apéndice A).

El segundo instrumento uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer (USSDOC), constó de 13 reactivos, con preguntas abiertas y de opción múltiple, el cual fue elaborado por la autora del estudio donde se preguntó; si la mujer utilizó por lo menos una vez en la vida o nunca los servicios de detección oportuna de cáncer, conocimiento sobre condiciones y procedimiento para realizarse del examen de cáncer cervicouterino y mamario respectivamente, motivos por los que nunca han utilizado los servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, tipo de servicio de salud al que asisten con mayor frecuencia. (ver apéndice B).

Además se contó con material bibliográfico, microcomputadora, papelería, cronograma de trabajo y presupuesto de la investigación.

### 3.5 Procedimiento

Antes de la aplicación del estudio se cubrieron tramites correspondientes en la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de la Subsecretaría Estatal de Salud y al Programa UNI de la Universidad Autónoma de Nuevo León, a fin de contar con las facilidades para la aplicación del instrumento.

Se aplicó una prueba piloto del instrumento antes mencionado a 30 mujeres de 15 a 74 años de una comunidad con características similares a las elegidas para el estudio, que no formaron parte de la muestra y de esta forma se evaluó la comprensión, claridad y el tiempo de aplicación de las preguntas, posterior a la aplicación de la prueba piloto se hicieron cambios y se agregaron algunas preguntas a las subescalas.

En la aplicación del instrumento participaron la autora del estudio y cuatro licenciadas en enfermería a quienes se les capacitó acerca del Modelo de Creencias de Salud, procedimiento de aplicación del instrumento y formas de análisis estadístico. Se supervisó directamente por el investigador la aplicación de por lo menos 5 cuestionarios al inicio del levantamiento del estudio a cada uno.

La recolección de la información se obtuvo de forma directa al interrogar a las mujeres en su domicilio seleccionadas aleatoriamente, a quienes se les proporcionó información sobre el estudio y se les pidió su autorización verbal o



por escrito para su participación (ver apéndice D). Al iniciar la aplicación del instrumento, el encuestador estableció un clima de confianza, se informó el propósito del estudio y se procedió al llenado del mismo, el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 20 minutos. Al terminar su llenado se revisó por el investigador que no faltaran preguntas por contestar, para posteriormente ser codificadas y capturadas. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), para obtener listados de frecuencias, promedios, índices y tablas de correlación.

El análisis estadístico constó de estadísticas descriptivas, análisis de correlación de Spearman y la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para los índices generados, considerando varias combinaciones de los factores en estudio (Levin, 1977).

**TABLA 1**  
**Confiabilidad de las Subescalas y Escala del Instrumento de CSCACUYMA**

Escala y Subescala	Número de preguntas	Preguntas número	Alpha Cronbach
Susceptibilidad percibida	10	10,11,12,13,14,15,16,17,18,19	.73
Severidad percibida	10	20,21,22,23,24,25,26,27,28,29	.80
Beneficios percibidos	8	30,31,32,33,34,35,36,37	.50
Barreras percibidas	7	38,39,40,41,42,43,44.	.65
Escala Total CSCACUYMA	35	10, ..., 44.	.74

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La tabla 1 muestra la consistencia interna del instrumento, obtenida a través del coeficiente Alpha de Cronbach, estas variaron de .50 para Beneficios hasta .80 para Severidad percibida. Los valores más altos correspondieron a las subescalas de Susceptibilidad y Severidad percibida y los valores más bajos fueron para Beneficios y Barreras percibidas. La escala total proporcionó un coeficiente Alpha de Cronbach de .74.

Para la presentación de los resultados se utilizaron figuras y tablas, a través del programa de Microsoft Excell Versión 4.0 para Windows y el procesador de textos Microsoft Word para Windows.

### 3.6 Ética del estudio

Para el presente estudio se consideró lo dispuesto en:

1) El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (1987), en relación al Título segundo, Capítulo I, Art. 14, fracción V sobre el consentimiento informado del sujeto de investigación, ya que se dió una explicación amplia sobre los objetivos del estudio y libertad para que el sujeto de investigación decidiera su participación en el estudio. Art. 16, sobre la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación, por lo cual no se pidió nombre solo se preguntó si cumplía con los criterios de inclusión. Art. 17, fracción II, sobre estudios con riesgo mínimo, se mencionó al sujeto que no sufriría de daño alguno, ya que solo respondería a las preguntas hechas por el encuestador en caso de aceptar participar en el estudio y Art. 21

fracción I, II, VI, VII, VIII; sobre el consentimiento informado del sujeto de investigación , el cual recibió una explicación clara y completa del estudio.

2) Derechos Humanos y la Enfermería a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Secretaría Técnica del Consejo y Dirección de Capacitación (1992), en relación a; a) derecho de autonomía el cual menciona la capacidad moral y legal que tiene el paciente de tomar sus propias decisiones, las cuales deben ser respetadas por el personal de salud, b) derecho a la información, el cual refiere que para poder tomar decisiones es necesario que la persona tenga la información suficiente, explicada por el personal de salud, de una manera sencilla y clara y c) derecho a la confidencialidad, en el se considera el derecho que tiene el paciente de que la información que proporcione al personal de salud se maneje confidencialmente de acuerdo al "Secreto profesional".

3) Consejo Internacional de Enfermeras y Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. (1973), acerca de que la enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

## **CAPITULO 4**

### **RESULTADOS**

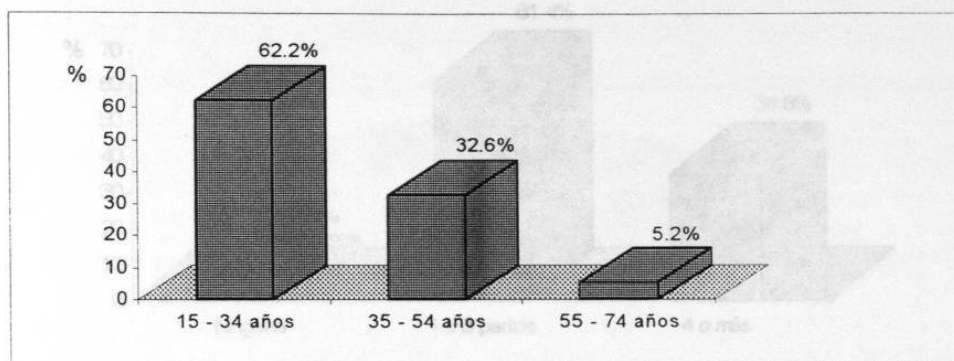
Los resultados del presente estudio corresponden a 402 mujeres de la comunidad estudiada, que usan y no usan los servicios de salud de detección oportuna de cáncer cervicouterino (por lo menos una vez = 298, nunca = 104) y mamario (por lo menos una vez = 194, nunca = 208). Se presentan tres secciones que corresponden a: 1) estadísticas descriptivas; 2) análisis de correlación; y 3) análisis de varianza no paramétrica.

#### **4.1 Datos descriptivos**

La figura 3 a la 12 corresponden a la edad; escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual, así como a información sobre el uso de servicios de detección oportuna de cáncer.

FIGURA 3

### Edad de las Mujeres Apodaca, NL, 1997



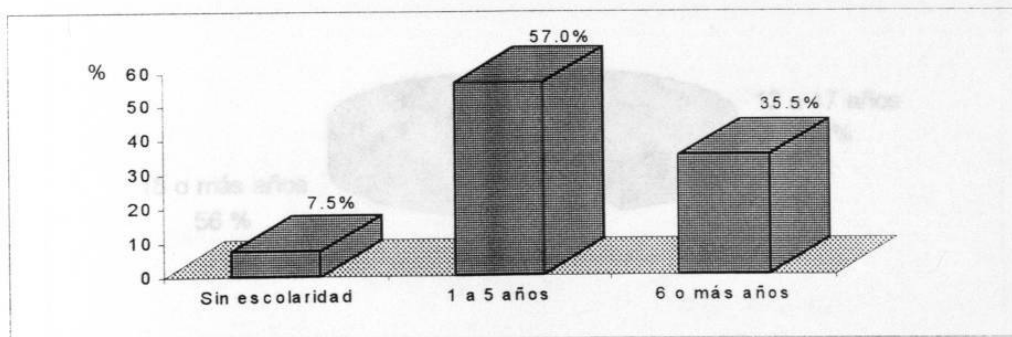
Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La figura 3 muestra la edad de las mujeres del estudio y se observa que el 62.2 por ciento de ellas tiene de 15 a 34 años y solo el 5.2 por ciento tienen de 55 a 74 años de edad.

FIGURA 4

### Escolaridad de las Mujeres



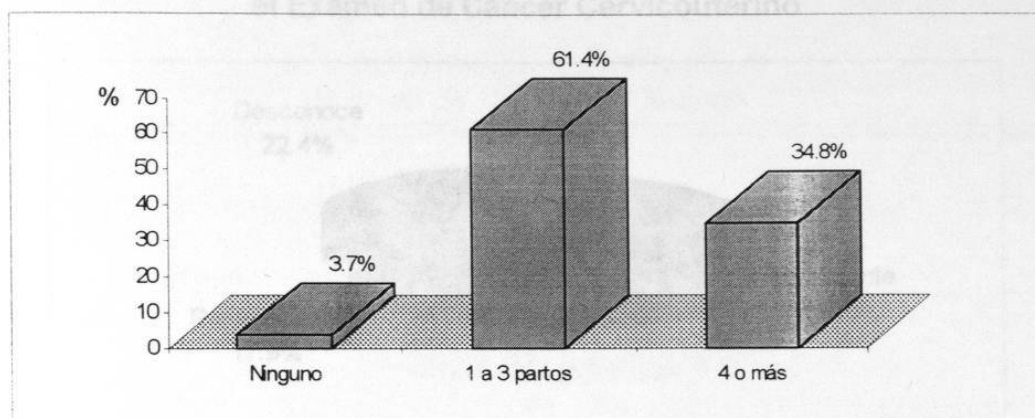
Fuente: CSCACUYMA

n = 402

El 57.0 por ciento de las mujeres tienen de 1 a 5 años de estudio, el 35.5 por ciento estudiaron 6 o más años y el 7.5 por ciento no tienen escolaridad, como se puede observar en la figura número 4.

FIGURA 5

## Número de partos de las Mujeres



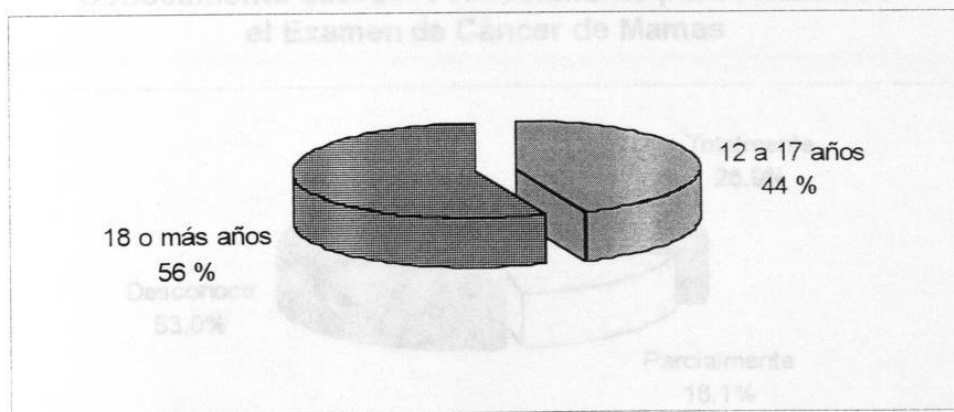
Fuente: CSCACUYMA

n = 402

En la figura 5 se muestra que el 61.4 por ciento han tenido de 1 a 3 partos, el 34.8 por ciento han tenido 4 o más y el 3.7 por ciento no han tenido partos.

FIGURA 6

## Edad de Inicio de Vida Sexual de las Mujeres



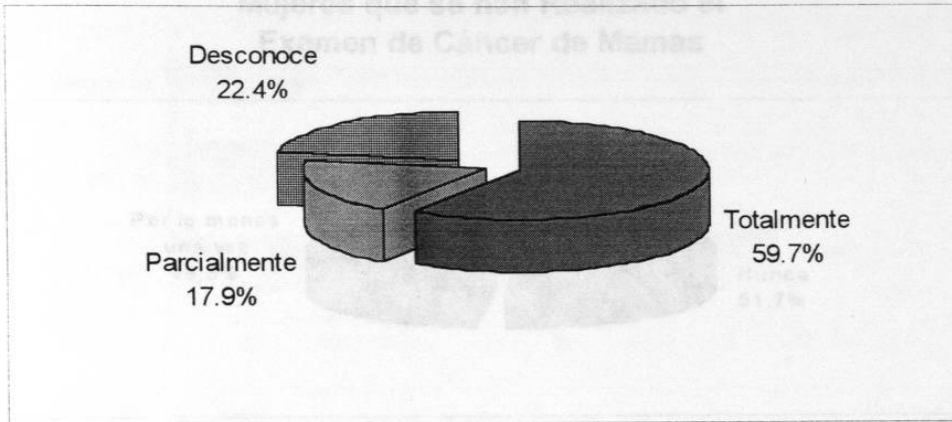
Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La figura 6 muestra la edad de inicio de vida sexual, el 56 por ciento de las mujeres la inicio a la edad de 18 ó más años y el 44 por ciento de los 12 a 17 años.

FIGURA 7

### Conocimiento sobre Condiciones para Realizarse el Examen de Cáncer Cervicouterino



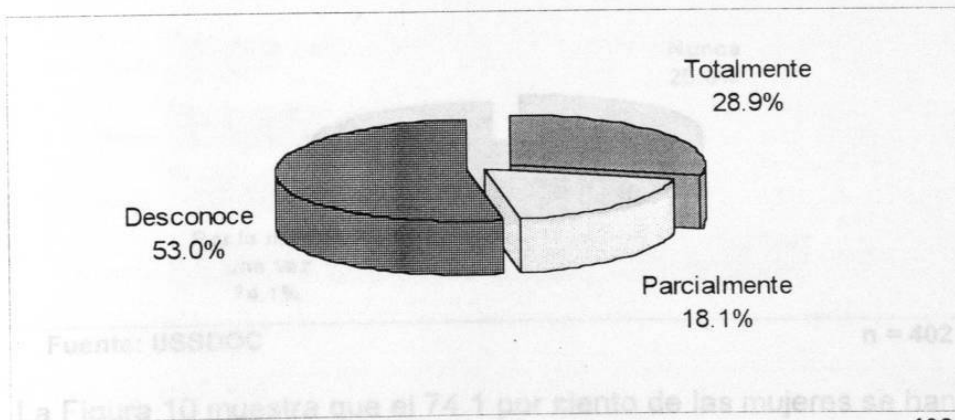
Fuente: USSDOC

n = 402

El 59.7 por ciento de las mujeres conocen totalmente en que condiciones deben presentarse a realizarse el examen de cáncer cervicouterino, el 22.4 por ciento lo desconoce y el 17.9 por ciento lo conoce parcialmente, como se muestra en la figura 7.

FIGURA 8

### Conocimiento sobre el Procedimiento para Realizarse el Examen de Cáncer de Mamas



Fuente: USSDOC

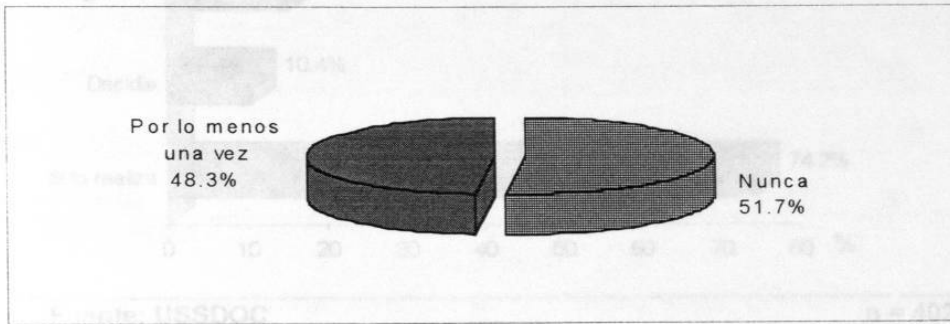
n = 402

En la figura 8 se muestra que el 53 por ciento de las mujeres desconoce el procedimiento para realizarse el examen de cáncer de mamas, el 28.9 por

ciento conoce totalmente como hacérselo y el 18.1 por ciento, solo lo conoce parcialmente.

**FIGURA 9**

**Mujeres que se han Realizado el Examen de Cáncer de Mamas**



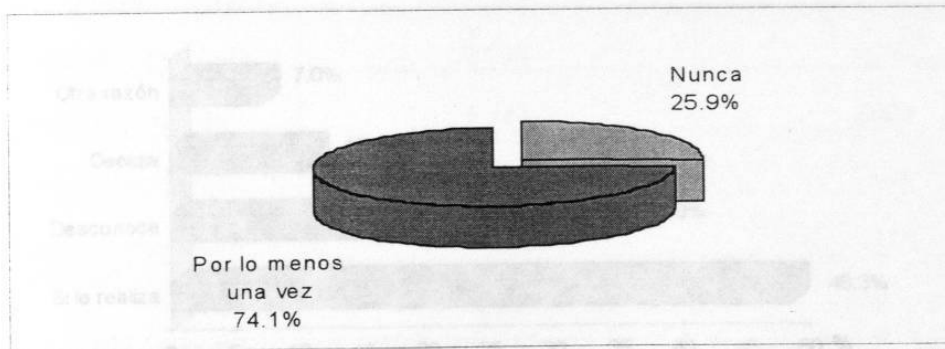
Fuente: USSDOC

n = 402

El 51.7 por ciento de las mujeres nunca se han realizado el examen de cáncer de mamas y el 48.3 por ciento se lo han hecho por lo menos una vez, como se muestra en la figura 9.

**FIGURA 10**

**Mujeres que se han Realizado el Examen de Cáncer Cervicouterino**



Fuente: USSDOC

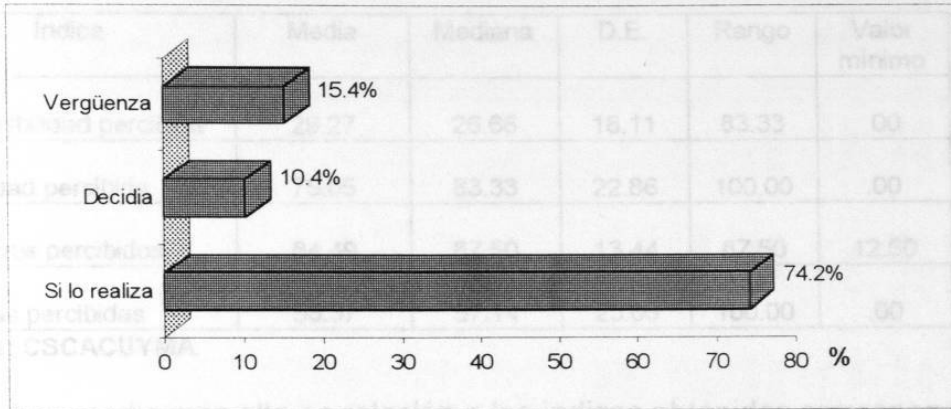
n = 402

La Figura 10 muestra que el 74.1 por ciento de las mujeres se han hecho por lo menos una vez el examen de cáncer cervicouterino y el 25.9 por ciento nunca se lo han hecho.



FIGURA 11

### Motivos por los que las Mujeres no Realizan el Examen de Cáncer Cervicouterino



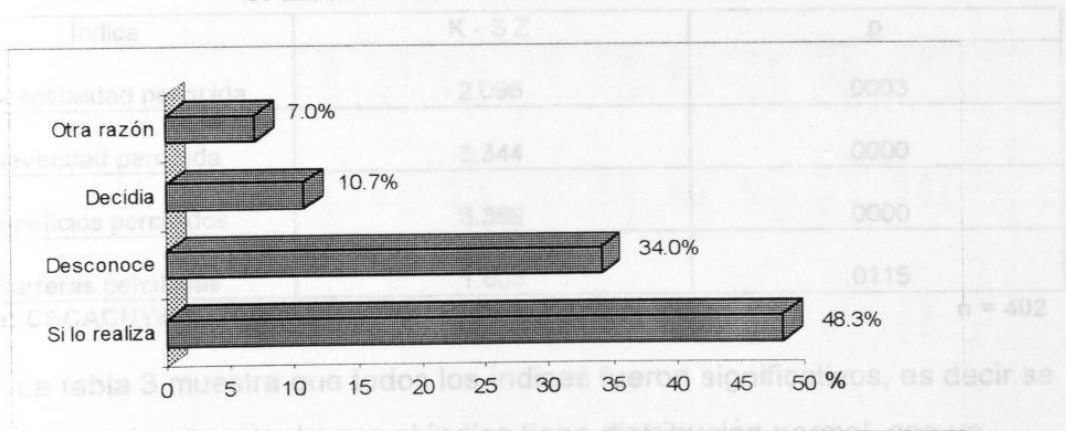
Fuente: USSDOC

n = 402

El 74.2 por ciento de la población en estudio, si realiza el examen de cáncer cervicouterino, del resto de las mujeres el 15.4 por ciento manifiestan que no se lo realizan por vergüenza y el 10.4 por ciento por decidia, como se muestra en la figura 11.

FIGURA 12

### Motivos por los que las Mujeres no Realizan el Examen de Cáncer de Mamas



Fuente: USSDOC

n = 402

En la figura 12 se muestra que el 48.3 por ciento de las mujeres se realiza el examen de cáncer de mamas, del resto de mujeres el 34.0 por ciento desconoce como hacerlo, el 10.7 por ciento menciona que por decidia no lo realiza y el 7.0 por ciento señala que por otra razón.

**TABLA 2**  
**Estadísticas Descriptivas Para los Índices de**  
**CSCACUYMA de las Mujeres**

Índice	Media	Mediana	D.E.	Rango	Valor mínimo	Valor máximo
Susceptibilidad percibida	29.27	26.66	18.11	83.33	.00	83.33
Severidad percibida	75.05	83.33	22.86	100.00	.00	100.00
Beneficios percibidos	84.49	87.50	13.44	87.50	12.50	100.00
Barreras percibidas	58.37	57.14	23.05	100.00	.00	100.00

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

Las media más alta en relación a los índices obtenidos correspondió a Beneficios (M = 84.49); la media más baja fue para Susceptibilidad ( M = 29.27); el índice con mayor variabilidad fue el de Barreras ( D.E. = 23.05); el valor máximo de las variables fue 100; y el valor mínimo más alto fue para Susceptibilidad (12.50), como se muestra en la tabla 2.

**TABLA 3**  
**Resultados de la Prueba de Kolmogorov Smirnov para Normalidad**  
**de los Índices de CSCACUYMA de las Mujeres**

Índice	K - S Z	p
Susceptibilidad percibida	2.096	.0003
Severidad percibida	3.344	.0000
Beneficios percibidos	3.369	.0000
Barreras percibidas	1.605	.0115

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La tabla 3 muestra que todos los índices fueron significativos, es decir se rechaza la hipótesis nula de que el índice tiene distribución normal, con un  $\alpha = 0.05$ .

#### 4.2 Análisis de Correlación

Con el propósito de identificar la relación y significancia de las variables del estudio, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.



En la tabla 4 se presentan los coeficientes de correlación de Spearman, donde se observan las siguientes correlaciones:

a) positivas significativas entre; número de partos y edad

( $r_s = .6311$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y número de exámenes de cáncer cervicouterino ( $r_s = .6197$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino y número de exámenes de cáncer de mama ( $r_s = .5279$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino y barreras ( $r_s = .5247$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer de mamas y barreras ( $r_s = .4088$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y número de exámenes de cáncer de mamas ( $r_s = .3275$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y barreras ( $r_s = .3270$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino y edad ( $r_s = .3266$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino e intervalo de tiempo entre los últimos exámenes de cáncer de mama ( $r_s = .2864$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino y número de partos ( $r_s = .2819$ ,  $p < .001$ ), severidad y susceptibilidad ( $r_s = .2579$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y número de partos ( $r_s = .2511$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y edad ( $r_s = .2361$ ,  $p < .001$ ), edad de inicio de vida sexual y edad ( $r_s = .2125$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino y beneficios ( $r_s = .1874$ ,  $p < .001$ ), edad y barreras ( $r_s = .1794$ ,  $p < .001$ ), número de partos y barreras ( $r_s = .1765$ ,

$p < .000$ ), barreras y beneficios ( $r_s = .1718$ ,  $p = .001$ ), número de exámenes de cáncer de mama y beneficios ( $r_s = .1654$ ,  $p = .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino y beneficios ( $r_s = .1504$ ,  $p = .003$ ), número de exámenes de cáncer de mama y edad ( $r_s = .1439$ ,  $p = .004$ ), edad de inicio de vida sexual y escolaridad ( $r_s = .1262$ ,  $p = .011$ ) y beneficios y severidad ( $r_s = .1172$ ,  $p = .019$ ).

**b) correlaciones negativas y significativas; intervalo de tiempo**

entre los dos últimos exámenes de cáncer de mama y número de exámenes de cáncer de mama ( $r_s = -.8177$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino y fecha del último examen de cáncer cervicouterino ( $r_s = -.7192$ ,  $p < .001$ ), número de exámenes de cáncer cervicouterino e intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer de mama ( $r_s = -.4354$ ,  $p < .001$ ), escolaridad y edad ( $r_s = -.4079$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino y número de exámenes de cáncer cervicouterino ( $r_s = -.3752$ ,  $p < .001$ ), número de partos y escolaridad ( $r_s = -.3720$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer de mama y barreras ( $r_s = -.3048$ ,  $p < .001$ ), fecha del último examen de cáncer cervicouterino e intervalo de tiempo entre los últimos exámenes de cáncer de mama ( $r_s = -.2954$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino y número de exámenes de cáncer de mama ( $r_s = -.2686$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino y barreras ( $r_s = -.2564$ ,

$p < .001$ ), edad de inicio de vida sexual y número de partos ( $r_s = -.2477$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer cervicouterino y beneficios ( $r_s = -.2184$ ,  $p < .001$ ), intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer de mama y intervalo de tiempo entre los dos últimos exámenes de cáncer de mama y beneficios ( $r_s = -.1687$ ,  $p = .001$ ), escolaridad y susceptibilidad ( $r_s = -.1247$ ,  $p = .012$ ), edad y severidad ( $r_s = -.1040$ ,  $p = .307$ ), escolaridad y beneficios ( $r_s = -.0985$ ,  $p = .048$ )

### 4.3 Análisis de Varianza No Paramétrica

Se hicieron 4 combinaciones, las cuales estuvieron conformadas de la siguiente manera: combinación 1) edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer de mama, combinación 2) edad, escolaridad y número de exámenes cervicouterino, combinación 3) edad y número de partos y combinación 4) escolaridad y número de partos. Posteriormente se aplicó la prueba de Kruskal Wallis, se presentan tablas de las medias y rangos medios para cada combinación y se muestran figuras para las combinaciones que resultaron significativas.

**TABLA 5**  
**Composición de la Combinación 1 y Número de Casos (nl)**

(1) Agrupación	Edad	Escolaridad	Exámenes de Cáncer de Mama	nl
1	34 años o menos	5 años o menos	Nunca	25
2	34 años o menos	5 años o menos	Por lo menos una vez	40
3	34 años o menos	6 años o más	Nunca	105
4	34 años o menos	6 años o más	Por lo menos una vez	38
5	35 años o más	5 años o menos	Nunca	16
6	35 años o más	5 años o menos	Por lo menos una vez	33
7	35 años o más	6 años o más	Nunca	104
8	35 años o más	6 años o más	Por lo menos una vez	41

En la tabla 5 se presentan los 8 grupos para la combinación de edad, escolaridad y exámenes de cáncer de mama. El mayor número de casos ( $n_3 = 105$ ) fue para el grupo de mujeres de 34 años o menos, con 6 años o más de escolaridad, que nunca se han hecho el examen de cáncer de mamas.

**TABLA 6**

**Composición de la Combinación 2 y Número de Casos (n1)**

(1) Agrupación	Edad	Escolaridad	Exámenes de Cáncer de Cervicouterino	n1
1	34 años o menos	5 años o menos	Nunca	14
2	34 años o menos	5 años o menos	Por lo menos una vez	18
3	34 años o menos	6 años o más	Nunca	60
4	34 años o menos	6 años o más	Por lo menos una vez	12
5	35 años o más	5 años o menos	Nunca	27
6	35 años o más	5 años o menos	Por lo menos una vez	55
7	35 años o más	6 años o más	Nunca	149
8	35 años o más	6 años o más	Por lo menos una vez	67

En la tabla 6 se presentan los 8 grupos para la combinación de edad, escolaridad y exámenes de cáncer cervicouterino. El mayor número de casos ( $n_7 = 149$ ) fue para el grupo de mujeres de 35 años o más de edad, con 6 años o más de escolaridad que nunca se han hecho el examen de cáncer cervicouterino.

**TABLA 7**

**Composición de la Combinación 3 y Número de Casos**

(1) Agrupación	Edad	Número de partos	n1
1	34 años o menos	Ninguno	11
2	35 años o más	Ninguno	4
3	34 años o menos	De 1 a 3 partos	195
4	35 años o más	De 1 a 3 partos	52
5	34 años o menos	4 o más partos	44
6	35 años o más	4 o más partos	96

Para la combinación edad y número de partos se presentan 6 grupos. El mayor número de casos ( $n_3 = 195$ ), fue para el grupo de mujeres de 34 años o menos de edad, con 1 a 3 partos, como se muestra en la tabla 7.

TABLA 8

## Composición de la Combinación 4 y Número de Casos (nI)

(1) Agrupación	Escolaridad	Número de partos	nI
1	5 años o menos	Ninguno	4
2	6 años o más	Ninguno	11
3	5 años o menos	1 a 3 partos	44
4	6 años o más	1 a 3 partos	203
5	5 años o menos	4 o más partos	66
6	6 años o más	4 o más partos	74

En la tabla 8 se presentan los 6 grupos para la combinación escolaridad y número de partos. El mayor número de casos ( $n_4 = 203$ ), fue para el grupo de mujeres con 6 años o más de escolaridad, con 1 a 3 partos.

TABLA 9

## Resultado de la Prueba de Kruskal Wallis para las Combinaciones de CSCACUYMA, de las Mujeres

Fuente de Variación	G.L.	Susceptibilidad Percibida		Severidad Percibida		Beneficios Percibidos		Barreras Percibidas	
		$X^2$	p	$X^2$	p	$X^2$	p	$X^2$	p
Combinación 1 Edad - Escolaridad - Número de Exámenes de Cáncer de Mama	7	10.82	.1462	5.77	.5667	<b>28.78</b>	<b>.0002</b>	<b>71.57</b>	<b>.0000</b>
Combinación 2 Edad - Escolaridad - Número de Exámenes de Cáncer Cerviouterino	7	9.22	.2371	6.75	.4548	<b>34.71</b>	<b>.0000</b>	<b>87.10</b>	<b>.0000</b>
Combinación 3 Edad - Número de partos	5	4.85	.4335	7.31	.1979	3.93	.5588	<b>17.89</b>	<b>.0031</b>
Combinación 4 Escolaridad - Numero de partos	5	9.58	.0879	1.35	.9287	5.05	.4090	<b>19.72</b>	<b>.0014</b>

Fuente: CSCACUYMA

n = 402



La tabla 9 muestra la significancia de las fuentes de variación: de la combinación de edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer de mama con Beneficios ( $X^2 = 28.78$ ,  $p = .0002$ ) y Barreras ( $X^2 = 71.57$ ,  $p < .001$ ); la combinación edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer cervicouterino con Beneficios ( $X^2 = 34.71$ ,  $p < .001$ ) y Barreras ( $X^2 = 87.10$ ,  $p < .001$ ); la combinación edad y número de partos con Barreras ( $X^2 = 17.89$ ,  $p = .0031$ ); la combinación escolaridad y número de partos con Barreras ( $X^2 = 19.72$ ,  $p = .0014$ ). Los índices de Susceptibilidad y Severidad no mostraron significancia, en ninguna de las cuatro combinaciones.

**TABLA 10**

**Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mama con el Índice de Beneficios Percibidos de las Mujeres**

(1) Agrupación	Media	Rango Medio	nl
1	89.33	246.44	25
2	81.77	176.81	40
3	81.86	173.35	105
4	80.15	170.07	38
5	89.06	247.38	16
6	88.76	237.17	33
7	87.62	230.67	104
8	81.80	178.82	41

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

El rango medio más alto de la combinación 1, correspondió al grupo 5 y el rango más bajo fue para el grupo 4, como se muestran la tabla 10. En las figuras 13 y 14, se pueden observar los promedios de la edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer de mama con beneficios percibidos.

TABLA 11

**Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes  
de Cáncer de Mama con el Índice de Barreras  
Percibidas de las Mujeres**

(1) Agrupación	Media	Rango Medio	nl
1	48.38	154.40	25
2	51.42	165.94	40
3	46.62	142.72	105
4	58.52	202.93	38
5	53.57	172.34	16
6	67.38	245.41	33
7	68.36	251.68	104
8	70.49	262.87	41

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La tabla 11 muestra que el rango medio más alto para la combinación 1, fue el grupo 8 y el rango medio más bajo fue para el grupo 3. En las figuras 15 y 16, se pueden observar los promedios de la edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer de mama con barreras percibidas.

TABLA 12

**Medias de las Combinaciones Edad, Escolaridad y Número de  
Exámenes de Cáncer Cervicouterino con el Índice de  
Beneficios Percibidos de las Mujeres**

(1) Agrupación	Media	Rango Medio	nl
1	87.20	227.18	14
2	75.46	136.25	18
3	80.48	160.75	60
4	71.18	111.13	12
5	90.27	256.98	27
6	88.03	226.30	55
7	86.43	218.43	149
8	82.77	185.98	67

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

El rango medio más alto de la combinación 2, al analizar el índice de beneficios percibidos correspondió al grupo 5 y el rango medio más bajo fue para el grupo 4, como se muestran la tabla numero 12. En las figuras 17 y 18,

se pueden observar los promedios de la edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer cervicouterino con beneficios percibidos.

**TABLA 13**

**Medias de las Combinaciones Edad, Escolaridad, Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con el Índice de Barreras Percibidas de las Mujeres**

(I) Agrupación	Media	Rango Medio	nl
1	36.05	91.04	14
2	39.68	112.86	18
3	39.28	109.57	60
4	49.20	158.75	12
5	57.84	197.89	27
6	64.84	230.99	55
7	64.74	232.12	149
8	67.51	247.52	67

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La tabla 13 muestra que el rango medio más alto de la combinación 2, cuando se estudió el índice de barreras, correspondió al grupo 8 y el rango medio más bajo fue para el grupo 1. En las figuras 19 y 20, se pueden observar los promedios de la edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer de mama con barreras percibidas.

**TABLA 14**

**Medias de las Combinaciones Edad y Número de Partos con Barreras Percibidas de las Mujeres**

(I) Agrupación	Media	Rangos Medios	nl
1	34.63	86.59	11
2	46.42	151.63	4
3	56.19	191.07	195
4	61.72	218.96	52
5	62.12	217.42	44
6	62.50	221.17	96

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

El rango medio más alto de la combinación 3, al estudiar el índice de barreras percibidas, correspondió al grupo 6 y el rango más bajo fue para el grupo 1, como se muestran la tabla número 14. En la figura 21, se pueden observar los promedios de la edad y número de partos con barreras percibidas.

**TABLA 15**  
**Medias de las Combinaciones Escolaridad y Número de Partos con Barreras Percibidas de las Mujeres**

(1) Agrupación	Media	Rangos Medios	ni
1	34.52	88.50	4
2	38.96	109.55	11
3	53.03	174.51	44
4	58.29	201.81	203
5	58.73	201.83	66
6	65.63	236.19	74

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

La tabla 15 muestra que el rango medio más alto de la combinación 4, al considerar el índice de barreras percibidas, correspondió al grupo 6 y el rango medio más bajo fue para el grupo 1. En la figura 22 se puede observar los promedios de escolaridad y número de partos con barreras percibidas.

A continuación se presentan los resultados de las comparaciones dos a dos para las combinaciones de la 1 a la 4 para los índices de beneficios y barreras percibidos que resultaron significativos.

TABLA 16

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 1 con el Índice de  
Beneficios Percibidos**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		-2.6398	-2.9370	-2.6745	-0.2050	-0.4073	-0.3681	-2.2830
2	.0083		-0.2563	-0.3023	-2.1342	-2.4574	-2.4988	-0.0669
3	.0033	.7977		-0.0990	-2.3760	-2.8901	-3.4734	-0.1889
4	.0075	.7624	.9211		-2.2534	-2.4945	-2.7760	-2.2724
5	.8376	.0328	.0175	.0242		-0.4888	-0.4303	-1.9299
6	.6838	.0140	.0039	.0126	.6250		-0.0796	-2.2213
7	.7128	.0125	.0005	.0055	.6670	.9366		-2.3007
8	.0224	.9467	.8502	.7853	.0536	.0263	.0214	

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

TABLA 17

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 1 con el Índice de  
Barreras Percibidas**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		-0.4530	-0.5421	-1.7056	-0.3900	-2.8725	-3.8342	-3.6584
2	.6505		-1.3974	-1.5843	-0.1183	-2.9283	-4.1777	-3.8737
3	.5877	.1623		-2.9810	-1.1133	-4.1700	-6.6361	-5.4181
4	.0881	.1131	.0029		-1.0093	-1.6876	-2.4411	-2.5023
5	.6966	.9058	.2656	.3128		-2.0328	-2.5692	-2.7271
6	.0041	.0034	.0000	.0915	.0421		-0.1060	-0.5508
7	.0001	.0000	.0000	.0146	.0102	.9156		-0.5815
8	.0003	.0001	.0000	.0123	.0064	.5818	.5609	

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

TABLA 18

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 2 con el Índice de  
Beneficios Percibidos**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		-2.2013	-2.1183	-2.5784	-0.8999	-0.2050	-0.1232	-1.2524
2	.0277		-1.1370	-0.5971	-3.1973	-3.1995	-2.5967	-1.6868
3	.0342	.2556		-1.5277	-3.7247	-3.3729	-3.1628	-1.2422
4	.0099	.5504	.1266		-3.4653	-3.3855	-2.9322	-2.1305
5	.3682	.0014	.0002	.0005		-1.5105	-1.4300	-2.7273
6	.8376	.0014	.0007	.0007	.1309		-0.2465	-2.0314
7	.9019	.0094	.0016	.0034	.1527	.8053		-1.8888
8	.2104	.0916	.2142	.0331	.0064	.0422	.0589	

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

TABLA 19

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 2 con el Índice de  
Barreras Percibidos**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		-0.2672	-0.4986	-1.4230	-3.0571	-4.1604	-4.3261	-4.4988
2	.7893		-0.1784	-1.0837	-2.6145	-3.7791	-4.0406	-4.0362
3	.6181	.8584		-1.4240	-3.6845	-5.7816	-6.8376	-6.5016
4	.1547	.2785	.1545		-1.0251	-1.9518	-2.1360	-2.4205
5	.0022	.0089	.0002	.3053		-1.3067	-1.5336	-2.0971
6	.0000	.0002	.0000	.0510	.1913		-0.1099	-0.9858
7	.0000	.0001	.0000	.0327	.1251	.9125		-0.9193
8	.0000	.0001	.0000	.0155	.0360	.3242	.3579	

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

TABLA 20

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 3 con el Índice de  
Barreras Percibidos**

	1	2	3	4	5	6
1		-0.5294	-2.9987	-3.2705	-3.4196	-3.5203
2	.5965		-0.6900	-1.0546	-1.1038	-1.1018
3	.0027	.4902		-1.5709	-1.3684	-2.0852
4	.0011	.2916	.1162		-0.0885	-0.1389
5	.0006	.2697	.1712	.9295		-0.2002
6	.0004	.2705	.0371	.8895	.8413	

Fuente: CSCACUYMA

n = 402

TABLA 21

**Resultados de las Comparaciones Múltiples de los Rangos  
Medios Para la Combinación 4 con el Índice de  
Barreras Percibidos**

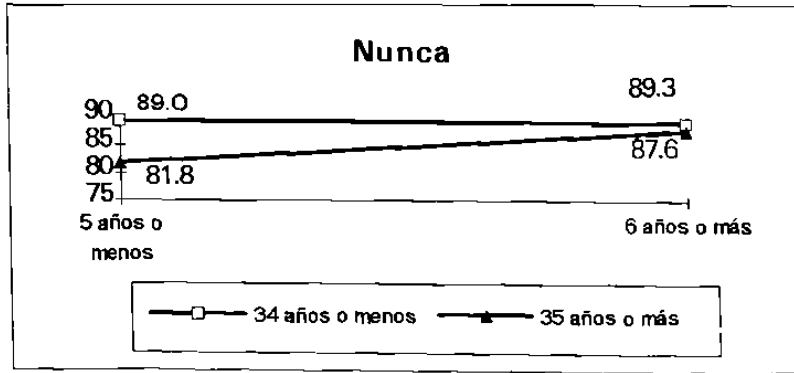
	1	2	3	4	5	6
1		-0.4632	-1.4425	-1.9385	-1.9401	-2.3635
2	.6432		-1.8722	-2.5574	-2.6188	-3.1056
3	.1492	.0612		-1.4498	-1.2325	-2.7433
4	.0526	.0105	.1471		-0.0009	-2.2087
5	.0524	.0088	.2178	.9993		-1.8199
6	.0181	.0019	.0371	.8895	.0688	

Fuente: CSCACUYMA

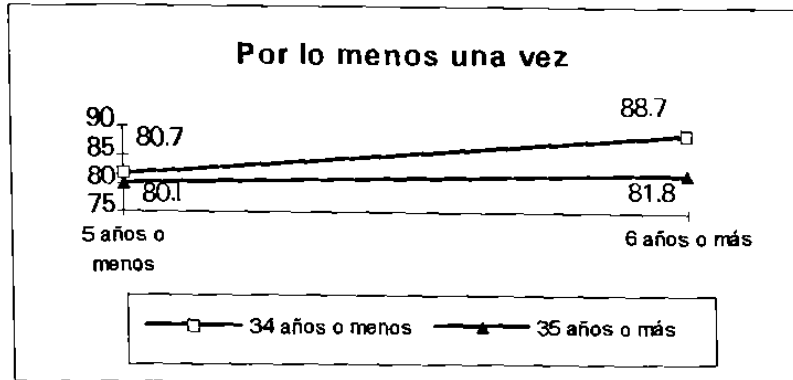
n = 402

FIGURA 13 y 14

**Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Beneficios Percibidos**



Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

n<sub>A</sub>=208

Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

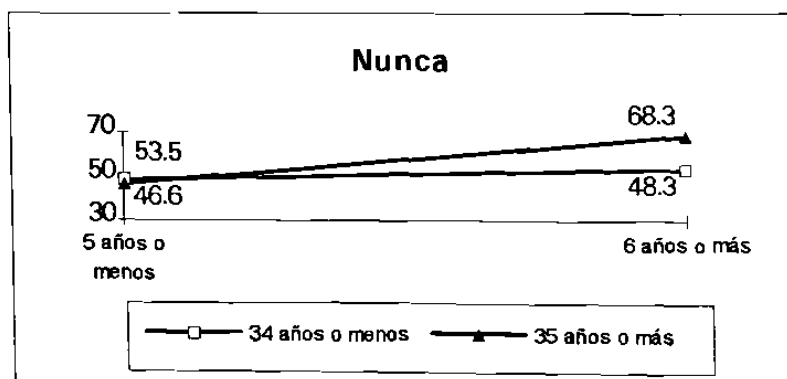
n<sub>B</sub>=194

En la figura 13, se observa que el promedio más alto del índice de beneficios percibidos, para las mujeres que nunca se han hecho el examen de cáncer de mamas fue para el grupo de mujeres de 34 años o menos de edad y con 6 años o más de escolaridad (89.3), el promedio más bajo, fue para las mujeres de 35 años o más de edad, con 5 años o menos de escolaridad (81.8). La figura 14 muestra los promedios del índice de beneficios percibidos para mujeres que se han hecho por lo menos una vez el examen de cáncer de mamas; el promedio más alto de este índice (88.7) fue para las mujeres de 34 años o menos y 6 años o más de escolaridad, el promedio menor fue para las mujeres de 35 años o más de edad, con 5 años o menos de escolaridad (80.1)

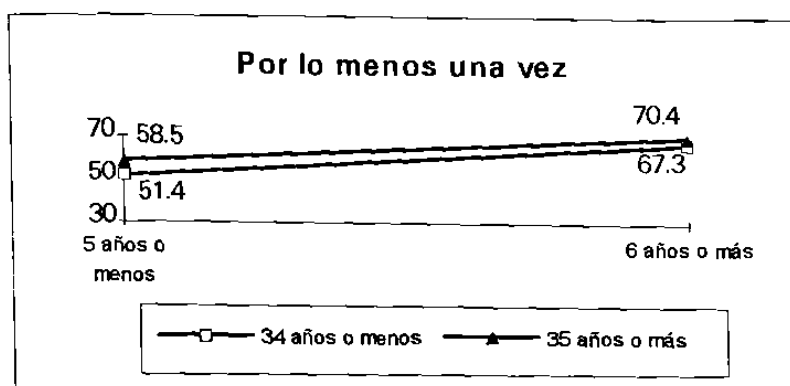


FIGURA 15 y 16

**Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer de Mamas con Barreras Percibidas**



Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

n<sub>c</sub>=208

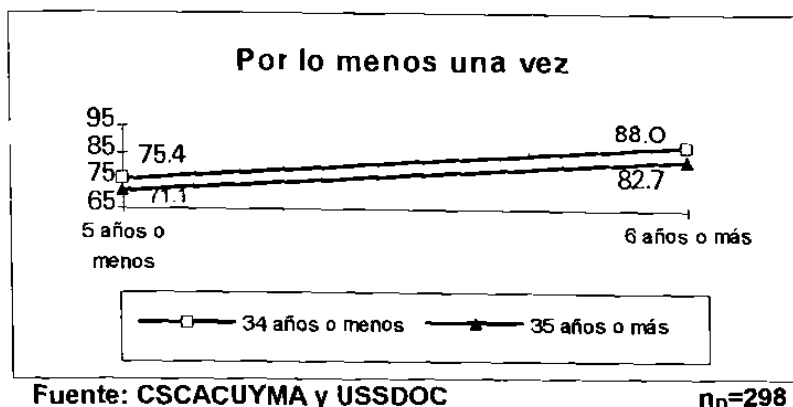
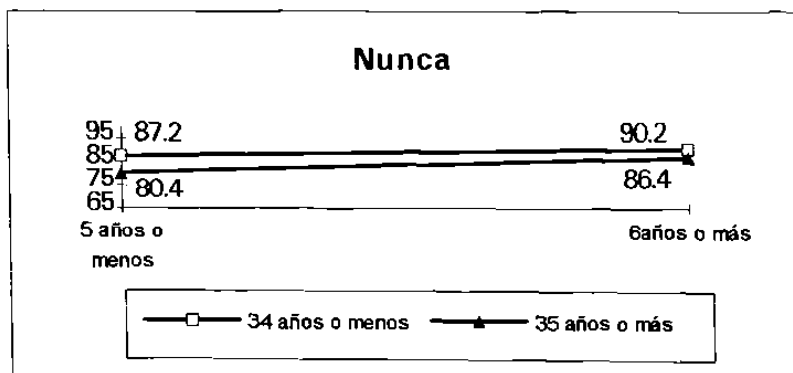
Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

n<sub>c</sub>=194

La figura 15, muestra el promedio del índice de barreras percibidas de mujeres que nunca se han hecho el examen de cáncer de mamas; el promedio más alto (68.3) fue para las mujeres de 35 años o más y 6 años o más de escolaridad, el promedio más bajo (46.6) fue para las mujeres de 35 años o más y 5 años o menos de escolaridad. En la figura 16, se observa el promedio del índice de barreras percibidas del grupo de mujeres que por lo menos una vez se han hecho el examen de cáncer de mamas; el promedio más alto (70.4) fue para las mujeres con 35 años o más de edad y 6 años o más de escolaridad y el promedio más bajo (51.4), fue para las mujeres de 34 años o menos y 5 años o menos de escolaridad.

## FIGURAS 17 y 18

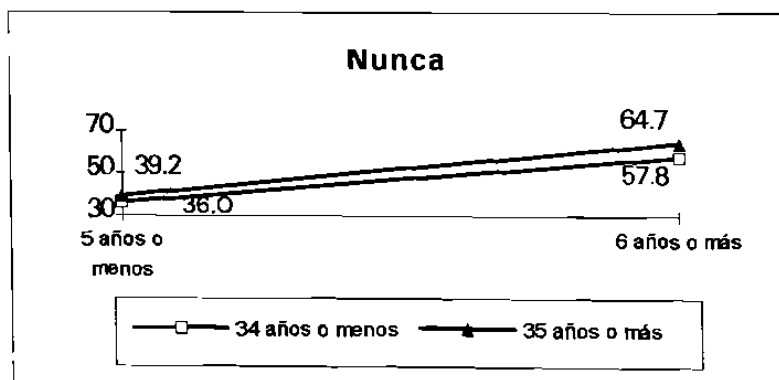
### Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Beneficios Percibidos



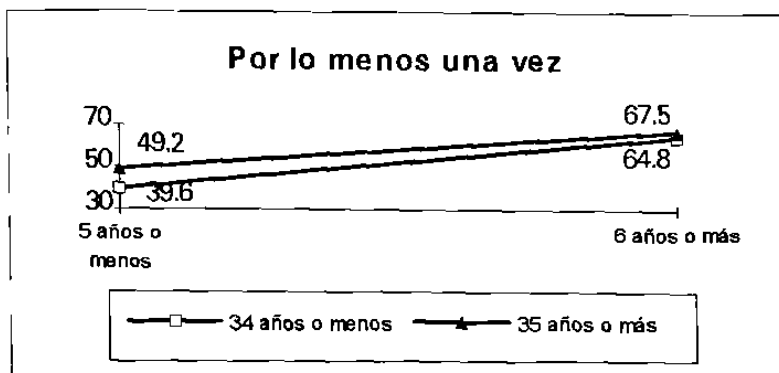
La figura 17, muestra los promedios para el índice de beneficios percibidos por mujeres que nunca se han hecho el examen de cáncer cervicouterino; el promedio más alto fue para las mujeres de 34 años o menos y 6 años o más de escolaridad (90.2), el promedio más bajo fue para las mujeres de 35 años o más con 5 años o menos de escolaridad (80.4). En la figura 18, se observan los promedios del índice de beneficios percibidos para el grupo de mujeres que por lo menos una vez se han hecho el examen de cáncer cervicouterino; el promedio más alto fue para las mujeres con 34 años o menos de edad, con 6 años o más de escolaridad (88.0), el promedio más bajo fue para las mujeres de 35 años o más de edad con 5 años o menos de escolaridad (71.1).

FIGURA 19 y 20

**Promedio de la Combinación Edad, Escolaridad y Número de Exámenes de Cáncer Cervicouterino con Barreras Percibidas**



Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

n<sub>c</sub>=104

Fuente: CSCACUYMA y USSDOC

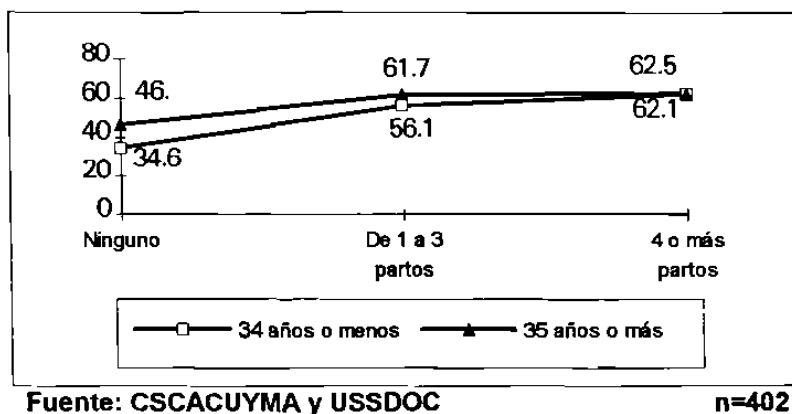
n<sub>0</sub>=298

La figura 19, muestra los promedios para el índice de beneficios percibidos para las mujeres que nunca se han hecho el examen de cáncer cervicouterino; el promedio más alto fue para las mujeres de 35 años o más y 6 años o menos de escolaridad (64.7), el promedio más bajo fue para las mujeres de 34 años o menos y 5 años o menos de escolaridad (36.0). En la figura 20, se observan los promedios del índice de barreras percibidas para el grupo de mujeres que por lo menos una vez se han hecho el examen de cáncer cervicouterino; el promedio más alto fue para las mujeres con 35 años o más de edad, con 6 años de escolaridad (67.5), el promedio más bajo fue

para las mujeres de 34 años o menos de edad y 5 años o menos de escolaridad (39.6).

**FIGURA 21**

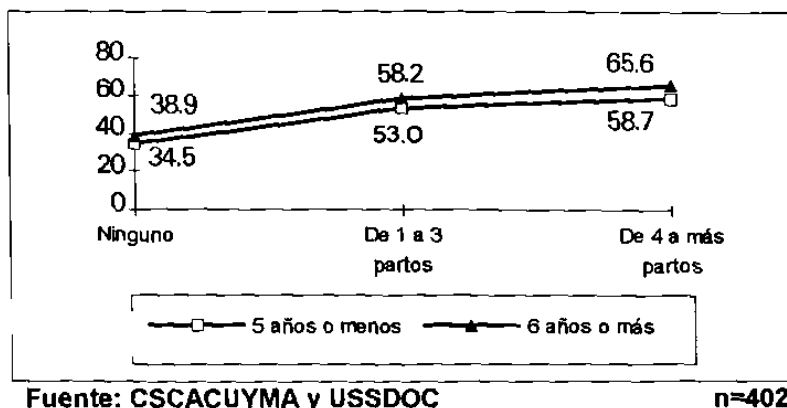
**Promedio de la Combinación Edad y Número de Partos con Barreras Percibidas**



El promedio del índice de barreras más alto observado, fue en el grupo de mujeres de 35 años o más y 4 o más partos (62.5) y el más bajo, correspondió para las mujeres de 34 años o menos de edad con ningún parto (34.6), como se muestra en la figura 21.

**FIGURA 22**

**Promedio de la Combinación Escolaridad y Número de Partos con Barreras Percibidas**



La figura 22 muestra que el promedio más alto para el índice de barreras percibidas, fue para el grupo de mujeres con 6 años o más de escolaridad, con 4 ó más partos (65.63) y el promedio más bajo fue para las mujeres con 5 años o menos de escolaridad con ningún parto (34.5).

#### 4.3.1 Prueba de Hipótesis

*Primer Hipótesis: A mayor susceptibilidad percibida por la mujer para padecer cáncer cervicouterino y mamario mayor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.*

Al considerar el índice de susceptibilidad percibida se obtuvo un coeficiente de correlación de  $r_s = - .0162$ ,  $p = .747$ , para el número de exámenes de cáncer cervicouterino y  $r_s = - .0536$ ,  $p = .284$  para el número de exámenes de cáncer de mamas por lo que se acepta la hipótesis nula dado que ambas variables son independientes no mostraron relación significativa.

*Segunda Hipótesis: A mayor severidad percibida por la mujer para padecer cáncer cervicouterino y mamario mayor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.*

Al considerar el índice de severidad percibida se obtuvo un coeficiente de correlación para número de exámenes de cáncer cervicouterino  $r_s = - .0588$ ,  $p = .240$  y para número de exámenes de cáncer de mama  $r_s = - .0545$ ,

$p = .276$ , por lo que se acepta la hipótesis nula dado que ambas variables son independientes no mostraron relación significativa.

*Tercer Hipótesis: A mayor beneficios percibidos por la mujer más utilización del programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.*

Al considerar el índice de beneficios percibidas se obtuvo un coeficiente de correlación de  $r_s = .1874$ ,  $p < .001$  número de exámenes de cáncer cervicouterino y  $r_s = .1654$ ,  $p = .001$  para número de exámenes de cáncer de mama, el cual es significativo por lo que se rechaza la hipótesis nula de que estos índices no están asociados y se concluye que existe una asociación positiva y significativa.

*Cuarta Hipótesis: A mayores barreras percibidas por la mujer menor utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.*

Al considerar el índice de barreras percibidas se obtuvo un coeficiente de correlación de  $r_s = .5247$ ,  $p < .000$  para número de exámenes de cáncer cervicouterino y  $r_s = .4088$ ,  $p < .000$  para número de exámenes de cáncer de mama, el cual es significativo y se decide rechazar la hipótesis nula de que estos índices no están asociados y se concluye que existe una asociación positiva y significativa.

## CAPITULO 5

### DISCUSIÓN

Este estudio se realizó para identificar la relación entre las variables del Modelo de Creencias de Salud y el uso de servicios de detección oportuna de cáncer, se utilizó un muestreo probabilístico al azar postestratificado, los resultados obtenidos sustentan parcialmente el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1958). Las variables; beneficios percibidos al cáncer cervicouterino ( $r_s = .1874$ ,  $p = .000$ ) y mamario ( $r_s = .1654$ ,  $.001$ ), así como las barreras percibidas al cáncer cervicouterino ( $r_s = .5247$ ,  $p = .000$ ) y mamario ( $r_s = .4088$ ,  $.000$ ), mostraron asociación positiva y significativa con el uso de servicios de salud.

Al respecto, Fulton y col (1991), mencionan que los beneficios y barreras percibidas a la mamografía fueron más predictivos de la exploración mamaria que la susceptibilidad y severidad percibida al cáncer de mama, lo cual es similar a lo encontrado en el estudio, lo que probablemente se explique por

razones culturales o por constitución de las preguntas de estas dos dimensiones.

Uno de los factores modificadores que se correlacionó significativamente con el uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer cervicouterino ( $r_s = .3266$ ,  $p = .000$ ) y mamario ( $r_s = .1439$ ,  $p = .004$ ) fue la edad, lo anterior esta de acuerdo a lo mencionado por Rosenstock (1958), en relación a que los factores modificadores entre ellos la edad, intervienen en la predisposición a emprender conductas preventivas de salud.

Lo encontrado por Champion (1987), difiere al estudio, en cuanto a que la edad no se relaciono con ninguna de las variables. Además encontró una correlación significativa entre la frecuencia de autoexamen de mamas y los años de escolaridad, por lo que las personas con un mayor nivel de educación percibían mayores beneficios y menos barreras al autoexamen de mamas.

La población del estudio se pudo caracterizar de la siguiente manera; mujeres de 15 a 34 años de edad (62.6 por ciento), con 1 a 5 años de escolaridad ( 57.0 por ciento), vivían con pareja (89.3 por ciento), no reciben ingreso propio (83.1 por ciento), que habían tenido de 1 a 3 partos (61.4 por ciento), iniciaron vida sexual a la edad de 18 ó mas años ( 56.0 por ciento), tenían seguro social (54.7 por ciento) de religión católica (86.6 por ciento).

Las mujeres del estudio manifestaron en su mayoría conocer totalmente las condiciones para realizarse el examen de cáncer cervicouterino (59.7 por



ciento) y habérsela realizado por lo menos una vez en su vida (74.1 por ciento), entre los motivos que señalaron para no realizarse el examen de cáncer fueron la decidía y la vergüenza por mostrar su cuerpo, lo cual se encuentra muy ligado a las cuestiones culturales de población mexicana y es similar a lo reportado por Cruz (1988), quien señala que las mujeres están conscientes de las acciones preventivas para cuidar su salud, sin embargo mientras no exista una señal que ponga en peligro su vida estas acciones son relegadas a un tercer plano.

La mitad de las mujeres manifestaron nunca haberse realizado el examen de cáncer de mamas(51.7 por ciento). Un gran porcentaje de mujeres, desconoce el procedimiento para realizarse el examen autoexamen de cáncer de mamas (53 por ciento), esto podría deberse según lo señala la Federación Mexicana de Universitarias (1993), que la mujer en nuestro país por razones culturales, relega el cuidado de su salud a un segundo plano a pesar de desempeñarse como procuradoras de cuidados en la familia, es ella quien prefiere atender la salud de sus hijos y pareja antes que la propia.

La susceptibilidad y severidad percibida al cáncer cervicouterino y mamario no se relacionaron significativamente con el uso de servicios de salud, similar a lo encontrado por Champion (1985), Champion (1987), lo cual no es consistente con el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1958), en relación a que ambas variables representan la valencia negativa que

incrementa la amenaza percibida y la probabilidad de ejercer una acción de salud.

Yi (1996), encontró que la severidad percibida hacia el cáncer cervical influyo sobre la probabilidad de haberse hecho el examen, esto difiere a lo observado en el estudio, pero coincide en relación a susceptibilidad, ya que en ambos estudios esta variable del modelo no se relacionó significativamente con el uso de servicios de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario. Sin embargo, es importante mencionar que aunque las mujeres del estudio manifiestan una susceptibilidad baja ( $M = 29.27$ ), si reportan una severidad alta ( $M = 75.05$ ) hacia el cáncer cervicouterino y mamario.

Los índices promedios más altos de creencias de salud fueron para las mujeres que han hecho uso por lo menos una vez en la vida del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario. En relación a beneficios percibidos hacia el uso de examen de cáncer cervicouterino se obtuvo una media de 86.26 y en barreras 64.77, mientras que para las que nunca han utilizado estos servicios los beneficios percibidos obtuvieron una media 79.45 y barreras percibidas 40.06. Con respecto a beneficios percibidos hacia la práctica del examen de cáncer de mama por lo menos una vez en la vida, se obtuvo una media de 86.71 y para barreras percibidas 67.43, mientras que las que nunca han practicado la autoexploracion de mamas obtuvieron una media para beneficios de 82.43 y para barreras 49.93. Por lo que los índices,

se muestran más altos en las que usan los servicios de salud con respecto a las que no usan.

Lo anterior, evidencia el hecho que las percepciones sobre beneficios y barreras difieren entre el grupo de mujeres que usan y no los servicios de detección oportuna de cáncer y sugiere según lo reportado por Rosenstock (1958), que las creencias entre ellas los beneficios y barreras percibidas motivan a las personas a emprender acciones de salud.

En relación a las combinaciones entre edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer cervicouterino ( $X^2 = 34.71$ ,  $p = .0000$ ) y mamario ( $X^2 = 28.78$ ,  $p = .0002$ ) se diferencian significativamente con beneficios, esto es similar a lo reportado por Champion (1987) y Yi en (1996). Los beneficios que perciben las mujeres para emprender una acción preventiva son; contar con seguridad social, la accesibilidad a los servicios de salud, las facilidades administrativas y que el personal de salud sea confiable.

La combinación de edad, escolaridad y número de exámenes de cáncer cervicouterino ( $X^2 = 87.10$ ,  $p = .0000$ ) y mamario ( $X^2 = 71.57$ ,  $p = .0000$ ) se diferencian significativamente con las barreras percibidas, esto concuerda con lo reportado por Yi (1996), quien encontró que las barreras percibidas se asociaron positivamente con la práctica del examen de papanicolaou.

Champion (1985), al realizar un análisis de regresión múltiple encontró, que las barreras percibidas representaron la mayor parte de la varianza en la variable dependiente de frecuencia de autoexamen de mamas .

La susceptibilidad y severidad percibida por las mujeres que utilizan y no los servicios de detección oportuna de cáncer no se relacionaron significativamente. Sin embargo, se observó que en los índices promedio de beneficios y barreras tuvieron un aumento en las mujeres que hicieron uso de estos servicios en relación a las que no lo hicieron.

Respecto a la consistencia interna del instrumento Creencias de Salud de Cáncer Cervicouterino y Mamario (CSCACUYMA), obtuvo un Alpha Cronbach de .74, lo cual se considera aceptable.

Se propone considerar a las variables de beneficios y barreras percibidas, como parte de las percepciones individuales y no sólo como dos factores adicionales al modelo de creencias de salud, ya que ambas variables se mostraron consistentemente significativas dentro del estudio.

Los beneficios y barreras percibidas, se relacionan con el uso de servicios del programa de detección oportuna de cáncer.

Los Factores Modificadores de edad, escolaridad y número de partos se mostraron significativos.

## **5.2 Recomendaciones**

Realizar estudio cualitativo sobre creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario, debido a que las percepciones de susceptibilidad y severidad son difíciles de medir cuantitativamente.

Continuar utilizando el instrumento de creencias de salud de cáncer cervicouterino y mamario, a fin de mejorar su consistencia interna y validación.

Realizar investigaciones donde se contemple como variable dependiente el uso de servicios de salud, considerando como repercute el factor tiempo en el cambio de creencias de salud como variable independiente.

De acuerdo a los resultados de beneficios y barreras, seria conveniente implementar un estudio de intervención donde se enfaticen estos aspectos y se incremente la práctica del examen de cáncer cervicouterino y mamario.

En relación a la práctica de la enfermera comunitaria es recomendable utilizar los resultados del estudio en relación a beneficios y barreras a fin de que se establezcan acciones de promoción, prevención y detección de cáncer cervicouterino y mamario.

## REFERENCIAS

- Bronfman, M.P., Zuñiga, H.E., Castro P.R., Miranda, V.C., Oviedo, A.J.G.  
Encuesta Nacional de Salud II. Estudio Cualitativo sobre los Determinantes y modalidades de la utilización de los Servicios de Salud. Cuadernos de Investigación del PASSPA. (1994).
- Cruz, S.M. Algunos Determinantes Psico-sociales que explican la Actitud Hacia la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino. Tesis Inedita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México, (1988).
- Burk, E.M., Wieser, C.P., Keegan, L. Creencias Culturales de Salud de las Mujeres México - Americanas Embarazadas: y relación con el Cuidado Primario. Adv Nurs Sci 17 (4) pp 37 - 52 (1995).
- Berumen, B.L.V. Creencias Maternas y Prevención de Crisis en el Niño con Asma. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.(1996).
- Clark, C.L. Creencias y Percepciones de Mujeres Gestantes que Escogen Diferentes Proveedores de Cuidado para la Salud. Magazine Clínica Nursing Research. (1995).
- Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. Código de Enfermeras. Conceptos Éticos Aplicados a la Enfermería. (1973).
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. Los Derechos Humanos y la Enfermería (1992).
- Consejo Estatal de Población en Nuevo León. Coloquio. La Mortalidad: Una Forma de Medición del Estado de Salud. Memoria. (s/f).
- Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, A.C) Memoria. Coloquio. Los Retos para Mejorar la salud de las mujeres en México: Un Diálogo entre Investigadores/as y Ong. (1996)

- Champion, L.V. Uso del Modelo de Creencias de Salud en la Determinación de la Frecuencia del Autoexamen de Mama. Research in Nursing Health, 8, p. 373 - 379, (1985).
- Champion, L.V. La Relación del Autoexamen de Senos con las Variables del Modelo de Creencias de Salud. Research in Nursing Health, 10, p. 375 - 382, (1987).
- Galeana, P. La Situación de la Mujer en Nuevo León. Federación Mexicana de Universitarias, Alianza de Mujeres Universitarias de Nuevo León y Gobierno del Estado de Nuevo León, México, (1993).
- González M., S., (comp). Las Mujeres y la Salud. El Colegio de México, (1995).
- Fulton, P.J., Buechner, S.J., Scott, D., Feldman, P.J., Smith, A.R. y Kovenock D. Un Estudio guiado por el Modelo de Creencias de la Salud de los Predictores de la Exploración Selectiva del Cáncer de Mamas de Mujeres de 40 años de Edad y Mayores. Public Health Reports. Julio - Agosto, Vol. 106, No. 4, (1991).
- Infante, C.C. Bases para el Estudio de la Interacción Familia - Redes Sociales - Uso de Servicios de Salud. Salud Pública Mex, 30 pp 175 -176 (1988)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda. México (1993).
- Jasis, M. Perfil de Opinión y Uso de Servicios Materno -infantiles en Tijuana. Salud Pública Mex. 29, pp 73 - 83, (1987).
- Klimovsky, E. y Matos. El uso de la Prueba de Papanicolaou por una Población en Buenos Aires. Bol Oficina Sanit Panam, 121 (6), (1996).
- Kroeger, A., Luna, R., Atención Primaria a la Salud. 2a edición, OPS - Pax; México, (1992).
- Leahy, K. y Cobb, M. Community Health Nursing. 4a edition, Mc Graw Hill Book Company, (1982).
- Levin, L. Estadísticas para Ciencias Sociales. Harla, México D.F., (1977).

- Miranda, V.C., Oviedo, A.J.G. Encuesta Nacional de Salud II. Estudio Cualitativo sobre los Determinantes y modalidades de la utilización de los Servicios de Salud. Cuadernos de Investigación del PASSPA. (1994).
- Najera, A. P., Lazcano, P.E.C., Alonso R.P., Ramírez, S.T., Cantoral, U.L. y Hernández A.M. Factores Asociados con la Familiaridad de Mujeres Mexicanas con la Función del Papanicolaou. Bol Oficina Sanit Panam, 121 (6), (1996).
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Reproductiva, Concepto e Importancia. Serie. Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. No. 39, OPS/ OMS (1996).
- Pender, N. Health Promotion in Nursing Practice. Third Edition, Appleton and Lange; Stamford, Connecticut, (1996).
- Polit, D., Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4a edición, Interamericana; México, (1994).
- Polly, K.R: Creencias Sobre la Diabetes, Conductas de Autocuidado y Control Glicémico entre Adultos Mayores con Diabetes Mellitus no insulino dependientes. Public Health Reports. Julio - Agosto, Vol. 106, No. 4, (1996).
- Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995 - 2000). Estados Unidos Mexicanos, (1995).
- Quintero, C.A.L. Creencias de la Mujer Embarazada Asociadas al Cuidado Prenatal. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México, (1995).
- Rosenstock, I. M., Strecher, V., Becker, M. Social Learning Theory and the Health Education, New Jersey, Vol. 15, (1988).
- Robles, C.S. Tamizaje del Cáncer de Cuello de Utero: Presentación del Número Monográfico, Bol Oficina Sanit Panam, 121 (6), (1996).



Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (1987).

Terán, G. I. Influencias de las Creencias Maternas de Salud en el uso de Programas Preventivos Materno - Infantiles. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México. (1993).

Wouters, A.V. Patrones de Utilización de la Atención de Salud en Países en Desarrollo: Función del Medio Tecnológico en la Derivación de la Demanda de Atención a la Salud. Bol Of Sanit Panam, 115 (2), pp 128 - 138, (1993).

Yi, K.J. Factores que Influyen Sobre la Conducta de Mujeres Cambodianas ante la Exploración del Cáncer Cervical en Houston, Texas. Fam Community Health, 18 (4), p 49 - 57, (1996).

## **APÉNDICES**

## Apéndice A

### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE POSTGRADO

#### INSTRUMENTO DE CREENCIAS DE SALUD DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y MAMARIO

1 Cuestionario No. \_\_\_\_\_

#### I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS.-

2 ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_

3 ¿Cuántos años estudio? \_\_\_\_\_

4 ¿Cuántos partos ha tenido? \_\_\_\_\_

5 ¿A qué edad inicio su vida sexual? \_\_\_\_\_

Instrucciones: Las siguientes preguntas tiene como opciones de respuesta lo siguiente:

- 1 = En desacuerdo
- 2 = Puede ser que no
- 3 = Puede ser que si
- 4 = En acuerdo

#### II. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA.-

6 Cree usted estar en riesgo de tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas 1    2    3    4

7 Usted cree, que en su actual estado de salud, tenga mayores probabilidades de contraer el cáncer de matriz y mamas 1    2    3    4

8 Por los antecedentes de enfermedades que ha habido en su familia, usted siente tener mayores posibilidades de adquirir el cáncer de matriz y mamas 1    2    3    4

9 Considera que con su actual forma de vida (come, bebe, fuma) tiene mayor riesgo de adquirir un cáncer de matriz o mamas 1    2    3    4

10 Usted piensa que con su actual higiene, esta más predispuesta al cáncer de matriz y mamas 1    2    3    4

11 Usted piensa que con las prácticas sexuales que ha llevado hasta ahora, más expuesta a tener cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
12 Cree que es posible adquirir fácilmente el cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
13 Usted siente que es posible que en el futuro tenga cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4
14 Cree usted tener más posibilidades de desarrollar cáncer de matriz o mamas que otras mujeres.	1	2	3	4
15 Usted cree posible que las actividades o trabajo que desarrolla la predispongan mas a tener cáncer de matriz o mamas	1	2	3	4
<b>III. SEVERIDAD PERCIBIDA.-</b>				
16 Le produce miedo pensar que usted pueda tener una enfermedad como el cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
17 Le preocuparía tener dolor, sangrado, desecho o infección vaginal por el miedo a que se le desarrolle un cáncer de matriz	1	2	3	4
18 Le pone nerviosa el pensar que pueda desarrollar una enfermedad como el cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
19 Le preocuparía tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas por el riesgo de morir	1	2	3	4
20 Considera que tener una enfermedad como el cáncer de matriz y mamas le cambiaría su vida	1	2	3	4
21 Considera que el tener una enfermedad como el cáncer de matriz y mamas afectaría la vida sexual de la pareja	1	2	3	4
22 Le preocuparía tener cáncer de matriz y mamas por los cambios que tendría físicamente en su cuerpo	1	2	3	4
23 Le preocuparía tener cáncer de matriz o mamas por las limitaciones que pueda tener para cumplir con sus actividades en el hogar o trabajo.	1	2	3	4

24 Usted cree tener mayores probabilidades de morir que otras mujeres, si tuviera cáncer 1 2 3 4

25 Le preocuparía tener cáncer por las consecuencias que tendría en su familia, el que usted se enfermara 1 2 3 4

#### IV. BENEFICIOS PERCIBIDOS.-

26 Cree usted que realizarse el examen de detección oportuna de cáncer, le ayude a detectar a tiempo el desarrollo de un cáncer de matriz y mamas 1 2 3 4

27 El hecho de que el examen de cáncer sea de bajo costo o gratuito es importante para que usted decida hacérselo 1 2 3 4

28 El hacerse el examen de cáncer periódicamente, le haría estar más segura de identificar a tiempo el desarrollo de un cáncer de matriz o mamas 1 2 3 4

29 El tener seguro social, le facilitaría asistir a realizarse el examen de cáncer de matriz o mamas 1 2 3 4

30 Considera que un factor importante para que usted decida hacerse el examen de cáncer es que los servicios de salud se encuentren dentro de su comunidad 1 2 3 4

31 El que usted considere un servicio de salud como confiable o bueno es fundamental para que usted decida hacerse el examen de cáncer en ese lugar 1 2 3 4

32 El hacerse mensualmente la exploración de mamas le ayudaría a detectar crecimientos o bolitas oportunamente, para evitar el desarrollo de un cáncer 1 2 3 4

33 Los horarios de consulta para hacerse el examen de cáncer, son accesibles, para que usted asista ha hacerse la prueba 1 2 3 4

#### V. BARRERAS PERCIBIDAS.-

34 Frecuentemente usted se acuerda que tiene que hacerse el examen de cáncer de matriz 1 2 3 4

35 Cuando acude a algún servicio de salud las enfermeras le informan acerca de como prevenir el cáncer de matriz y mamas 1 2 3 4

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 36 Ha recibido usted, la explicación suficiente para hacerse el examen de mamas mensualmente  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 Usted conoce perfectamente en que consiste el examen de cáncer de matriz   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 Cree usted que la toma del examen de cáncer de matriz, es una prueba rápida  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 Continuamente recibe la invitación, en su casa o en los servicios de salud, para hacerse la prueba de cáncer y esto la motiva ha hacérselo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 Generalmente espero poco tiempo para que me tomen el examen de cáncer cuando acudo a consulta  | 1 | 2 | 3 | 4 |

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**Apéndice B**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**

**CUESTIONARIO SOBRE USO DE SERVICIOS DE SALUD  
DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER**

1 ¿En el servicio de salud que tiene disponible o cercano a su \_\_\_\_\_ domicilio han ofrecido los servicios de detección oportuna de cáncer?

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Solo una vez
- 4) Nunca

2 ¿Cuando usted recibe la invitación el examen detección oportuna de cáncer? \_\_\_\_\_

- 1) Acude inmediatamente
- 2) Deja pasar tiempo y asiste
- 3) Se le olvida y no acude a la invitación
- 4) Nunca ha recibido la invitación

3 ¿Conoce usted las condiciones en las que debe presentarse a \_\_\_\_\_ algún servicio de salud para hacerse el examen de cáncer de matriz?

- 1) Totalmente
- 2) Parcialmente
- 3) Desconoce

4 ¿Conoce usted el procedimiento para hacerse el examen de \_\_\_\_\_ cáncer de mamas?

- 1) Totalmente
- 2) Parcialmente
- 3) Desconoce

5 ¿Cuántas veces se ha realizado el examen de cáncer de \_\_\_\_\_ mamas?

6 ¿Cuánto tiempo ha pasado entre los dos últimos exámenes \_\_\_\_\_ de mamas que se ha realizado?

- 1) Solo en una ocasión
- 2) Un mes
- 3) Seis meses
- 4) Hace más de un año
- 5) Nunca

7 ¿Cuántas veces se ha realizado el examen de cáncer de matriz? \_\_\_\_\_

En caso de que nunca se haya realizado el examen de cáncer de matriz y de mamas, conteste solo las dos siguientes preguntas, sino continúe en la siguiente sección:

¿A que atribuye usted que nunca se haya realizado la prueba de cáncer?:

8 De matriz \_\_\_\_\_

9 Mamas: \_\_\_\_\_

En caso de que se haya realizado el examen de cáncer de matriz por lo menos una vez, pregunte lo siguiente:

10 ¿A que servicio de salud asistió ha realizarse último el examen de cáncer? \_\_\_\_\_

- 1) IMSS
- 2) ISSSTE
- 3) Medico particular
- 4) Población abierta
- 5) Otro

11 ¿Por que motivos se realizó la prueba de cáncer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12 ¿Cuando fue la fecha del ultimo examen de cáncer de matriz que se realizó? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13 ¿Cuanto tiempo paso entre los dos últimos exámenes de cáncer de matriz que se ha realizado? \_\_\_\_\_

- 1) Solo una vez
- 2) Un año
- 3) Dos años
- 4) Tres y más años
- 5) Nunca

Observaciones:

\_\_\_\_\_

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_



**Apéndice C**  
**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

Las opciones de respuesta son las siguiente:

- 1 = En desacuerdo
- 2 = Puede ser que no
- 3 = Puede ser que si
- 4 = En acuerdo

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
Creencias de salud:	Creencias de salud:					
Es la susceptibilidad personal hacia una enfermedad y de que la presencia de esta, tendrá algún grado de severidad en la vida del individuo que la motivan a tomar una acción benéfica para reducir la susceptibilidad a la enfermedad reduciendo su severidad	Son ideas o conceptos que tiene la mujer en relación con el cáncer cervicouterino y mamario, sobre la probabilidad de enfermar y de lo grave que pueda resultar el cáncer cervicouterino y mamario.	Susceptibilidad percibida	1	2	3	4
		Severidad percibida	1	2	3	4
		Beneficios percibidos	1	2	3	4
		Barreras percibidas	1	2	3	4

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
Susceptibilidad percibida:  Probabilidad estimada por el individuo de desarrollar una enfermedad específica	Susceptibilidad percibida:  Probabilidad estimada por la mujer de contraer cáncer cervicouterino y mamario, en un futuro, relacionada con sus características personales de estado de salud, estilo de vida, antecedentes patológicos personales.	Cree usted estar en riesgo de tener una enfermedad como el cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
		Usted cree, que con su actual estado de salud, tenga mayores probabilidades de adquirir cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
		Por los antecedentes de enfermedades que ha habido en su familia, siente tener mayores posibilidades de adquirir cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
		Considera que con su actual forma de vida (come, bebe, fuma) tiene mayor riesgo de adquirir un cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4
		Usted piensa que con su actual higiene, esta más predispuesta al cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4
		Usted piensa que con las prácticas sexuales que ha llevado hasta ahora, este más expuesta a tener cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
Susceptibilidad percibida:	Susceptibilidad percibida:					
Probabilidad estimada por el individuo de desarrollar una enfermedad específica	Probabilidad estimada por la mujer de contraer cáncer cervicouterino y mamario, en un futuro, relacionada con sus características personales de estado de salud, estilo de vida, antecedentes patológicos personales.	Cree que es posible adquirir fácilmente el cáncer de matriz y mamas.	1	2	3	4
		Usted siente que es posible que en el futuro tenga cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4
		Cree usted tener más posibilidades de desarrollar cáncer de matriz o mamas que otras mujeres.	1	2	3	4
		Usted cree posible que las actividades o trabajo que desarrolla la predispongan más a tener cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
Severidad percibida:	Severidad percibida:					
Grado de preocupación de contraer alguna enfermedad que podría tener serias consecuencias	Grado de preocupación de la mujer de lo grave que pueda ser el contraer cáncer de cervicouterino y mamario, que pudiera traerle serias consecuencias, en su forma de vida, relación de pareja, cambios físicos, así como limitaciones para cumplir con las actividades desarrolladas y preocupación por morir.	Le produce miedo pensar que usted pueda tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas	1	2	3	4
		Le preocuparía tener dolor, sangrado, desecho o infección vaginal por el miedo a que se le desarrolle un cáncer de matriz	1	2	3	4
		Le pone nerviosa el pensar que pueda desarrollar una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas.	1	2	3	4
		Le preocuparía tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas por el riesgo de morir.	1	2	3	4
		Considera que el tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas le cambiaría su vida.	1	2	3	4

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
<p>Severidad percibida:</p> <p>Grado de preocupación de contraer alguna enfermedad que podría tener serias consecuencias</p>	<p>Severidad percibida:</p> <p>Grado de preocupación de la mujer de contraer cáncer de cervicouterino y mamario, que pudiera traerle serias consecuencias, en su forma de vida, relación de pareja, cambios físicos, así como limitaciones para cumplir con las actividades desarrolladas y preocupación por morir.</p>	<p>Considera que el tener una enfermedad como el cáncer de matriz o mamas afecta la vida sexual de la pareja.</p> <p>Le preocuparía tener cáncer de matriz o mamas por los cambios que tendría físicamente en su cuerpo.</p> <p>Le preocuparía tener cáncer de matriz o mamas por las limitaciones que pueda tener para cumplir con sus actividades en el hogar o trabajo.</p> <p>Usted cree tener mayores probabilidades de morir que otras mujeres si tuviera cáncer.</p> <p>Le preocuparía tener cáncer por las consecuencias que tendría en su familia, el que usted se enfermara.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
<p><b>Beneficios percibidos:</b></p> <p>Son las creencias acerca de la efectividad de las acciones preventivas</p>	<p><b>Beneficios percibidos:</b></p> <p>Son las creencias de la mujer acerca de la efectividad del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario</p>	<p>Cree usted que realizarse el examen de detección oportuna de cáncer, le ayude a detectar a tiempo el desarrollo de un cáncer de matriz o mamas.</p> <p>El hecho de que el examen de cáncer sea de bajo costo o gratuito es importante para que usted decida hacérselo.</p> <p>El hacerse el examen de cáncer periódicamente, le haría estar más segura de identificar a tiempo el desarrollo de un cáncer de matriz o mamas.</p> <p>El tener seguro social, le facilita asistir a realizarse el examen de cáncer de matriz o mamas.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
<p><b>Beneficios percibidos:</b></p> <p>Son las creencias acerca de la efectividad de las acciones preventivas</p>	<p><b>Beneficios percibidos:</b></p> <p>Son las creencias de la mujer acerca de la efectividad del servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario</p>	<p>Considera que un factor importante para que usted decida hacerse el examen de cáncer es que los servicios de salud se encuentren dentro de su comunidad.</p> <p>El que usted considere un servicio de salud como confiable o bueno es fundamental para que usted decida hacerse el examen de cáncer en ese lugar.</p> <p>El hacerse mensualmente la exploración de mamas le ayudaría a detectar crecimientos o bolitas oportunamente, para evitar el desarrollo de un cáncer.</p> <p>Los horarios de consulta para hacerse el examen de cáncer, le facilitan el que usted asista ha hacerse la prueba.</p>	1	2	3	4

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	1	2	3	4
Barreras percibidas:	Barreras percibidas:	Frecuentemente usted se acuerda que tiene que hacerse el examen de cáncer de matriz	1	2	3	4
Obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan obtener la atención preventiva	Obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan a la mujer utilizar los servicios de detección oportuna de cáncer, cervicouterino y mamario.	Cuando acude a algún servicio de salud las enfermeras le informan acerca de como prevenir el cáncer de matriz y mamas	1	2	3	4
		Ha recibido usted, la explicación suficiente para hacerse el examen de mamas mensualmente.	1	2	3	4
		Usted conoce perfectamente en que consiste el examen de cáncer de matriz.	1	2	3	4
		Cree usted que la toma del examen de cáncer de matriz, es una prueba rápida.	1	2	3	4
		Continuamente, recibe la invitación, en su casa o en los servicios de salud, para hacerse la prueba de cáncer y esto la motiva ha hacérselo.	1	2	3	4
		Generalmente espera poco tiempo para que le tomen el examen de cáncer cuando acude a consulta.	1	2	3	4



CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	ESCALA
<p data-bbox="241 291 457 367"><b>Factores modificadores</b></p> <p data-bbox="241 405 457 672">Son características que afectan la predisposición a emprender conductas preventivas</p>	<p data-bbox="471 291 687 367"><b>Factores modificadores</b></p> <p data-bbox="471 405 687 1110">Son características de la mujer adulta como edad, escolaridad, número de partos y edad de inicio de vida sexual que afectan la predisposición a utilizar los servicios de detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.</p>	<p data-bbox="716 405 983 443">¿Qué edad tiene?</p> <p data-bbox="716 519 1072 557">¿Cuántos años estudio?</p> <p data-bbox="716 595 1013 672">¿Cuántos partos ha tenido?</p> <p data-bbox="716 710 1043 786">¿A qué edad inicio su vida sexual?</p>	<p data-bbox="1095 405 1340 481">Número de años cumplidos</p> <p data-bbox="1095 519 1340 595">Número de años de estudio</p> <p data-bbox="1095 634 1369 672">Número de partos</p> <p data-bbox="1095 748 1310 786">Edad en años</p>

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	ESCALA
Uso de servicios de salud:	Uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer:	¿En el servicio de salud que tiene disponible o cercano a su domicilio le han ofrecido los servicios de detección oportuna de cáncer?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Siempre</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Solo una vez</li> <li>4) Nunca</li> </ol>
Es la población que entra en contacto y utiliza los servicios de salud a los cuales tiene acceso y usa	Frecuencia de utilización de servicios de salud de detección oportuna de cáncer (examen de cáncer cervicouterino y autoexploración de mamas), a los cuales tiene acceso y acepta.	<p>¿Cuando usted recibe la invitación al examen de detección oportuna de cáncer?</p> <p>¿Conoce usted las condiciones en las que debe presentarse a algún servicio de salud para hacerse el examen de cáncer de matriz?</p> <p>¿Conoce usted el procedimiento para hacerse el examen de cáncer de mamas?</p> <p>¿Cuántas veces se ha realizado el examen de cáncer de mamas?</p> <p>¿Cuanto tiempo ha pasado entre los dos últimos exámenes de mamas que se ha realizado?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acude inmediatamente</li> <li>2) Deja pasar tiempo y asiste</li> <li>3) Se le olvida y no acude a la invitación</li> <li>4) Nunca ha recibido la invitación</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente</li> <li>2) Parcialmente</li> <li>3) Desconoce</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente</li> <li>2) Parcialmente</li> <li>3) Desconocer</li> </ol> <p>Número de veces</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Solo en una ocasión</li> <li>2) Un mes</li> <li>3) Seis meses</li> <li>4) Hace un año y mas</li> <li>5) Nunca</li> </ol>

CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO PARA EL ESTUDIO	PREGUNTA	ESCALA
<p>Uso de servicios de salud:</p> <p>Es la población que entra en contacto y utiliza los servicios de salud a los cuales tiene acceso y usa</p>	<p>Uso de servicios de salud de detección oportuna de cáncer:</p> <p>Son las mujeres adultas que han utilizado por lo menos una vez en la vida los servicios de salud de detección oportuna de cáncer, a los cuales tiene acceso y acepta.</p>	<p>¿Cuántas veces se ha realizado el examen de cáncer de matriz?</p> <p>¿A que atribuye que nunca se haya realizado el examen de cáncer de matriz?</p> <p>¿A que atribuye que nunca se haya realizado el examen de cáncer de mamas?</p> <p>¿A que servicio de salud asistió ha realizarse el último examen de cáncer de matriz?</p> <p>¿Por que motivos se realizo el examen de cáncer de matriz?</p> <p>¿Cuando fue la fecha del último examen de cáncer de matriz que se realizó?</p> <p>¿Cuanto tiempo paso entre los dos últimos exámenes de cáncer de matriz que se ha realizado?</p>	<p>Número de veces</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>1) IMSS 2) ISSSTE 3) Medico particular 4) Población abierta 5) Otro</p> <hr/> <hr/> <p>1) Solo una vez 2) Un año 3) Dos años 4) Tres y más años 5) Nunca</p>

## Apéndice D

### CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

Considerando lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en relación al Capítulo y de disposiciones comunes, artículo 20, 21 fracciones de la I a VII; Artículo 22 fracciones I a la V y Artículo 24, en lo que respecta a la solicitud de participación en un estudio de investigación, se efectúa el siguiente contrato de participación en la investigación denominada.

**“Creencias de salud y uso de servicios de detección oportuna de cáncer en una comunidad urbano marginada de Apodaca, Nuevo León”.**

que se celebrara por parte del participante del estudio que cumple con los requisitos de inclusión y responde al nombre de:

---

y por la Lic. Liliana González Juárez responsable de la investigación, acuerdan las siguientes cláusulas:

- 1) He recibido una explicación clara y completa a cerca de:
  - a) Los propósitos del estudio.
  - b) Garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración en relación a la investigación o aspectos generales de salud.
  - c) Libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
  - d) La seguridad de anonimato y confidencialidad de la información.

Por todo lo anterior.- ACEPTO SER SUJETO DE INVESTIGACIÓN.

---

Testigo

---

Testigo

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**Liliana González Juárez**

**Candidato para el Grado de**

**Maestro en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria**

**Tesis: CREENCIAS DE SALUD DE LA MUJER Y USO DE SERVICIOS DE  
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER .**

**Campo de Estudio: Enfermería en Salud Comunitaria.**

**Biografía: Datos Personales: Nacida en Tenango Acolman Estado de México,  
el 4 de Enero de 1970, hija del Sr. Anselmo González Hernández y la  
Sra. Yolanda Juárez García.**

**Educación: Egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de  
la Universidad Nacional Autónoma de México, grado obtenido de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia en 1992, tercer lugar de su  
generación en el ciclo escolar de 1989 y primer lugar de su generación  
en el período escolar 1990. Graduada con mencion Honorifica.**

**Experiencia Profesional: Servicio Social en la Dirección General de  
Planificación Familiar, de la Secretaría de Salud, en comunidades  
rurales de Morelia, Michoacán. Enfermera General en el Hospital  
General Regional No. 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social en  
Tlanepantla, Estado de México (Mayo a Octubre de 1994). Profesor de  
Asignatura nivel a, en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia,  
de la Universidad Nacional Autónoma de México 1992 a la fecha).**

