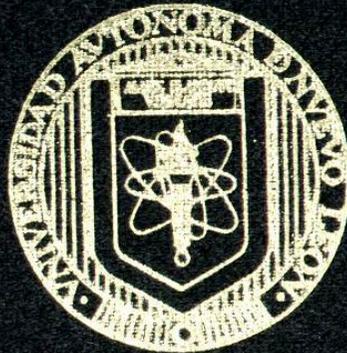


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRACTICA
DE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

Por

**LIC. MARGARITA DEL ROSARIO DE FATIMA
QUINTANA DZUL**

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

Con Enfasis en Salud Comunitaria

ENERO DE 2000

FACCTORRES QUIE PROOMUEVEN LA PRAACTICA
DE LA DEHEHECION OOPORTUNA DE OCAINCHER
CERVVICCOUTIERINO EN MUJERES ADULTAS

M. R. F. Q. D.

TM
RC280
.U8
Q5
c.1

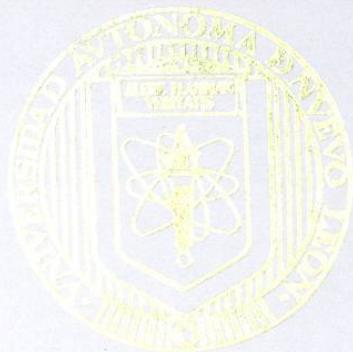


1080098242

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRACTICA
DE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS

Por

LIC. MARGARITA DEL ROSARIO DE FATIMA
QUINTANA DZUL

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO DE 2000

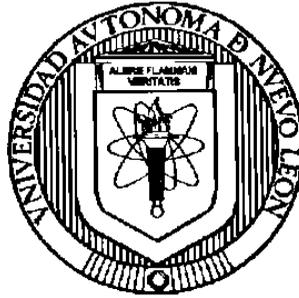
TM
RC280

.08

Q5



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

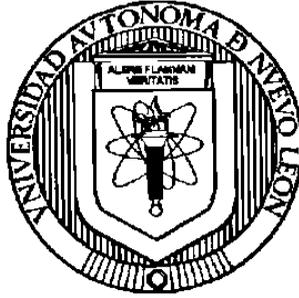
Por:

LIC. MARGARITA DEL ROSARIO DE FÁTIMA QUINTANA DZUL

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Enero de 2000

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

Por:

LIC. MARGARITA DEL ROSARIO DE FÁTIMA QUINTANA DZUL

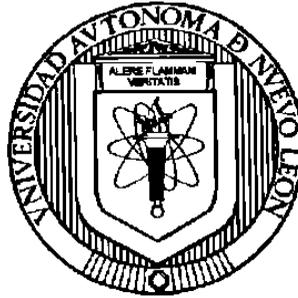
Director de tesis

M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Enero de 2000

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

Por:

LIC. MARGARITA DEL ROSARIO DE FÁTIMA QUINTANA DZUL

Asesor Estadístico

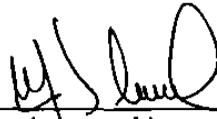
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

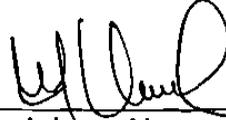
Enero de 2000

**FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

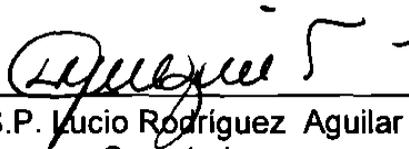
Aprobación de la Tesis:



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Director de la Tesis**



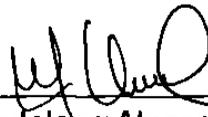
**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Presidente**



**M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Secretario**



**Marco Vinicio Gómez Meza PhD
Vocal**



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación**

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

A las autoridades del Instituto de Salud del Estado de Campeche en especial al M.S.P. Pedro Canul Rodríguez por apoyarme para continuar mis estudios de Maestría en Enfermería y al C. José Herrera Secretario General.

A la Universidad Autónoma de Campeche en especial a la Lic. María Candelaria Aguilar directora de la Escuela Superior de Enfermería por su inmenso apoyo que siempre me ha brindado para concluir esta Maestría.

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

Al M.S.P. Lucio Rodríguez por su paciencia y apoyo para continuar siempre adelante.

Al PhD Marco Vinicio Gómez Meza por su paciencia en la conducción del procesamiento estadístico.

A la Lic. Ana María Castillo por su invaluable apoyo como amiga en los momentos más difíciles.

Al personal docente del posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por haber compartido conmigo sus conocimientos y experiencias.

A Elizabeth Luna y esposo por su apoyo brindado en la aplicación de encuestas.

Al personal administrativo y de biblioteca por su atención y apoyo: Nidia, Silvia, Maribel, Vicky, Laurita, Gustavo y Miguel.

A la Dra. Martha Alicia González por haberme brindado las facilidades en la búsqueda de datos, para la culminación de este estudio.

De igual forma agradezco a mis amigos que siempre me brindaron su apoyo moral y confianza: Dolores, Yolanda y Patricia Bañuelos, Santiago, Rosy, Mirna y mis compañeros de maestría por compartir momentos difíciles y felices: Francisco, Manuel, María Inés, Jorge y Nora.

A Mis compañeras de casa Jacy y Andrea por todo el apoyo que me brindaron durante mi estancia en esta ciudad.

DEDICATORIA

Al padre, Señor del Universo por prestarme la vida y ayudarme en los momentos difíciles.

A mi esposo Manuel, por su amor, y espera durante la realización de la maestría.

A mis hijos con mucho cariño: Carlos, Jorge Ivan y Manuelito por su gran amor, comprensión y apoyo otorgados durante el transcurso de mis estudios.

A mis padres Ernesto y María del Carmen por el cariño que me han tenido siempre.

A mis hermanas Rosy, Teresa y Elizabeth por su motivación, apoyo moral y la confianza que depositaron en mí.

A mi suegra María y cuñadas: Ana Josefa, Concepción y en especial a Carlos por permanecer al cuidado de mi hijo pequeño para que yo concluyera este estudio.

A mi nuera Nora Castillo por todo su apoyo incondicional.

A Candita y Rosy dos grandes amigas por todo su apoyo que me han brindado a pesar de la distancia.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1, Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Hipótesis	8
1.3 Propósito General	9
1.4 Importancia del Estudio.....	9
1.5 Definición de Términos	10
2. Marco Teórico	13
2.1 Modelo de Promoción de la Salud	13
2.2 Conductas Promotoras de Salud	19
2.3 Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino	20
2.4 Ubicación del Problema en la Teoría	21
2.5 Estudios Relacionados	24
3. Metodología	28
3.1 Diseño del Estudio	28
3.2 Población	28
3.3 Plan de Muestreo y Muestra	28
3.4 Criterios de Selección	29
3.5 Material	29
3.6 Procedimiento	37
3.7 Ética del Estudio	39
4. Resultados	40
4.1 Estadísticas Descriptivas	40
4.2 Estadística Inferencial	52

5. Discusión	65
5.1 Conclusiones	70
5.2 Recomendaciones	71
REFERENCIAS	72
APÉNDICES	76
Apéndice A.- Autoestima de la Mujer Adulta	78
Apéndice B.- Sentimientos Sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo.....	79
Apéndice C.- Sentimientos Sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Alto	80
Apéndice D.- Conducta Promotora de Salud Nivel Bajo y Alto	81
Apéndice E.- Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales	84
Apéndice F.- Escala de Autoestima	85
Apéndice G.- Escala de Sentimientos sobre la Práctica de la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino	87
Apéndice H., Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck	90
Apéndice I.- Cuestionario sobre Conducta Promotora de Salud	93

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de las Subescalas y Escalas de los Instrumentos EA, ESPDOC, NSSQ y CCPS.....	32
2. Análisis de Factor de la Escala de Autoestima	33
3. Puntuaciones de Análisis de Factor y Varianza (EA)	33
4. Análisis de Factor de la Escala de Sentimientos sobre la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (ESPDOC)	34
5. Puntuaciones de Análisis de Factor y Varianza (ESPDOC)	35
6. Análisis de Factor del Cuestionario de Apoyo Social	35
7. Análisis de Factor sobre Conducta Promotora de Salud	36
8. Puntuaciones de Análisis de Factor y Varianza (CCPS)	37
9. Características sociodemográficas de las mujeres del estudio ...	41
10. Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con el Nivel Socioeconómico	42
11. Práctica de la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con los Factores Personales	43
12. Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con los Factores Personales Nivel Bajo	44
13. Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino con los Factores Personales Nivel Alto	44
14. Estadísticas Descriptivas y Resultados de la Prueba de Kolmogorov – Smirnov de los Índices de EA, ESPDOC, NSSQ y CCPS Nivel Bajo	45
15. Estadísticas Descriptivas y Resultados de la Prueba de Kolmogorov – Smirnov, de los Índices de EA, ESPDOC, NSSQ y CCPS Nivel Alto	46

16. Matriz de Correlación de Spearman de las variables de estudio	48
17. Matriz de Correlación de Spearman de las variables de estudio Nivel Bajo	50
18. Matriz de Correlación de Spearman de las variables de estudio Nivel Alto.....	51
19. Prueba de Kruskal Wallis Efecto de los Factores Personales Biológicos, Psicológicos y Socioculturales sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Bajo.....	52
20. Media y Mediana para Factores Personales (Biológicos y Socioculturales con la Responsabilidad en Salud Nivel Bajo..	53
21. Prueba de Kruskal Wallis Efecto de los Factores Personales: Biológicos, Psicológicos Socioculturales sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo.....	54
22. Media y Mediana para Edad y Práctica de la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo	54
23. Prueba de Kruskal Wallis Efecto de los Factores Personales: Biológicos, Psicológicos y Socioculturales sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Alto.....	55
24. Media y Mediana de Ocupación y la Responsabilidad en Salud Nivel Alto	55
25. Prueba de Kruskal Wallis Efecto de los Factores Personales: Biológicos, Psicológicos y Socioculturales sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Alto.....	56
26. Efecto del Afecto Relacionado a la Actividad sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Bajo.....	57
27. Análisis de Regresión Lineal Múltiple: de Afecto Positivo y Negativo del Nivel Bajo con la Responsabilidad en Salud	57
28. Efecto del Afecto Relacionado a la Actividad sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo ...	58
29. Análisis de Regresión Lineal Múltiple: el Afecto Positivo y Negativo Nivel Bajo sobre la Practica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino.....	58

30. Efecto del Afecto Relacionado a la Actividad sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Alto	59
31. Análisis de Regresión Lineal Múltiple: Afecto Positivo y Negativo Con la Responsabilidad en Salud Nivel Alto.....	59
32. Efecto del Afecto Relacionado a la Actividad sobre la Practica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Alto.....	60
33. Análisis de Regresión Múltiple: Afecto Positivo y Negativo Con la Practica de Detección de Cáncer Cervicouterino Nivel Alto ..	60
34. Efecto del Apoyo Familiar sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Bajo	61
35. Efecto del Apoyo Familiar sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo	61
36. Análisis de Regresión Lineal Múltiple: Apoyo Familiar con la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Bajo.....	61
37. Efecto del Apoyo Familiar sobre la Responsabilidad en Salud Nivel Alto	62
38. Efecto del Apoyo Familiar sobre la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino Nivel Alto	62
39. Prueba U de Mann Withney Diferencia de Medias entre el Nivel Socioeconómico y la Responsabilidad en Salud.....	63
40. Diferencia de Medias y Medianas entre el Nivel Socioeconómico y la Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud	17
2. Modelo de Promoción de la Salud Adaptado para el Estudio	22
3. Estructura Conceptual Teórico Empírico para el Estudio de Factores Promotores de Salud	23

RESUMEN

Margarita Del Rosario Quintana Dzul Fecha de Graduación: Enero de 2000

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio **FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE
LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS**

Número de páginas: 95

Candidato para el grado de
Maestría en Ciencias de
Enfermería

Area de Estudio: Salud Comunitaria

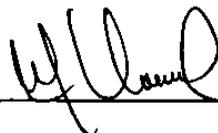
Propósito y Método del estudio: El propósito del estudio fue determinar de que manera algunos factores promotores de salud afectan la responsabilidad en salud y el uso del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, bajo el Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996). El diseño empleado fue descriptivo, explicativo y comparativo. El muestreo fue probabilístico estratificado con límite de error estimación de .05 y nivel de confianza del 95 por ciento, el tamaño de la muestra fue 290, 148 mujeres del nivel socioeconómico bajo y 142 mujeres del nivel alto. El análisis estadístico se realizó mediante las medidas de tendencia central, prueba de Kolmogorov-Smirnov, el Coeficiente de Correlación de Spearman, prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y la U de Mann Whitney, el Análisis de Regresión Lineal Simple y Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados obtenidos en el Análisis de Regresión Lineal Simple y Múltiple mostraron efecto significativo del afecto relacionado a la actividad sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino tanto en las mujeres de nivel socioeconómico bajo y alto ($p < .05$). Se encontraron diferencias significativas en las mujeres del nivel socioeconómico alto sobre responsabilidad en salud ($U = 3653.50$, $p < .001$) y práctica de la detección oportuna de cáncer ($U = 6827.0$, $p < .001$). El autoestima fue mayor en mujeres del nivel socioeconómico alto y esto se correlacionó con la responsabilidad en salud ($r = .26$, $p < .001$) lo cual no ocurrió en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

No se encontró efecto de los factores personales biológicos y el apoyo social sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer.

El afecto relacionado a la actividad y algunos factores personales como el nivel socioeconómico y el autoestima tienen efecto sobre el resultado conductual. Lo anterior apoya algunos postulados del Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996).

Firma del Director de Tesis: _____



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son un componente muy importante en la promoción de la salud, estos se definen como un patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar, actualización y satisfacción de sus necesidades personales (Walker, Schrist, Pender, 1981). Los cambios de estos estilos, los procesos de urbanización e industrialización además del incremento de la esperanza de vida en el país, de 60 a 73.7 años para la mujer de 1960 a 1992, favorecieron la disminución en la morbilidad y mortalidad infecciosa, y se incrementaron las enfermedades crónicas degenerativas como las neoplasias malignas, entre ellas el cáncer cervicouterino (Frenk, 1994).

Desde hace 30 años en México se ha incorporado la tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo en la detección del cáncer cervicouterino en fases tempranas de la enfermedad. Sin embargo, este tipo de cáncer sigue siendo un problema prioritario de salud pública, dado que ocupa el primer lugar en

prevalencia por tumores malignos en la población general (Secretaría Estatal de Salud, 1997).

La prevención, control y el tratamiento de cáncer cervicouterino es una prioridad para el país. La Norma Oficial Mexicana (NOM – 014 – SSA2 – 1994) establece que la prueba debe realizarse cada año y que después de dos citologías negativas para cáncer y/o displasia ésta debe repetirse cada tres años.

Los factores que afectan la práctica de la detección oportuna de cáncer son de tipo: ambiental, social, cultural, psicológico e influye también el apoyo social (Palank, 1991). Penny & Bowsher (1997) señalan al apoyo emocional como la más importante categoría por la cual la percepción de apoyo social es transportada a otros. Kahn & Antonucci (1980) describen el componente apoyo emocional como parte del apoyo social y asistencia afectiva. El apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, esposos y otros con quien uno tiene contacto personal (Maureen, 1988). Este apoyo puede ser crucial en el inicio y prácticas positivas de salud, no obstante, en un número alto de familias mexicanas este apoyo no se da.

Las características culturales de la población determinan diferentes patrones de atención a la salud (Bronfman, 1994); el uso y no uso de los servicios de salud está condicionado por las ideas, percepciones y experiencias cotidianas de la vida de las personas, asociadas con los conceptos de salud y con aquellas creencias, mitos de lo permisible y no permisible en la atención de salud.

En México, la mujer relega a un segundo plano el cuidado de su salud a pesar de desempeñar el rol de procuradora de cuidados en la familia, ya que prefiere atender la salud de sus hijos y pareja antes que la propia. En este sentido no reconoce que es fundamental conservar su estado de salud para cumplir satisfactoriamente con el rol de madre y proveedora de cuidados en la familia (González, 1997).

La respuesta afectiva es otro de los factores que influyen en la práctica promotora de salud, ésta consta de tres componentes: despertamiento emocional del acto, autorrealización y el contexto Pender (1996). El afecto es el término utilizado para descubrir el tono emocional de una persona (Cook, 1993). Es la comunicación verbal y no verbal de los sentimientos internos de la persona. Algunas mujeres sienten una gran presión de la sociedad para cumplir los roles de "super esposas" y "super madres", mucho de su tiempo y energía lo dedican a cubrir las necesidades de sus familiares (Terán, 1996).

Titchener (citado por Cruz, 1988) dice que la tensión, la relajación y la calma son realmente sentimientos de los sentidos, combinaciones de sensaciones orgánicas y de verdaderas emociones que pueden generar en la persona sentimientos positivos y negativos, los que según Pender (1996) afectan las conductas promotoras de salud.

La transición epidemiológica y demográfica por la que está atravesando el país, requiere de cuidados primarios de las personas para hacer efectivos los programas dirigidos a la prevención y control de las enfermedades crónicas, degenerativas y neoplásicas, dentro de las cuales se encuentra el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. El éxito de las conductas de salud

depende del interés de la mujer hacia el cambio, los deseos de cambio son importantes para que la gente adopte nuevas conductas de salud (Salazar, 1996).

El personal de enfermería ocupa un papel importante para ayudar a las mujeres a través de sus intervenciones diseñadas para motivar una conducta, mediante la educación, orientación y asesoramiento. La meta del personal de enfermería es lograr que las personas realicen acciones y que potencialicen sus capacidades para aumentar su nivel de bienestar (Pender, 1996).

El propósito del presente estudio fue determinar de qué manera algunos factores promotores de salud afectan la responsabilidad en salud y el uso del programa de detección oportuna de cáncer, basados en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996). Se pretende por lo tanto conocer el efecto que tienen los factores personales de tipo biológico, tales como la edad, el número de hijos, psicológicos como autoestima y socioculturales, como el estrato socioeconómico, ocupación y la escolaridad, así como el afecto y las influencias interpersonales para emprender una acción promotora de salud, en este caso la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

El estudio fue de tipo descriptivo, explicativo y comparativo (Polit & Hungler, 1997). La muestra del estudio estuvo conformada por mujeres de 24 a 65 años de edad, de los estratos socioeconómicos alto y bajo, según el (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 1995), seleccionadas por muestreo probabilístico estratificado.

1.1 Planteamiento del Problema

La Conferencia Panamericana (1986) (citado por De los Ríos, 1993) aprobó la estrategia regional para el futuro de la mujer, su salud y desarrollo. Se señalaron los aspectos relativos a la protección, prevención de daños a la salud de la mujer y a los servicios, mencionaron específicamente la reducción de las tasas de mortalidad materna y la de cáncer en la mujer.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000 tiene entre sus objetivos el de promover un conjunto de programas y acciones que permitan garantizar a la mujer la plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales y reproductivos. 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 la utilización de éstos que provocan un creciente aumento en las causas de morbimortalidad relacionadas con la condición del género (De los Ríos, 1993).

En México según lo reportado por el INEGI (1995), los tumores malignos se encuentran en segundo lugar como causa de mortalidad general, entre ellos el cáncer cervicouterino como uno de los problemas de salud pública más importante en la mujer, al observarse una tasa de 8.8 por 100,000 mujeres a nivel nacional.

En el Estado de Nuevo León el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en mujeres en edad fértil con una tasa de 7.42 por 100, 000 mujeres, según reportes de la Secretaría Estatal de Salud (1997). Por lo que se puede observar, es más baja que la media nacional.

En la literatura revisada, Klimousky y Matos (1996), Nájera, Lazcano, Alonso y Ramírez (1996), mencionan que entre algunos de los factores que obstaculizan el uso del examen de cáncer cervicouterino, se encuentran la edad, la escolaridad, el riesgo individual a cáncer, el temor a la enfermedad y la falta de conocimientos sobre ella, así como 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 (González, 1997).

Por su parte Escandón (1992) señala que las tasas específicas de cáncer cervicouterino se incrementan a medida que aumenta la edad. Si se toma como referencia a las mujeres de 40 años y se compara con cada uno de los grupos etaréos, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 con un intervalo de confianza del 95% (4.2 – 6.3) y se eleva hasta 10 veces en las mujeres mayores de 80 años (7.3 – 12.6). Estos son datos de un estudio sobre mujeres derechohabientes del IMSS.

Cruz (1988) menciona que existe una proporción elevada de mujeres de alto riesgo a cáncer cervicouterino que no lleva control (47 por ciento). Además de lo anterior, González (1997) refiere que algunos de los factores que propician y obstaculizan el uso de los servicios de detección oportuna de cáncer cervicouterino son los beneficios y barreras percibidas ($p < .001$).

El rol de las mujeres como madres es el de proveedor de cuidado. Terán (1996) encontró que la mayor preocupación de ellas es la salud de sus hijos y su pareja, muchas veces en detrimento de la propia. Sugiere que puede estar involucrado un elemento de autoestima.

La autoestima es uno de los tantos factores que determinan las conductas para la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino (Stuart & Sundeen, 1979). La autoestima de una persona es un juicio de valor, que se expresa a través de actitudes que mantienen sobre sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transfiere a otra por medio de informes verbales y amplia conducta expresiva. Coopersmith (1986) y Hallal (1982) encontraron que las mujeres que llevan a cabo la autoexploración del seno tenían un autoconcepto más alto que aquellas que no se ocupaban de esta práctica.

Pender (1996) menciona que el afecto relacionado a la actividad es un factor que puede promover el inicio y mantenimiento de una conducta. Gauvin & Rejeski (1993), al respecto señalan que los estados subjetivos de afecto que ocurren antes, durante y después de una actividad son predictores de una conducta saludable cuando los individuos están dispuestos a adoptar y mantener prácticas de vida saludables.

El apoyo social ha sido estudiado como factor que impulsa y facilita el desarrollo de conductas de salud. En este sentido Pender (1996) identifica que los factores interpersonales como el apoyo de la familia pueden motivar conductas saludables. Al respecto, Muhlenkamp y Sayles (citado por Palank, 1991), señalan al apoyo social como el factor principal que ejerce el efecto más poderoso sobre la conducta promotora de salud. Es decir, que el apoyo social afecta la decisión en la conducta promotora en forma directa.

En la experiencia de la investigadora en los servicios de salud comunitaria se ha observado una baja cobertura en la utilización del examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Las razones que las mujeres

argumentan para no hacérselo son el no tener tiempo y sentir temor al examen y sus resultados. No obstante que se invierten muchos recursos en promover este examen, el efecto poblacional es limitado, ya que sólo previene el 20 por ciento de los casos en la población (Hernández, Lazcano, Alonso, López y Rojas 1994).

Por lo anteriormente descrito, el presente estudio pretende determinar de qué manera los factores personales, como la edad, número de hijos, la autoestima, el estrato socioeconómico, la ocupación, la escolaridad, el afecto relacionado a la actividad y las influencias interpersonales como el apoyo social motivan la responsabilidad en salud de la mujer y la realización de su detección oportuna de cáncer.

Por tales motivos, se fundamenta la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), el afecto relacionado a la actividad y el apoyo social sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de 24 a 65 años de edad de estrato socioeconómico alto y bajo pertenecientes al área conurbada de Monterrey?

1.2 Hipótesis

Hi 1 Existe efecto de los factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer.

- Hi 2 Existe efecto del afecto relacionado a la actividad sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer.
- Hi 3 Existe efecto del apoyo social sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer.
- Hi 4 Existen diferencias respecto a la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino entre las mujeres de estrato socioeconómico alto y las mujeres de estrato socioeconómico bajo.

1.3 Propósito General

Determinar el efecto que existe de los factores personales, (biológicos, psicológicos y socioculturales), afecto relacionado a la actividad e influencias interpersonales con la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino en las mujeres de 24 a 65 años de edad de estrato socioeconómico alto y bajo.

1.4 Importancia del Estudio

Para la enfermería comunitaria (Pender, 1989) es importante conocer los elementos que influyen en las personas para tomar decisiones con respecto a su salud. El identificar los factores que afectan la práctica de conductas promotoras de salud, como en este caso la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino, permitirá a la

enfermería desarrollar programas y acciones dirigidas a la mujer sobre la promoción de estas conductas con énfasis en el reforzamiento del autoestima, el afecto y el apoyo social (tangible) conforme a los resultados del estudio.

Por otra parte, la contribución a la disciplina con el presente estudio se da al aplicar empíricamente algunos conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996), en particular los conceptos de factores personales, afecto relacionado a la actividad e influencias interpersonales. Los resultados aportan información que permite profundizar en estos conceptos, generando así conocimientos de enfermería que podrán servir de base para otros estudios.

Una aportación nueva de mayor significado es lo relativo al concepto de afecto relacionado a la actividad, el cual no ha sido estudiado en relación con la práctica del examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

1.5 Definición de Términos

Factores personales: Son las características de las personas como la edad, número de hijos, el autoestima, el estrato socioeconómico, ocupación y el nivel educativo que se midieron con el cuestionario de factores personales biológicas y socioculturales (CFPBS) elaborado por la autora del estudio y la Escala de Autoestima (EA) elaborado por Rosemberg (1965).

Edad: Años cumplidos de la mujer según, lo expresa ella misma.

Autoestima: Es la percepción individual de la propia valía que la mujer tiene de sí misma para responsabilizarse en la práctica de la detección oportuna de

cáncer cervicouterino que se midió con la Escala de Autoestima (EA) de Rosenberg.

Estrato socioeconómico: Son las diferencias sociales, económicas, políticas y culturales que marcan la desigualdad en las mujeres de estrato alto y bajo.

Ocupación: Es la acción de la que se ocupa la mujer.

Escolaridad: Es el número de años en la educación formal recibida en cualquier etapa de la vida.

Afecto relacionado a la actividad: Son respuestas afectivas positivas y negativas, almacenadas en la memoria para el despertamiento emocional subsecuentes a la realización de la detección oportuna de cáncer cervicouterino, que se midieron por medio del instrumento de sentimientos para la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino (ESPDOC), adaptada por la investigadora a partir del cuestionario de adjetivos múltiples del estado afectivo (MAACL) elaborado por Gotlib & Meyer (1986). Se midió al inicio, durante y después de la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Apoyo social: Son transacciones interpersonales, con la familia u otras personas, con las que se tiene contacto personal que involucran atributos que son emocionales, tangibles, estabilidad de las relaciones y frecuencias de contacto para que la mujer se realice su detección oportuna de cáncer cervicouterino, se midió con el cuestionario de apoyo social de Norbeck (NSSQ, 1995).

Responsabilidad en salud: Es aceptar y tener una responsabilidad para practicarse el examen del papanicolau, que se midió con el cuestionario sobre conducta promotora de salud (CCPS), el cual fue adaptado del cuestionario de Estilos de Vida de Pender (1996).

Práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino: Es la realización anual del papanicolau, según la norma (NOM – 014 – SSA2 – 1994).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Modelo de Promoción de la Salud

El presente estudio consideró el Modelo revisado de Promoción de la Salud de Pender (1996). Este modelo sustenta que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo de vida promotor de salud depende de la combinación de características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta para entrar en acción y está fundamentado en el desarrollo humano, la psicología social experimental y la educación.

Este modelo revisado en 1996 se originó al evaluar el anterior modelo de promoción de la salud (MPS) de 1987 de la misma autora, y en base a resultados de diferentes estudios empíricos se anexaron tres nuevas variables que son: afecto relacionado a la actividad, compromiso para planear una acción y demandas, así como preferencias opuestas inmediatas (ver figura 1).

A continuación se describe cada uno de los factores mencionados:

- **Características y experiencias individuales:** Se refiere a los rasgos específicos de la conducta del individuo, con lo que adquiere experiencias

personales únicas que le afectan en el futuro para realizar conductas promotoras de salud.

- **Conducta previa relacionada:** En el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) se menciona que para predecir una conducta del individuo en el presente es necesario conocer el número de veces que se realizó esta conducta o conductas similares en el pasado, ya sea por hábito o parte de la información de los individuos, se refiere que si el individuo percibe beneficios al inicio o durante la realización de la conducta o le gusta realizarla, es probable que la repita; por otro lado, si lo percibe como algo negativo, evitará realizarla nuevamente.

- **Factores personales:** Para el Modelo de Promoción de la Salud, éstos se clasifican en biológicos como: edad, sexo, índice de masa corporal, estado de pubertad, el estado menopáusico, la capacidad aeróbica, la fuerza y la agilidad; dentro de los factores psicológicos se incluyen: autoestima, automotivación, competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud; en los factores socioculturales se incluyen la raza, la etnicidad, aculturación, educación y el estrato socioeconómico.

- **Cogniciones y afectos específicos:** Se consideran como situaciones o mecanismos que motivan e influyen para que un individuo adopte y conserve conductas promotoras de salud, en base a las cuales enfermería puede establecer acciones para intervenir en la modificación de dichas conductas en los individuos.

- **Beneficios percibidos de la acción:** Son los resultados positivos anticipados de una determinada conducta, se basan en la experiencia personal o del aprendizaje a través de la observación de dicha conducta, lo cual motiva a iniciar o continuar con ésta en forma directa o indirectamente, estableciendo un compromiso con un plan de acción para realizarla.
- **Barreras percibidas a la acción:** Pender las define como un factor cognoscitivo y perceptual que influye en el intento de involucrarse en las conductas promotoras de salud. Estos pueden ser imaginarios o reales; son percepciones de uno mismo o sobre factores situacionales o ambientales. Las barreras se relacionan con la falta de disponibilidad, incomodidad, costos o dificultad para tomar opciones, por ejemplo la limitación del tiempo individual para realizar actividades físicas regulares o de ejercicio (Dishman y Feldman, 1985; Sloan, 1988).

La dificultad la define Pender en el modelo, como una percepción de la persona de algo que impide la acción. Sennot y Millier (1987) citados por Rodríguez (1996) consideraron la dificultad como un factor importante en el intento de iniciar conductas promotoras de salud.

- **Autoeficacia percibida:** Concepto que reconoce las capacidades y fuerzas personales del individuo para realizar una actividad, por lo que se considera hábil y competente. Bandura (1977) la define como el juicio de la capacidad que la persona tiene para organizar y ejecutar un curso particular de acción. Resultados de estudios de investigación han revelado que la autoeficacia percibida es un aspecto determinante en la conducta promotora de salud. Los conocimientos acerca de la autoeficacia están basados en logros al

realizar una conducta, así como la observación del desempeño de otros; el reconocimiento de otros acerca de sus capacidades y los estados fisiológicos como ansiedad, temor y calma, a partir de los cuales el individuo se considera capaz o no de realizar determinadas conductas.

- **Afecto relacionado a la actividad:** Son los estados de sentimientos hacia una conducta (gustos), que pueden ser positivos o negativos y de forma leve, moderada y fuerte. Las conductas que se realizan por afecto positivo es probable que se repitan, y las asociadas a efectos negativos tienden a ser evitadas.

- **Influencias interpersonales:** Se refiere al apoyo social percibido por parte de patrones familiares, interacción con personas importantes y con el personal de salud, que pueden influir en las conductas promotoras de salud del individuo, directa o indirectamente con presiones sociales o estímulos para establecer un compromiso con un plan de acción. Si se les brinda suficiente motivación, los individuos llegan a realizar conductas por las que recibirán elogios y/o felicitaciones. Los componentes de apoyo social que se miden son: 1) comunicación de las esperanzas y afecto positivo, 2) reciprocidad. Las características estructurales del apoyo son: 1) sitio donde vive la persona, 2) frecuencia de los contactos sociales.

Gotlib (1981) y Goldsmith (1988), citados por Rodríguez (1996) realizaron investigaciones en las que concluyeron que las redes sociales de apoyo y la integración social pueden actuar como modificadores de los beneficios percibidos y de la conducta subsecuente. Las redes sociales también transmiten valores, creencias y patrones aprendidos a los individuos,

actuando como influencias positivas o negativas sobre las conductas de salud.

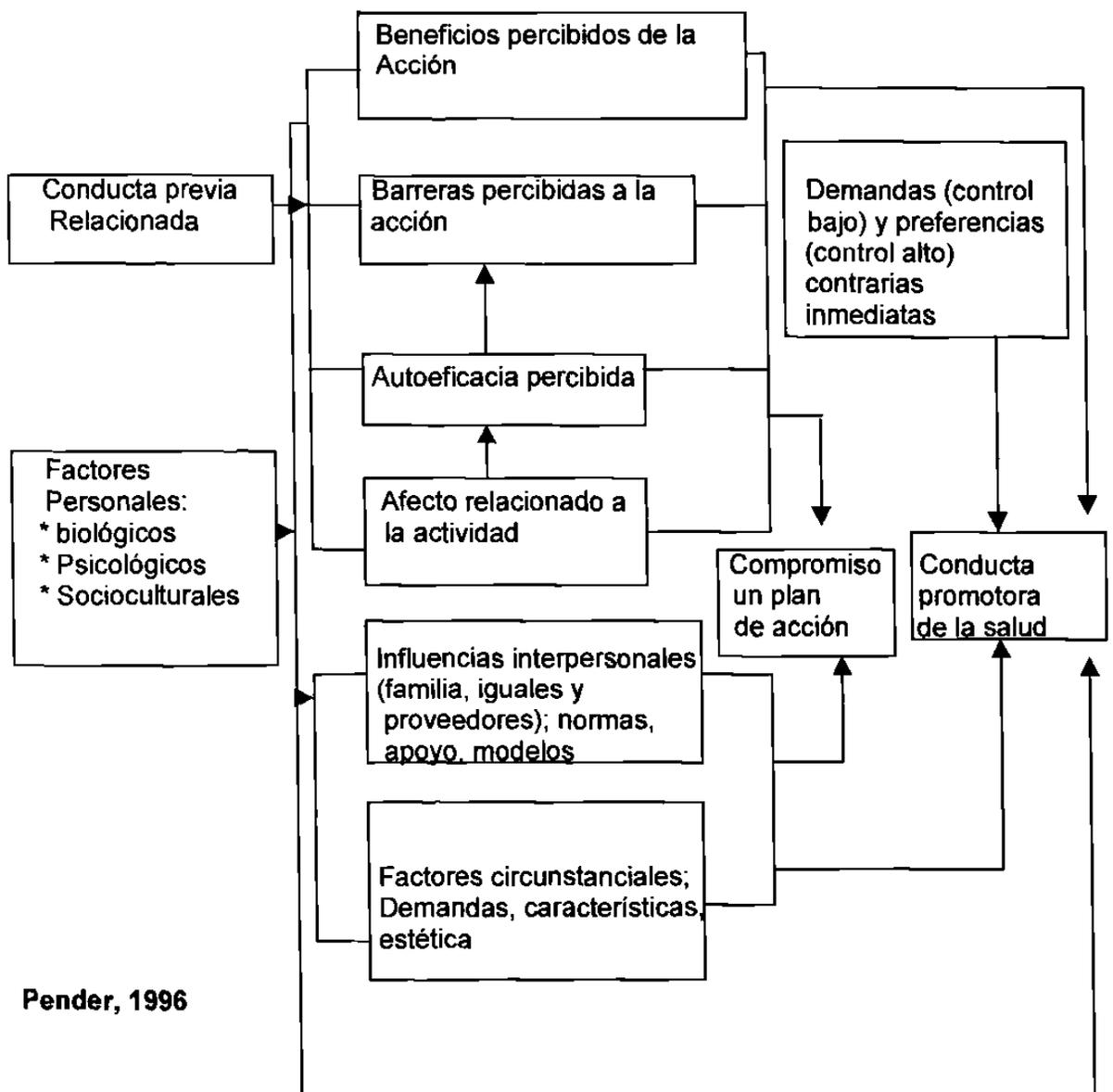
FIGURA 1

MODELO REVISADO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Características y experiencias individuales

Cogniciones y afecto específico de la conducta

Resultado conductual



Pender, 1996

- **Factores circunstanciales:** Se definen como cualquier situación o contexto (medio ambiente) que puede facilitar o impedir el desarrollo de una conducta; en el contexto donde se desenvuelve el individuo existen opciones con características de demanda y características estéticas.
El medio ambiente puede afectar directamente una conducta, ya que pueden existir señales que demandan realizar una conducta o acción específica, un ejemplo sería el señalamiento de no fumar.

- **Resultado conductual:** Los resultados que se esperan son la adopción o continuación de conductas promotoras de salud, que pueden ser a través de un compromiso con un plan de acción.

- **Compromiso con un plan de acción:** El compromiso es establecido por el cliente de acuerdo o no con sus preferencias en un determinado tiempo, lugar y persona, en el que existe un acuerdo mutuo entre el cliente y la enfermera, donde el primero espera un beneficio real o un reconocimiento por mantener el compromiso debe acompañarse de estrategias si quiere lograr el desempeño de una conducta de salud.

- **Demandas y preferencias contrarias inmediatas:** Existen situaciones ambientales que impiden que el cliente realice una conducta promotora de salud para la cual se estableció un compromiso, ya sea en el trabajo, con la familia o con otras personas, que se presentan momentos antes del tiempo y lugar donde se llevará a cabo la conducta promotora de salud y que el cliente no puede evitar, por lo que realiza estas necesidades anteriores inmediatas contrarias dejando a un lado su compromiso.

Las demandas y preferencias contrarias no se consideran barreras, son necesidades que se presentan en último momento, que pueden hacer a un lado un plan de acción. La susceptibilidad para abandonar el compromiso con un plan de acción varía de un individuo a otro.

- **Conducta promotora de salud:** Es el resultado final al cual se pretende llegar dentro del modelo de promoción de la salud, cuyo objetivo final es obtener beneficios positivos en la salud del cliente, a través de estilos de vida saludables en la vida del mismo.
- **Estilos de vida:** Se consideran las conductas o acciones que realiza la mujer dentro de su patrón de vida, incluyen: ejercicio, nutrición, soporte interpersonal, manejo de estrés, autoactualización y responsabilidad en salud.

2.2 Conductas Promotoras de Salud

Previo a la definición de estilos de vida es necesario conceptualizar la conducta promotora de salud, para lo cual se ha considerado como aspecto central la definición de salud de la OMS (1974) “estado de completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y otros trastornos”; este concepto encierra cualidades positivas de la salud, tales como la idea de la actualización del potencial humano y de conservación de un equilibrio y una dirección objetiva dentro del medio ambiente (Pender, 1987).

La conducta promotora de salud ha evolucionado en la década de los setenta, los programas de bienestar y de salud estaban orientados a la

prevención de la enfermedad, como resultado de las investigaciones sobre salud, ambiente y conducta. En la actualidad, después de redefinir los conceptos de salud y bienestar, los estudios de investigación se orientan a los aspectos de estilos de vida promotores de salud.

La conducta promotora de salud ha sido definida por Pender (1987) como aquella que inicia cualquier grupo de edad para conservar o incrementar el bienestar óptimo, la autoactualización y la satisfacción personal, son ejemplos de conductas promotoras de salud, el ejercicio, la nutrición óptima y el desarrollo de sistemas de apoyo social.

2.3 Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino

La detección oportuna de cáncer cervicouterino ayuda en el diagnóstico, tratamiento y control de lesiones precursoras y cánceres en etapa inicial. El diagnóstico presuntivo de cáncer cervicouterino se establece por un examen clínico, citología del cuello uterino y/o colposcopia. El definitivo se establece únicamente con el examen histopatológico.

Los casos probables y confirmados serán objeto de estudio epidemiológico mediante el reporte mensual de detección y registro nominal de displasia y cáncer cervicouterino (Vargas, 1997).

2.4 Ubicación del Problema en la Teoría

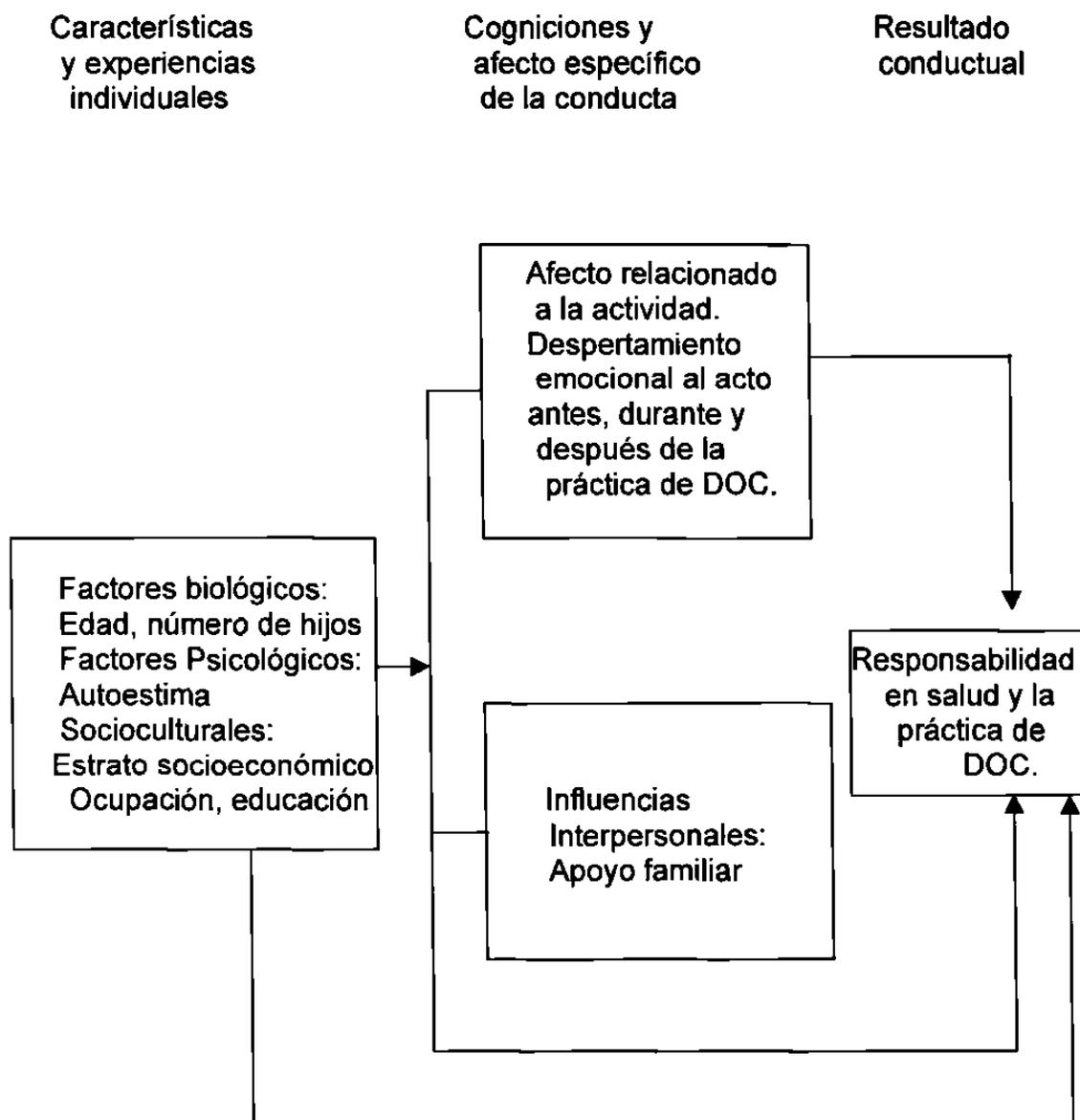
Para el presente estudio, sólo se consideran los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, el afecto relacionado a la actividad e influencias interpersonales, mismos que se afectan con los estilos de vida que presentan las mujeres (ver figuras 2 y 3).

La responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino y los factores de índole personal biológico como la edad y el número de hijos, psicológicos como el autoestima y los socioculturales como el estrato socioeconómico, ocupación y el nivel de escolaridad tienen efecto sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino. El afecto relacionado a la actividad se midió a través de los sentimientos positivos y negativos que siente la mujer, al inicio, durante y después de la práctica del papanicolaou, la cual afecta a la responsabilidad en salud y la realización de la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Las influencias interpersonales según Pender incluyen dos atributos que son el estímulo instrumental y el emocional. Por muchos años se ha reconocido la existencia de una relación positiva entre apoyo social y salud (Stewart, 1993 Citado por Penny, 1997). El apoyo social según Norbeck tiene cuatro atributos que son: emocional, instrumental, informativos y evaluativos. Estas influencias parecen actuar sobre la conducta promotora de salud. Por tal motivo, se midió el efecto del apoyo social sobre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

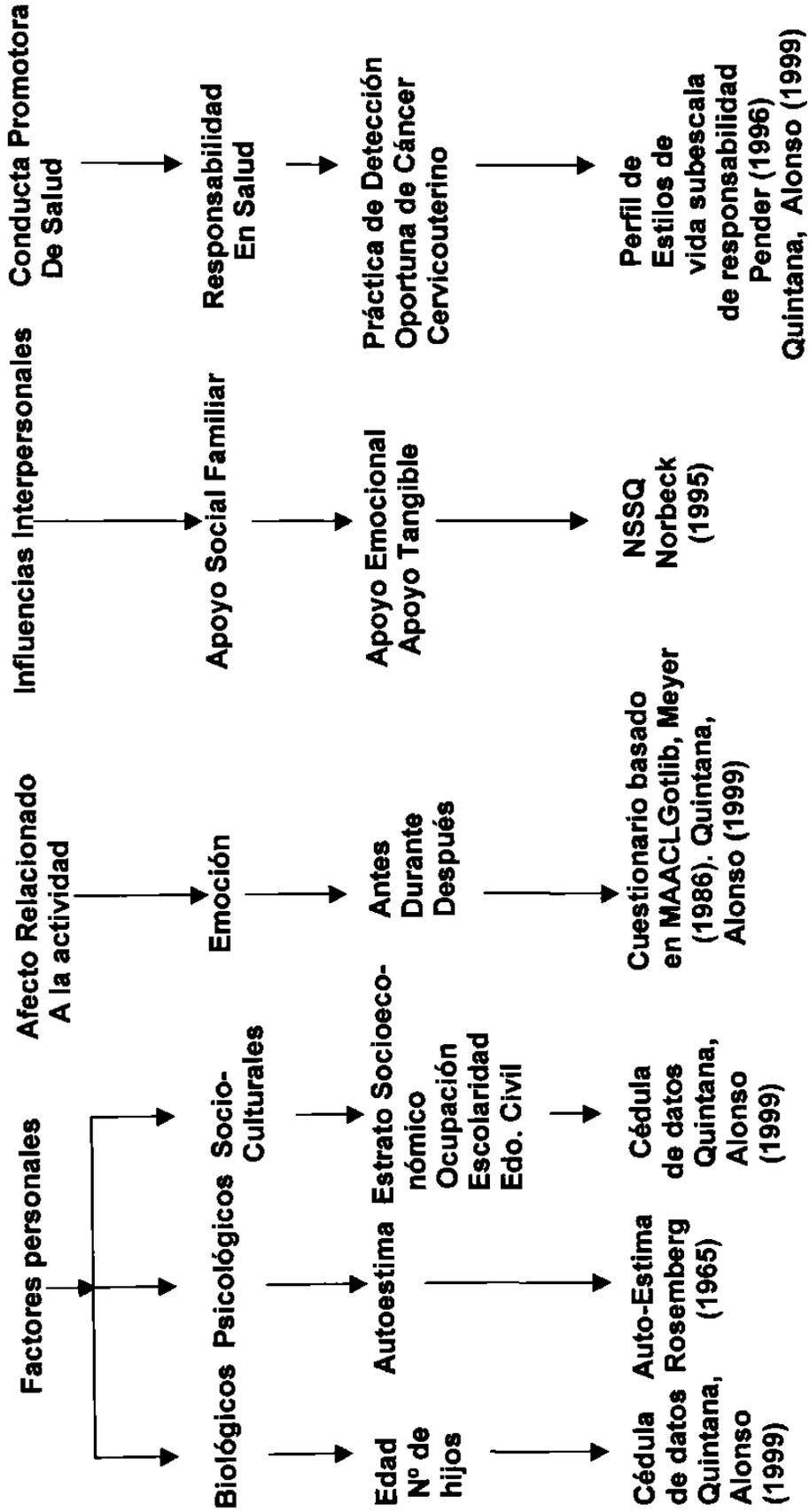
Figura 2

Modelo de Promoción de la Salud (MPS) adaptado en contenido para el estudio de factores promotores de salud de la mujer y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino.



Quintana y Alonso, 1999

FIGURA 3
ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEÓRICO EMPÍRICO PARA EL ESTUDIO DE FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ADULTAS



2.5 Estudios Relacionados

2.5.1 Factores Personales

En un estudio realizado por Echániz (1992) en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, en un grupo de 2407 mujeres sexualmente activas entre 15 y 45 años de edad se reportó que la edad es un factor para contraer cáncer cervicouterino, y que el 80 por ciento de las mujeres del estudio se dedicaban a labores del hogar y el 20 por ciento eran empleadas (obreras).

Por otro lado, respecto a la edad, Harris (1979) demostró que a mayor edad de las mujeres, la práctica de las conductas promotoras de salud, aumenta. Sin embargo, Muhlenkamp (1986) y Cohen (1990) afirman que existe una relación inversa entre la edad y la conducta promotora, por el hecho de las limitaciones físicas.

Pocos estudios atribuyen específicamente una relación a las variables autoestima y prácticas positivas de salud (conductas preventivas). Muhlenkamp y Sayles (1986) encontraron que el 28 por ciento de las variaciones en las conductas de salud positivas entre adultos se debía a una combinación de factores de apoyo social y amor propio e identificaron el apoyo social como un factor que ejercía el efecto más poderoso sobre la conducta promotora de salud.

Herol, Goowin y Lero (1979) analizaron la relación entre autoestima, apoyo social y las prácticas positivas de salud, sus resultados mostraron que aquellas personas con muy alta estima y que además percibían apoyo social adecuado,

mantenían más prácticas positivas para la salud que aquellas con un bajo nivel de autoestima y apoyo social.

Feller y cols. (1983) a través de un estudio descriptivo observacional en 15 madres adolescentes primíparas y sus hijos observaron que la autoestima de las madres entre otras variables tales como la aceptación del embarazo, permite que se adapte fácilmente al rol a partir del desarrollo de conductas de acercamiento temprano con sus hijos.

Cruz (1988) realizó una investigación en 105 mujeres con un 90 por ciento de nivel de confianza y encontró una relación significativa entre autoestima y la decisión de tomarse la prueba de papanicolau. ($V = 1106.5$ $Z = -1.7402$, $p = .0818$).

Nájera, Lazcano, Alonso y Ramírez (1996) realizaron un estudio transversal de carácter poblacional en una muestra aleatoria de 1435 mujeres de México y 2273 del Estado de Oaxaca, y señalaron que la baja escolaridad tiene una asociación directa con el desconocimiento de la prueba de papanicolau, mostraron una razón de proporción (η) de 36.1 (IC.95%; 17.9 a 72.7) cuando compararon con mujeres que cursaron estudios universitarios.

2.5.2 Afecto Relacionado a la Actividad

En un estudio realizado por Mc Auley, E., Coumeya, K (1992) en 88 sujetos adultos sedentarios de edad mediana, con el propósito de examinar la relación entre las percepciones de empleo de esfuerzo y el afecto durante el ejercicio, se encontró que los individuos asociaban un buen sentimiento durante

el ejercicio con afecto positivo y un sentimiento malo con el afecto negativo, los sujetos altamente eficaces tuvieron bajas percepciones de empleo de esfuerzo, se reportó en ellos un afecto más positivo durante el ejercicio, con una significancia entre el afecto y el esfuerzo ($r = -.37$).

2.5.3 Apoyo Social

Al realizar la búsqueda bibliográfica sobre este concepto y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino, no se encontró literatura correspondiente a esta temática razón, por lo cual se utilizaron en el estudio reportes científicos de apoyo social y otras conductas.

Gotlieb (1981) y Goldsmith, (1988) citados por Rodríguez (1996) realizaron investigaciones en las que concluyeron que las redes sociales de apoyo y la integración social pueden actuar como modificadores en la conducta promotora de salud. Las redes sociales también transmiten valores, creencias y patrones aprendidos a los individuos actuando como influencias positivas o negativas sobre las conductas de salud.

Aaronson (1989) realizó una investigación en 529 mujeres embarazadas, con el fin de valorar si el apoyo que recibía la paciente por parte de la familia facilitaba el cumplimiento de conductas de salud positivas durante el embarazo. Los resultados mostraron que existen diferencias, aunque muy bajas, entre el apoyo percibido y la suspensión del consumo del cigarro ($t = 2.23, p < .05$).

Russel (1988) realizó un estudio en 127 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, valorados para determinar si había influencia del apoyo familiar en el

seguimiento del régimen terapéutico, los resultados mostraron que el apoyo familiar influía en el seguimiento de la dieta y en el cumplimiento del ejercicio ($r = .27$, $p < .01$).

En un estudio realizado con 36 pacientes adultos hipertensos por Ronquillo (1992) se valoró si el apoyo percibido influía en que el paciente hipertenso realizara actividades de autocuidado, y se encontró una relación débil pero significativa entre el apoyo percibido y la realización de acciones de autocuidado ($r = .09$, $p < .05$) por parte del paciente.

Silva (1993) en un estudio sobre los factores relacionados con la aplicación del tratamiento en la displasia cervical, menciona que el 54.5 por ciento de las mujeres que recibieron apoyo del esposo o compañero continuaron con el tratamiento, mientras que el 45.5 por ciento de las que no contaban con apoyo, no cumplieron el tratamiento.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, explicativo y comparativo (Polit & Hungler, 1997).

3.2 Población

La población de interés para este estudio la constituyeron mujeres adultas de 24 a 65 años de edad, de estrato socioeconómico alto y bajo, seleccionadas por muestreo probabilístico estratificado.

3.3 Plan de Muestreo y Muestra

Se consideró como marco muestral el total de manzanas de la colonia de Pueblo Nuevo, del municipio de Apodaca Nuevo León y de la colonia Contry la Silla del municipio de Guadalupe, fueron en total 318 manzanas, de las cuales 216 correspondieron a la colonia de Pueblo Nuevo y se seleccionaron 109; para la colonia Contry la Silla, de un total de 102 se seleccionaron 75.

Posteriormente una vez ubicadas las manzanas, se contaron las viviendas de cada una y se eligieron al azar. El levantamiento de datos se inició por la parte noreste de cada manzana, cuando existieron dos mujeres en el grupo de edad de estudio se seleccionó una sola por medio de sorteo. La unidad de muestreo fue la mujer de 24 a 65 años de edad. El tamaño de la muestra fue de 148 para la colonia de Pueblo Nuevo y de 142 para la colonia Contry la Silla, con un límite de error de estimación de .08 para ambas colonias y un nivel de confianza del 95 por ciento ($\alpha = .05$). El diseño de muestreo fue aleatorio estratificado.

3.4 Criterios de Selección

Mujeres que hayan iniciado vida sexual.

3.5 Material

Se utilizaron cinco instrumentos:

El primero de ellos, denominado cuestionario de factores personales biológicos y socioculturales (CFPBS), elaborado por la autora del estudio, incluye datos personales biológicos (edad, número de hijos) y socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, fuente principal de ingreso e ingreso familiar mensual). El cuestionario consta de 7 preguntas, las cuales son cerradas, dos de estas pertenecen a los datos biológicos y cinco a datos socioculturales.

El segundo instrumento llamado Escala de Autoestima (EA), elaborado por Rosemberg en 1965, está constituido por 10 reactivos. Las opciones de respuesta corresponden a una escala de Guttman con cuatro categorías de

respuestas que van desde 1= totalmente en desacuerdo, 2= desacuerdo, 3= acuerdo y 4= totalmente de acuerdo, con un rango de puntaje de 10 – 40, en donde a mayor puntaje, mayor autoestima.

Esta escala reportó en población anglosajona un Alpha de Cronbach de .92, un coeficiente de estabilidad de .72 (según Silber Y Tipper, 1965, citado por Gotlib & Meyer, 1986). En el presente estudio se encontró un Alpha de .89 (Tabla 1).

El tercer instrumento denominado escala de sentimientos para la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino (ESPDOC) fue adaptado a partir del cuestionario de adjetivos múltiples del estado afectivo (MAACL) elaborado por Gotlib & Meyer en 1986. La adaptación fue en función de construir los reactivos en base a los adjetivos positivos y negativos. La escala de adjetivos múltiples de afecto mide tres estados afectivos: ansiedad, depresión y hostilidad, con 81 adjetivos. La consistencia interna de las tres subescalas se estudio por medio del Alpha de Cronbach, encontrándose valores de .83, .88 y .80 respectivamente. La escala adaptada para este estudio mide el afecto positivo y negativo al inicio, durante y después de la detección oportuna de cáncer cervicouterino. La escala está conformada por 16 reactivos de los cuales cinco miden el afecto antes de realizar la conducta; cinco durante la conducta y seis después de la conducta con cuatro categorías de respuesta que van desde 1= no lo siento, 2= lo siento ligeramente, 3= lo siento moderadamente hasta 4= lo siento fuertemente, con un rango de puntaje de 16 a 64 lo que indica que a mayor puntaje, mayor es el afecto positivo. En el estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de .77 para la subescala de afecto positivo, y una de .73 para la subescala de afecto negativo, según se observa en la tabla 1.

El cuarto instrumento se denomina cuestionario de apoyo social de Norbeck (NSSQ), corregido en 1995, está constituido por 11 ítems que permite a las personas enumerar y calificar los miembros de su propia red de apoyo, las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, y 6 califican el apoyo emocional y tangible y la 7, 8, 9, 9A y 9B la estabilidad de las relaciones y la frecuencia; sus valores son cinco, en donde 0= ninguno, 1= un poco, 2= moderado, 3= bastante, 4= mucho, esto es válido para las primeras 6 preguntas y la 9B; la pregunta 7 se valora con: 1= < de seis meses, 2= de 6 a 12 meses, 3= de uno a dos años, 4= dos a cinco años y 5= más de cinco años; para la pregunta 8 los valores son: 5= diariamente, 4= semanalmente, 3= mensualmente, 2= pocas veces al año y 1= una vez al año; para la pregunta 9, los valores son 0= no y 1= sí. Para la pregunta 9A se nombra a las personas.

Se reporta un Alpha de Cronbach de .88 para las preguntas de la uno a la seis y de .92 para las demás preguntas (Norbeck, Lindsey, Carrieri, 1981). Este instrumento fue utilizado en población mexicana por Carmona, García, Vega (1998) y obtuvo un alpha de Cronbach de .97. Para el presente estudio se consideraron solamente seis reactivos. La tabla 1 muestra que en el estudio se obtuvo una Alpha de .98 para la Escala total, para la subescala de apoyo emocional .98 y para el apoyo tangible .90.

El quinto instrumento es el cuestionario sobre conducta promotora de salud (CCPS), fue adaptado para este estudio por la autora de la investigación a partir del cuestionario perfil de estilos de vida de Pender (1986). Esta adaptación consistió en que los reactivos se adecuaron para la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino y consta de 10 preguntas con cuatro categorías de respuesta que van desde 1= nunca, 2= a veces,

3= frecuentemente, hasta 4= rutinariamente, con un rango de puntaje de 10 – 40, a mayor puntaje, mayor responsabilidad en salud.

El instrumento PEPS (Pender 1986) tiene un Alpha de .94, en el estudio realizado por Salazar en 1996 en mujeres mexicanas de estrato económicamente bajo se encontró un alpha de .93 para la escala total y en la subescala de responsabilidad en salud se obtuvo una de .85. En el presente estudio se obtuvo un Alpha de .88 para la escala de responsabilidad en salud.

Para cada una de las escalas y subescalas se determinó la confiabilidad y validez. La confiabilidad se basó en la consistencia interna de los instrumentos (Tabla 1).

TABLA 1
CONSISTENCIA INTERNA DE LAS SUBESCALAS Y ESCALAS DE LOS INSTRUMENTOS EA, ESPDOC; NSSQ Y CCPS

INSTRUMENTO	NÚMERO DE PREGUNTAS	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
EA	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	.89
ESPDOC:	8	1, 3, 6, 9, 11, 12, 13 y 16	.79
Subescala Afecto Positivo.			
Subescala Afecto Negativo.	8	2, 4, 5, 7, 8, 10, 14 y 15	.73
NSSQ:	4	1, 2, 3 y 4	.98
Subescala Apoyo Emocional.			
Subescala Apoyo Tangible.	2	5 y 6	.90
Escala Total de Apoyo.	6	1, 2, 3, 4, 5 y 6	.98
CCPS	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	.88

Fuente: cuestionarios aplicados

n = 290

De acuerdo a los resultados obtenidos en la consistencia interna de los cuatro instrumentos (la Escala de autoestima (.89), Escala apoyo social (.98), Responsabilidad en salud (.88) y las subescalas afecto positivo (.79) y afecto negativo (.73)) estas se consideraron aceptables (Polit & Hungler 1997).

La validez de constructo se evaluó por medio del Análisis de Factores. La estructura de factores de cada escala y subescala se determinó usando el análisis de componentes principales con rotación varimax y se presenta en las tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8.

TABLA 2
ANÁLISIS DE FACTOR DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA (EA)

PREGUNTAS	FACTOR	
	1	2
1.- Comparada con otras, siento que soy una persona que valgo igual que las demás.	.80490	
2.-Siento que tengo un buen número de cualidades	.83807	
3.-Generalmente cuando pienso en mi vida siento que soy una fracasada	.60227	
4.- Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente	.74957	
5.-No tengo mucho de qué estar orgullosa	.55674	
6.-Tengo una actitud positiva hacia mí misma	.76598	
7.-Estoy satisfecha (a gusto) conmigo misma	-.69130	
8.-Desearía tener más respeto para mí misma		.84914
9.-A veces me siento inútil		.65333
10.-A veces pienso que soy una buena para nada.		.59901

Fuente: EA

n = 290

Esta tabla 2 muestra que el factor uno relacionado con el sentimiento de valía tiene una carga de -.69 a .83 y el factor dos corresponde al autoconcepto cargaron de .59 a .84.

TABLA 3
PUNTUACIONES DE ANÁLISIS DE FACTOR Y VARIANZA (EA)

FACTOR	RAÍZ CARACTERÍSTICA	% DE VARIANZA EXPLICADA	VARIANZA ACUMULADA
1	5.20099	52.0	52.0
2	1.06801	10.7	62.7

Fuente: EA

n = 290

La tabla 3 muestra que con el factor 1, se explica el 52.0 por ciento de la varianza, mientras que el total de la varianza se explica en un 62.7 por ciento para los dos factores.

TABLA 4

ANÁLISIS DE FACTOR DE LA ESCALA DE SENTIMIENTOS SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO (ESPD OC)

PREGUNTAS	FACTOR				
	1	2	3	4	5
1. Cuando me invitan a hacerme el examen del papanicolau me intereso.		.68210			
2. Cuando me recuerdan de la cita para hacerme el examen del papanicolau siento enojo.					.88252
3. Cuando me toca hacerme el examen del papanicolau me siento bien.					.60609
4. Cuando me preparo para hacerme el examen del cáncer cervicouterino siento temor	.61168				
5. Cuando me recuerdan que me toca hacerme el examen de papanicolau me asusta	.64180				
6. Hacerme el examen de papanicolau me da seguridad.		.74176			
7. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento tensa.	.80337				
8. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento temblorosa	.82425				
9. Siento que soy cooperadora durante la realización del papanicolau.		.57229			
10. Durante el examen de papanicolau me siento alterada.	.77280				
11. Cuando salgo del consultorio después de hacerme el examen del papanicolau me siento tranquila.		.69123			
12. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y este es negativo me siento contenta.			.58804		
13. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y éste presenta alguna anomalía me siento triste.			.73494		
14. Posterior al examen de papanicolau me siento nerviosa.			-.53354		
15. Cuando espero el resultado de mi examen de papanicolau me siento preocupada.				.85050	
16. Después que me realizan el examen de papanicolau me siento protegida		.69232			

Fuente: ESPDOC

n = 290

En la tabla cuatro con relación al análisis de factores de la escala de sentimientos sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino (ESPD OC), 5 de los reactivos cargaron al factor uno relacionados con el afecto negativo con una correlación factor que va de .61 a .82; cinco ítems cargaron al factor 2 que corresponden al afecto positivo y tienen una correlación factor de

.57 a .74; tres ítems cargaron al factor 3 que corresponden al afecto negativo y tiene una correlación factor de -.53 a .73; un ítems cargó al factor 4 con .85 y dos preguntas cargaron al factor 5 que corresponden a ambos afectos con una correlación factor que va de .60 a .88.

TABLA 5
PUNTUACIONES DE ANÁLISIS DE FACTOR Y VARIANZA (ESPDOC)

FACTOR	RAIZ CARACTERÍSTICA	% DE VARIANZA EXPLICADA	VARIANZA ACUMULADA
1	4.18417	26.2	26.2
2	2.46985	15.4	41.6
3	1.27302	8.0	49.5
4	1.08304	6.8	56.3
5	1.04100	6.5	62.8

Fuente: ESPDOC

n = 290

La tabla 5 muestra que el factor uno se explica en el 26.2 por ciento de la varianza, el factor 2 explica 15.4 por ciento de la varianza, el tres 8.0 por ciento, el cuatro 6.8 por ciento de la variación y el cinco muestra el 6.5 por ciento de la varianza. El total de los cinco factores corresponde a 62.8 por ciento de la varianza.

TABLA 6
ANÁLISIS DE FACTOR DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Preguntas	FACTOR 1
EMOCIONAL	
1.- ¿Cuánto te hace sentir querida o amada esta persona?	.97764
2.- ¿Cuánto te hace sentir respetada o admirada esta persona?	.97944
3.- ¿Cuánto puedes confiar en esta persona?	.95730
4.- ¿Cuánto coincide contigo o apoya tus acciones o pensamientos	.97761
TANGIBLE	
5.- Si necesitara dinero ¿Cuánto podría ayudarle esta persona?	.94186
6.- Si estuvieras en cama, ¿Cuánto podría ayudarte esta persona?	.89110

Fuente: NSSQ

n = 290

En la tabla 6 relacionada al análisis de factores de la escala de apoyo social los seis reactivos tuvieron una carga al factor 1, con una correlación que va de .89 a .97. Este factor se explica con el 91.1 por ciento de la varianza total.

TABLA 7

ANÁLISIS DE FACTOR SOBRE CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD (CCPS)

PREGUNTAS	FACTOR	
	1	2
1. Relato al médico o enfermera cualquier síntoma extraño de mi matriz.	.50790	
2. Conozco el resultado de mi examen de papanicolaou.		.80797
3. Leo libros o artículos sobre promoción de la salud de la mujer.	.71471	
4. Le pregunto a mi doctor o busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el mío recomienda sobre mi examen de papanicolaou.	.65257	
5. Comento con profesionales calificados, mis inquietudes respecto al examen de papanicolaou.	.82295	
6. Conozco las condiciones en las que debo presentarme al servicio de salud para hacerme el examen de papanicolaou.		.64144
7. Asisto a programas educativos sobre prevención de cáncer cervicouterino.	.66613	
8. Pido información a los profesionales de salud sobre cómo prevenir el cáncer cervicouterino.	.81296	
9. Acudo a realizarme el examen de papanicolaou cuando me toca.		.89535
10. Acudo al servicio de salud al menos una vez al año para que me realice el examen de cáncer de matriz.		.90576

Fuente: CCPS

n = 290

La tabla 7 muestra dos factores, de los cuales seis ítems cargaron al factor 1 de interés con .50 hasta .82, en el factor 2 sobre conocimientos y asistencia cargaron cuatro preguntas que van de .64 a .90.

TABLA 8
PUNTUACIONES DE ANÁLISIS DE FACTOR Y VARIANZA (CCPS)

FACTOR	RAÍZ CARACTERÍSTICA	% DE VARIANZA EXPLICADA	VARIANZA ACUMULADA
1	5.06054	50.6	50.6
2	1.31731	13.2	63.8

Fuente: CCPS

n = 290

La tabla 8 muestra que el factor uno se explica con 50.6 por ciento de la variación, el factor 2 con un 13.2 por ciento de la variación total. Ambos factores explican el 63.8 por ciento de la varianza.

3.6 Procedimiento

Antes de la aplicación de los instrumentos se realizó una prueba piloto en 30 mujeres de los estratos económicos alto y bajo para conocer la claridad de las preguntas, la consistencia interna de los instrumentos y el tiempo de llenado de los mismos. Posteriormente a la prueba piloto se realizaron adecuaciones en cuanto al tiempo de los verbos de las preguntas del instrumento escala de sentimientos sobre la práctica de la detección oportuna de cáncer Cervicouterino. También se eliminaron 5 preguntas del cuestionario de Apoyo Social de Norbeck, dejando solamente 6 reactivos debido a que no tenían significado cultural para las mujeres del estudio.

Antes de la aplicación del estudio se cubrieron trámites correspondientes al programa UNI de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Jurisdicción Sanitaria N° 4 de la Secretaría Estatal de Salud con el fin de contar con las facilidades para la aplicación de los instrumentos. También se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería.

El método empleado para la recolección de datos del estudio fue la entrevista. Los cinco cuestionarios consisten en preguntas y respuestas

predeterminadas (Polit & Hungler, 1997). La recolección de datos estuvo a cargo de la autora de la investigación y una encuestadora que previamente se capacitó. La forma para obtener la información fue por medio visita domiciliaria, durante la cual se explicó el objeto de la visita y se solicitó la autorización para incluirse como sujeto de estudio, de esta forma se daba inicio a la entrevista. Ésta generalmente se iniciaba estableciendo un clima de confianza y explicando el orden de aplicación de los instrumentos. Se formulaba la pregunta pausadamente para ser escuchada y entendida, se esperaba la respuesta del entrevistado y se llenaba el cuestionario.

El tiempo calculado para cada entrevista fue de 20 minutos; al finalizar se canalizó a las mujeres al servicio de salud a que tienen derecho cuando tenían más de un año de no practicarse su detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Al término de cada entrevista se agradeció a la mujer su participación. Los cuestionarios fueron revisados para verificar que estuvieran completos y codificados. El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 5.0.

El análisis estadístico primero fue descriptivo se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviaciones estándar e índices de los instrumentos y la prueba de normalidad. Para el análisis estadístico inferencial se utilizó el análisis de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis, se sometieron a prueba las hipótesis a través del modelo de regresión lineal simple y múltiple. Para la confiabilidad y validez de los instrumentos se estudió su consistencia interna y se efectuó análisis de factores con rotación varimax. La presentación gráfica de los datos se hizo por medio de figuras y tablas de contingencia para lo cual se utilizó el programa Power Point versión 7.0.

3.7 Ética del Estudio

De acuerdo a las Disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación en Salud (Secretaría de Salud 1987), se obtuvo el consentimiento informado de las mujeres de investigación, (Artículo 14, fracción V).

Artículo 16: se protegió el anonimato del sujeto de investigación al omitir en la cédula de datos personales su nombre.

Artículo 17, fracción I: sobre estudios con riesgo mínimo, se mencionó al sujeto que no sufrirá daño alguno, ya que sólo responderá a las preguntas de los instrumentos en caso de aceptar su participación en el estudio.

Artículo 21, fracción I, II y VI se solicitó la participación voluntaria de las mujeres del estudio, se les dio una explicación clara y amplia de los objetivos y el propósito de la investigación, así como respuestas a cualquier pregunta y aclaración a las dudas y se respetó la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados que se presentan corresponden al estudio efectuado en dos colonias del Estado de Nuevo León realizado durante los meses de septiembre y octubre de 1999, en este estudio participaron 290 mujeres de 24 a 65 años de edad de las colonias de Pueblo Nuevo perteneciente al municipio de Apodaca Nuevo León y Contry la Silla, del municipio de Guadalupe.

Los resultados se presentan de la siguiente manera: 1).- Estadísticas Descriptivas, 2).- La Prueba de Kolmogorov–Smirnov, 3).-Coeficiente de Correlación de Spearman y 4).- Prueba de Hipótesis.

4.1 Estadísticas Descriptivas

Datos sobre factores personales de las mujeres que participaron en el estudio.

TABLA 9

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

Factores Demográficos	NIVEL BAJO		NIVEL ALTO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad:				
24 – 33	70	47.30	42	29.68
34 – 43	49	33.10	64	45.07
44 y Más	29	19.60	36	25.45
Estado Civil:				
Con pareja	115	77.70	127	89.4
Sin pareja	33	22.30	15	10.6
Número de hijos:				
0 – 2	54	36.5	100	70.4
3 – 4	64	43.2	34	23.9
> 5	30	20.3	8	5.6
Escolaridad:				
S/ escolaridad	9	6.10	-	-
Primaria	106	71.60	8	5.63
Secundaria/preparatoria	33	22.30	35	24.65
Universidad/postgrado	-	-	99	69.72
Ocupación:				
Ama de casa	122	82.40	75	52.80
Trabajo fuera de casa	26	17.60	67	47.2

Fuente: CFPBS

n₁ = 148n₂ = 142

n = 290

Con relación a la edad de las participantes se encontró que el 47.30 por ciento de la clase baja tiene entre 24 y 33 años de edad y el 45.07 por ciento de las mujeres de la clase alta tienen entre 34 y 43 años de edad.

Con respecto al estado civil, en el nivel bajo el 22.30 por ciento refirió encontrarse sin pareja y en el nivel alto el 89.4 por ciento cuenta con pareja. Las mujeres de estrato bajo son las que tienen más de 5 hijos, con un 20.3 por ciento y las de estrato alto son las que tienen de 0 a 2 hijos en un 70.4 por ciento.

Al observar la variable de escolaridad el mayor porcentaje fue para las mujeres con estudios universitarios y de postgrado en el estrato alto con un

69.72 por ciento y para la clase baja el mayor porcentaje fue un 71.60 por ciento para las mujeres con primaria.

Referente a la ocupación, el mayor porcentaje fue para la ama de casa en ambos estratos, con un 82.4 por ciento para el nivel socioeconómico bajo y un 52.8 por ciento para el nivel socioeconómico alto. En los apéndices A, B, C, D, E y F, se pueden observar la distribución de frecuencias y proporciones de los instrumentos utilizados en el estudio.

A continuación se presentan las estadísticas descriptivas de los instrumentos utilizados en el estudio, las que se transformaron en índices de la siguiente manera: se sumaron todas las variables, restándose el valor mínimo posible de dicha sumatoria, el resultado se divide entre la diferencia del valor máximo posible con el valor mínimo posible y el resultado final se multiplicó por 100.

TABLA 10

PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel soc.	Cuando fue la última vez que se realizó el examen										Total	%
	< de 6 meses	%	6 meses a > de 1 año	%	1 a 2 años	%	> de 3 años	%	Nunca	%		
BAJO	32	21.6	21	14.2	39	26.4	30	20.3	26	17.6	148	100
ALTO	1	.7	7	4.9	41	28.9	59	41.5	34	23.9	142	100
TOTAL	33	11.4	28	9.7	80	27.6	89	30.7	60	20.7	290	100

Fuente: Cuestionarios aplicados.

n = 290

La tabla 10 muestra que el 23 por ciento de las mujeres del nivel alto nunca se realizan el papanicolaou y en el nivel bajo solo el 17.6 por ciento no

se lo realiza, en cambio el 35.8 por ciento cumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

TABLA 11

PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO CON LOS FACTORES PERSONALES

Factores personales	Cuando fue la última vez que se realizó el examen										Total	%
	< 6 meses	%	6 meses a 1 año	%	1 a 2 años	%	> de 3 años	%	Nunca	%		
Edad												
24 – 33	25	22.3	10	8.9	26	23.2	29	25.9	22	19.6	112	100
34 – 43	4	3.5	7	6.2	31	27.4	43	38.1	28	24.8	113	100
44 y más	4	6.2	11	16.9	23	35.4	17	26.2	10	15.4	65	100
Estado civil												
Con pareja	25	10.3	20	8.3	64	26.4	80	33.1	53	21.4	242	100
Sin pareja	8	16.7	8	16.7	16	33.3	9	18.8	7	14.6	48	100
Ocupación												
Ama de casa	28	14.2	21	10.7	55	27.9	49	24.9	44	22.3	197	100
Trabaja fuera de casa	5	5.4	7	7.5	25	26.9	40	43.0	16	17.2	93	100

Fuente: Cuestionarios aplicados

n = 290

La tabla 11 muestra que las mujeres que tienen entre 24 y 33 años cumplen con lo establecido con la norma, mientras que las de 34 y 43 años son las que menos cumplen con su detección oportuna de cáncer cervicouterino. Las mujeres que tienen pareja son las que menos cumplen con la norma para realizarse su papanicolaou y las que trabajan fuera de casa son las que se realizan esta detección.

TABLA 12

**PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO CON
LOS FACTORES PERSONALES NIVEL BAJO**

Factores personales	Cuando fue la última vez que se realizó el examen										Total	%
	< 6 meses	%	6 meses a 1 año	%	1 a 2 años	%	> de 3 años	%	Nunca	%		
Edad												
24 – 33	24	16.2	8	5.4	18	12.2	11	7.4	9	6.1	70	47.3
34 – 43	4	2.7	5	3.4	12	8.1	15	10.1	13	8.8	49	33.1
44 y más	4	2.7	8	5.4	9	6.1	4	2.7	4	2.7	29	19.6
Estado Civil												
Con pareja	24	16.2	15	10.1	26	17.6	29	19.6	21	14.2	115	77.7
Sin pareja	8	5.4	6	4.1	13	8.8	1	.7	5	3.4	33	22.3
Ocupación												
Ama de casa	28	18.9	16	10.8	31	20.9	27	18.2	20	13.5	122	82.4
Trabaja fuera de casa	4	2.7	5	3.4	8	5.4	3	2.0	6	4.1	26	17.6

Fuente; CFPBS

n₁ = 148

Esta tabla muestra que el 35.8 por ciento de las mujeres de nivel socioeconómico bajo tienen menos de un año de haberse realizado el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino y la mayoría de ellas esta entre 24 y 33 años de edad 21.6 por ciento.

TABLA 13

**PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO
CON LOS FACTORES PERSONALES NIVEL ALTO**

Factores personales	Cuando fue la última vez que se realizó el examen										Total	%
	< 6 meses	%	6 meses a 1 año	%	1 a 2 años	%	> de 3 años	%	Nunca	%		
Edad												
24 – 33	1	.7	2	1.4	8	5.6	18	12.7	13	9.2	42	29.67
34 – 43	-	-	2	1.4	19	13.4	28	19.7	15	10.6	64	45.1
44 y más	-	-	3	2.1	14	9.9	13	9.2	6	4.2	36	25.4
Estado Civil												
Con pareja	1	.7	5	3.5	38	26.8	51	35.9	32	22.5	127	89.4
Sin pareja	-	-	2	1.4	3	2.1	8	5.6	2	1.4	15	10.6
Ocupación												
Ama de casa	-	-	5	3.5	24	16.9	22	15.5	24	16.9	75	52.8
Trabaja fuera de casa	1	.7	2	1.4	17	12.0	37	26.1	10	7.0	67	47.2

Fuente; CFPBS

n₂ = 142

Este cuadro muestra que las mujeres del nivel alto que tienen entre 34 y 43 años son las que menos se realizan su papanicolaou, de igual manera las que tienen pareja. En referente a la ocupación las amas de casa son las que tienen de 1 a 2 años que se realizaron el examen (16.9) y también un 16.9 por ciento nunca se lo ha realizado.

TABLA 14

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y RESULTADOS DE LA PRUEBA DE KOLMOGOROV SMIRNOV, DE LOS INDICES DE EA, ESPDOC; NSSQ y CCPS NIVEL BAJO

Indice	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	D.E.	K-S-Z	VALOR P
EA	43.33	86.67	62.50	63.33	43.33	8.75	1.2245	.0997
ESPDOC:								
Afecto +	.00	100.00	76.52	79.17	100.00	16.97	1.6208	.0105
Afecto -	.00	83.33	24.78	25.00	83.33	18.68	1.2567	.0850
NSSQ:								
Apoyo emocional	2.00	16.00	14.93	16.00	14.00	2.37	2.0200	.0006
Apoyo tangible	.00	8.00	7.02	8.00	8.00	1.65	2.0657	.0004
CCPS	.00	83.33	32.01	83.33	83.33	16.00	.7088	.6965

Fuente: Cuestionarios aplicados

n, = 148

Como puede observarse en la tabla 14 la media más alta fue para la escala de sentimientos, subescala de afecto positivo, con 76.52 y la mas baja fue para la subescala de apoyo social (tangible) con una media de 7.02.

La mediana mas alta fue para la subescala de afecto positivo, con 79.17 y la más baja para la subescala de tangible de apoyo social con 8.00. El valor máximo más alto fue para afecto positivo con 100 y el más bajo para tangible con 8.00, el valor mínimo más alto fue para autoestima con 43.33 y el más bajo para afecto negativo, positivo, apoyo tangible y conducta promotora de salud, con .00. La variabilidad (D.E.) oscila entre de 18.68 para afecto negativo y 1.65 para apoyo tangible.

Así mismo, puede observarse que los índices afecto positivo, apoyo emocional, apoyo tangible y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino mostraron significancia, por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen distribución normal. La subescala de autoestima, afecto negativo y responsabilidad en salud no mostraron significancia, $\alpha = 0.05$.

TABLA 15

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y RESULTADO DE LA PRUEBA DE KOLMOGOROV – SMIRNOV DE LOS ÍNDICES DE EA, ESPDOC, NSSQ Y CCPS NIVEL ALTO

INDICES	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	D.E.	K-S-Z	Valor de p
E.A	10.00	100	87.16	90.00	90.00	12.69	2.2305	.001
ESPDOC								
Afecto +	4.17	100	83.66	89.58	95.83	18.38	2.2457	.001
Afecto -	.00	83.33	20.54	16.67	83.33	15.29	1.4157	.035
NSSQ:								
Apoyo emocional	9.80	16.00	15.24	16.00	6.20	1.41	2.8270	.000
Apoyo Tangible	.00	8.00	6.27	6.93	8.00	1.74	2.4912	.000
CCPS	10.00	100	57.51	56.67	90.00	21.26	.8139	.5217

Fuente: Cuestionarios aplicados

$n_2 = 142$

La tabla 15 muestra que la media más alta en el nivel socioeconómico alto fue para autoestima con 87.16 por ciento y la más baja para apoyo tangible con 6.27.

La mediana más alta fue para la escala de autoestima con 90.00 y la más baja para la subescala de apoyo tangible con 6.93 por ciento. El valor máximo más alto fue para autoestima, afecto positivo y responsabilidad en salud con 100.00 y el más bajo para apoyo tangible con 8.00, el valor mínimo más alto fue para autoestima y responsabilidad en salud con 10.00 y el mínimo de .00 para el afecto negativo y apoyo tangible. La variabilidad (D.E.) oscila entre 21.26 por ciento para responsabilidad en salud y 1.41 para apoyo emocional.

También puede observarse que los índices de la subescala de autoestima, afecto positivo, afecto negativo, apoyo emocional, apoyo tangible y la práctica de detección oportuna de cáncer fueron significativas, por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen distribución normal. La subescala de responsabilidad en salud no mostró significancia, $\alpha = 0.05$.

Con el fin de conocer la asociación existente entre las variables del estudio se construyó una Matriz de Correlación de Spearman, incluyendo el total de las variables. En la tabla 16 donde se observa el total de las mujeres de los dos estratos alto y bajo. Se puede observar que existe correlación significativa entre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino con la escala de autoestima ($r_s = .53$, $p < .001$) ($r_s = .25$, $p < .001$), con el nivel socioeconómico ($r_s = .56$, $p < .001$); ($r_s = .31$, $p < .001$) la escolaridad ($r_s = .47$, $p < .001$) ($r_s = .24$, $p < .001$) y con el afecto positivo ($r_s = .48$, $p < .001$) ($r_s = .27$, $p < .001$) y afecto negativo ($r_s = -.31$, $p < .001$) ($r_s = -.14$, $p = .014$).

En la tabla 17 se muestra la Matriz de Correlación de Spearman para el nivel bajo. En ella se observa similitud en las asociaciones presentadas en la tabla 16, únicamente difieren en que en este grupo se presentaron correlaciones significativas entre la responsabilidad en salud y la práctica de la detección oportuna de cáncer con edad ($r_s = .17$, $p = .036$) ($r_s = .20$, $p = .012$) con el número de hijos ($r_s = .17$, $p = .034$) ($r_s = .19$, $p = .019$) y con apoyo tangible solo para la práctica de detección oportuna de cáncer ($r_s = .18$, $p = .026$). No existe correlación significativa con el autoestima.

TABLA 16

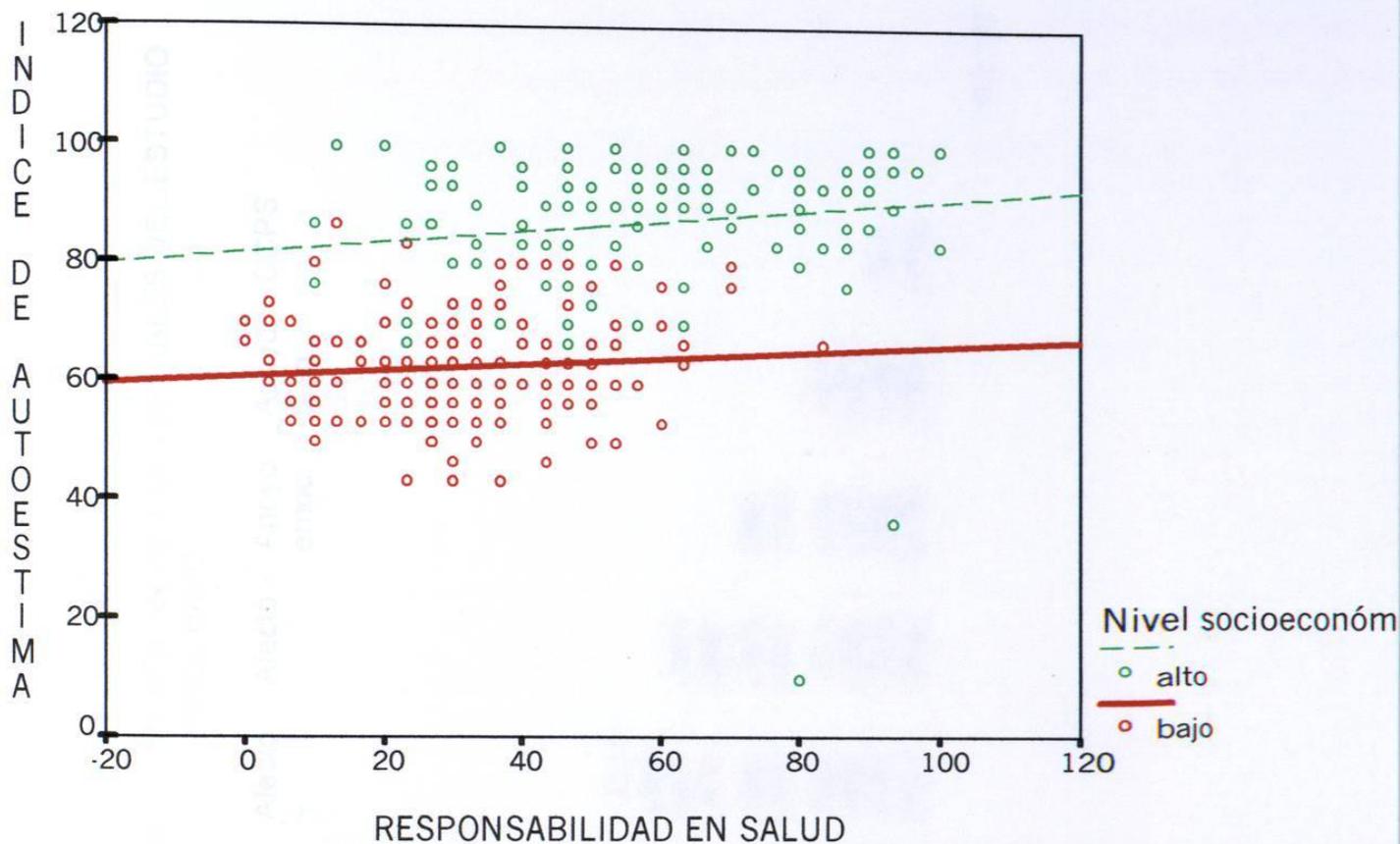
MATRIZ DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

	Edad	Núm. De hijos	EA	N. soc.	Escol.	Afecto +	Afecto -	Apoyo emoc. tang.	Apoyo CCPS
Núm. De Hijos	.4050 (.000)								
EA	.0736 (.211)	-.3346 (.000)							
N. soc.	.1731 (.003)	-.3499 (.000)	.7729 (.000)						
Escol.	-.0490 (.406)	-.4466 (.000)	.7148 (.000)	.8088 (.000)					
Afecto +	.2016 (.001)	-.0418 (.478)	.3463 (.000)	.2822 (.000)	.2181 (.000)				
Afecto -	-.1812 (.002)	.0185 (.754)	-.2375 (.000)	-.1072 (.068)	-.0537 (.362)	-.3544 (.000)			
Apoyo emoc.	.0061 (.918)	-.0596 (.312)	.0254 (.666)	.0000 (.000)	.0729 (.216)	.1406 (.017)	-.1103 (.061)		
Apoyo tang.	-.1627 (.005)	.0239 (.686)	-.2009 (.000)	-.2742 (.000)	-.1810 (.002)	-.0684 (.260)	.0491 (.404)	.4269 (.000)	
CCPS	.2489 (.000)	-.1282 (.029)	.5329 (.000)	.5624 (.000)	.4787 (.000)	.4827 (.000)	-.3144 (.000)	.0758 (.198)	-.1431 (.15)
Z11	.0916 (.120)	-.0557 (.345)	.2543 (.000)	.3130 (.000)	.2465 (.000)	.2729 (.000)	-.1435 (.014)	.0828 (.159)	.6451 (.000)

Fuente: CFPBS, EA, ESPDOC, NSSQ, CCPS

n = 290

FIGURA 4

**DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE AUTO ESTIMA Y RESPONSABILIDAD EN SALUD
NIVEL ALTO Y BAJO**

En la figura 4 se observa que la mujer del nivel socioeconómico bajo tienen más baja autoestima y las mujeres del nivel alto tienen más alta autoestima.

TABLA 17
MATRIZ DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO
NIVEL BAJO

	Edad	Núm. De hijos	EA	Escol.	Afecto +	Afecto -	Apoyo emoc.	Apoyo tang.	CCPS
Núm. De Hijos	.5915 (.000)								
EA	-.1356 (.100)	-.0356 (.667)							
Escol.	-.4076 (.000)	-.3316 (.006)	.2243 (.024)						
Afecto +	.0274 (.741)	-.0367 (.658)	.1855 (.024)	.0721 (.384)					
Afecto -	-.2201 (.007)	-.0933 (.260)	-.1130 (.172)	-.1339 (.105)	-.2211 (.007)				
Apoyo emoc.	-.0498 (.548)	-.0790 (.340)	-.0246 (.767)	.1656 (.044)	.0421 (.612)	-.0879 (.288)			
Apoyo tang.	-.0632 (.445)	-.0848 (.305)	.0617 (.456)	.1167 (.158)	.1056 (.201)	-.0979 (.236)	.6241 (.000)		
CCPS	.1726 (.036)	.1740 (.034)	.0900 (.276)	.0144 (.862)	.3905 (.000)	-.2270 (.006)	.0855 (.302)	.1057 (.201)	
Z11	.2058 (.012)	.1931 (.019)	-.0046 (.956)	-.1083 (.190)	.4355 (.000)	-.2360 (.004)	.1238 (.134)	.1825 (.026)	.7615 (.000)

n₁ = 148

Fuente: CFPBS, EA, ESPDOC, NSSQ, CCPS

TABLA 18
MATRIZ DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO
NIVEL ALTO

	Edad	Núm. De hijos	EA	Escol.	Afecto +	Afecto - emoc.	Apoyo tang.	CCPS
Núm. De Hijos	.4549 (.000)							
EA	-.0426 (.614)	-.1594 (.058)						
Escol.	-.2569 (.002)	-.1768 (.035)	.3008 (.000)					
Afecto +	.3070 (.000)	.1470 (.081)	.1527 (.070)	-.0539 (.524)				
Afecto -	-.0956 (.258)	.0706 (.404)	-.4049 (.000)	-.0380 (.654)	-.4734 (.000)			
Apoyo emoc.	.0962 (.255)	-.0614 (.468)	.0727 (.390)	.0679 (.422)	.2561 (.002)	-.1108 (.121)		
Apoyo tang.	-.1622 (.054)	-.0940 (.266)	-.0368 (.663)	-.0268 (.751)	-.0440 (.603)	.1376 (.103)	.2389 (.004)	
CCPS	.2422 (.004)	.0369 (.663)	.2658 (.001)	.0898 (.288)	.4225 (.000)	-.3686 (.000)	.1053 (.212)	-.0541 (.523)
Z11	-.1394 (.098)	-.0988 (.242)	.0436 (.606)	.1068 (.206)	-.0065 (.939)	.0276 (.744)	.0000 (1.000)	.4481 (.000)

Fuente: CFPBS, EA, ESPDOC, NSSQ, CCPS

n₂ = 142

En la tabla 18 se presenta la Matriz de Correlación de Spearman para el nivel alto. En ella se puede observar asociaciones similares como las discutidas en la tabla 16. Sin embargo muestran diferencias para este nivel socioeconómico. Se observó correlaciones entre responsabilidad en salud y edad ($r_s = .24$, $p = .004$) con autoestima ($r_s = .26$, $p = .001$). No se encontró significancia entre la práctica de la detección oportuna del cáncer y afecto positivo y afecto negativo.

4.2 Estadística Inferencial

Prueba de Hipótesis

Hipótesis 1 Existe efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer.

TABLA 19

PRUEBA DE KRUSKAL – WALLIS EFECTO DE LOS FACTORES PERSONALES BIOLÓGICOS; PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD, NIVEL BAJO

Factores Personales	gl	χ^2	Valor de p
Edad	2	9.90	.007
Número de hijos	2	4.45	.108
Estado Civil	1	4.19	.040
Escolaridad	2	1.74	.417
Ocupación	1	.11	.735

Fuente: CFPBS, EA

$n_1 = 148$

De acuerdo a los resultados obtenidos a la prueba de Kruskal–Wallis para medir los factores personales, psicológicos y socioculturales con la responsabilidad en salud de las mujeres de 24 a 65 años de edad del nivel socioeconómico bajo, se encontró que únicamente fue significativo con la edad ($\chi^2 = 9.90$, $p = .007$) y con el estado civil ($\chi^2 = 4.19$, $p = .040$). A continuación se presentan media y mediana de lo que resultó significativo.

TABLA 20

MEDIA Y MEDIANA PARA FACTORES PERSONALES (BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES) CON RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL BAJO

Factores Personales	n	Media	Mediana
Edad			
24 – 33	70	29.19	30.00
34 – 43	49	37.07	40.00
44 y más	29	30.22	30.00
Total	148	32.00	31.66
Estado civil			
Con pareja	115	33.47	33.33
Sin pareja	33	26.86	26.66
Total	148	32.00	31.66

Fuente: CFBS M- Media Md-Mediana $n_1 = 148$

Como puede observarse en la tabla 20 la media y mediana más alta de la responsabilidad en salud fue para el grupo de 34 a 43 años de edad con (M= 37.07, Md= 40.00). La media y la mediana mas alta fue para las mujeres que tienen pareja (M= 33.47, Md= 33.33).

TABLA 21

PRUEBA DE KRUSKAL – WALLIS EFECTO DE LOS FACTORES PERSONALES: BIOLÓGICOS; PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO, NIVEL BAJO

Factores Personales	gl	χ^2	Valor de p
Edad	2	13.99	.000
Número de hijos	2	5.56	.061
Estado Civil	1	2.48	.114
Escolaridad	2	2.41	.299
Ocupación	1	.10	.743

Fuente: CFPBS, EA

n₁ = 148

En la tabla 21 se observa que la edad fue significativa con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($\chi^2 = 13.99$, $p < .001$), para las mujeres del nivel bajo. A continuación se muestran la media y la mediana para la edad.

TABLA 22

MEDIA Y MEDIANA PARA EDAD Y PRÁCTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL BAJO

Edad	n	Media	Mediana
24 – 33	70	2.61	3.00
34 – 43	49	3.57	4.00
44 y más	29	2.86	3.00
Total	148	2.98	4.00

Fuente: CFPBS

n₁ = 148

1 - < de 6 meses

2- > de 6 meses y < año.

3 – 1 a 2 años

4 – Más de 3 años

5 - Nunca

Como se observa en la tabla 22 las mujeres de 24 a 33 años de edad y de 44 y más se han realizado el examen hace menos de un año. Las mujeres de 34 a 43 años tienen más de dos años de haberse practicado la detección oportuna de cáncer.

TABLA 23

PRUEBA DE KRUSKAL –WALLIS EFECTO DE LOS FACTORES PERSONALES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD, NIVEL ALTO

Factores Personales	gl	χ^2	Valor de p
Edad	2	5.58	.061
Número de hijos	2	1.39	.497
Estado Civil	1	.16	.680
Escolaridad	2	1.18	.554
Ocupación	1	7.93	.004

Fuente: CFPBS, EA

 $n_2 = 142$

En la tabla 23 se observa que la ocupación mostró efecto significativo con la responsabilidad en salud ($\chi^2 = 7.93$, $p = .004$) en mujeres de nivel alto.

TABLA 24

MEDIA Y MEDIANA DE OCUPACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL ALTO

Ocupación	n	Media	Mediana
Ama de casa	75	52.97	50.00
Trabaja fuera de casa	67	62.58	60.00
Total	142	57.51	56.66

Fuente: CFPBS

 $n_2=142$

Como se observa en la tabla 24 la media y la mediana más alta para responsabilidad en salud es para las mujeres que trabajan fuera de casa ($M=62.58$, $Md=60.00$) respectivamente.

TABLA 25

**PRUEBA DE KRUSKAL – WALLIS EFECTO DE LOS FACTORES PERSONALES:
BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES SOBRE LA
PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER
NIVEL ALTO**

Factores Personales	gl	χ^2	Valor de p
Edad	2	3.99	.135
Numero de hijos	2	2.94	.229
Estado Civil	1	.42	.515
Escolaridad	2	3.29	.192
Ocupación	1	.22	.638

Fuente: CFPBS, EA

n₂ = 142

En la tabla 25 se observa que los factores personales no tuvieron efecto significativo con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de nivel alto. Por otra parte el factor psicológico autoestima mostró correlación significativa para los dos niveles económicos con la responsabilidad en salud ($r_s = .53$, $p < .001$), y con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($r_s = .24$, $p < .001$). De acuerdo con los anteriores resultados no se sustenta la hipótesis 1.

Hipótesis 2 plantea que existe efecto del afecto relacionado a la actividad sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer.

Para probar esta hipótesis se utilizó la prueba de Regresión Lineal Múltiple donde el afecto positivo y el afecto negativo fueron introducidos como variables independientes y la responsabilidad en salud como dependiente, al igual que la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino en los estratos socioeconómicos bajo y alto.

TABLA 26

EFFECTO DEL AFECTO RELACIONADO A LA ACTIVIDAD SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL BAJO

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	7019.85845	3509.92923	16.62	.000
Residual	145	30618.80521	211.16417		

Fuente: ESPDOC, CCPS

 $R^2 = .17$ $n_1 = 148$

El modelo fue significativo para mujeres de nivel bajo ($F_{calc} = 16.62$, $p < .001$), existiendo efecto significativo del afecto con la responsabilidad en salud.

TABLA 27

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE: DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO DEL NIVEL BAJO CON LA RESPONSABILIDAD EN SALUD

Variable	Beta	Beta Estandarizada	t	Valor de p
Afecto positivo	.328	.071	4.59	.000
Afecto negativo	-.176	.064	-2.71	.007
Constante	11.245	6.061	1.85	.065

Fuente: ESPDOC, CCPS

 $n_1 = 148$

La tabla 27 muestra que el afecto positivo de la mujer del estrato socioeconómico bajo tiene efecto sobre la responsabilidad en salud ($t = 4.59$, $p < .001$) mientras que el afecto negativo tiene un efecto negativo sobre la responsabilidad en salud ($t = -2.71$, $p = .007$) lo que significa que a mayor afecto positivo mayor responsabilidad en salud.

TABLA 28

EFFECTO DEL AFECTO RELACIONADO A LA ACTIVIDAD SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL BAJO

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	62.112	31.056	20.39	.000
Residual	145	220.826	1.522		

Fuente: ESPDOC, CCPS

 $R^2 = .21$ $n_1 = 148$

El modelo fue significativo para afecto relacionado a la actividad sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($F_{calc} = 20.39$, $p < .001$).

TABLA 29

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE: EL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO NIVEL BAJO SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Variable	Beta	Beta Estandarizada	t	Valor de p
Afecto positivo	.032	.006	5.29	.000
Afecto negativo	-.014	.005	-2.68	.008
Constante	.883	.514	1.71	.088

Fuente: ESPDOC, CCPS

 $n_2 = 148$

La tabla 29 muestra que el afecto positivo de la mujer tiene efecto significativo sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($t = 5.29$, $p < .001$) por lo que se puede inferir que a mayor afecto positivo mayor práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino y a mayor afecto negativo menor práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($t = -2.68$, $p = .008$).

TABLA 30

EFFECTO DEL AFECTO RELACIONADO A LA ACTIVIDAD SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL ALTO

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcalc.	Valor de p
Regresión	2	12784.14308	6392.07154	17.45	.000
Residual	139	50914.44847	366.29100		

Fuente: ESPDOC, CCPS R² = .19 n₂ = 142

El modelo fue significativo para afecto relacionado a la actividad sobre responsabilidad en salud (Fcalc= 17.45, p< .001) en mujeres del nivel alto.

TABLA 31

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE: AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO CON LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL ALTO

Variable	Beta	Beta Estandarizada	t	Valor de p
Afecto positivo	.277	.094	2.92	.004
Afecto negativo	-.413	.114	-3.62	.000
Constante	42.787	9.237	4.63	.000

Fuente : ESPDOC, CCPS n₂ = 142

La tabla 31 muestra que el afecto positivo de la mujer del nivel socioeconómico alto tiene efecto positivo sobre la responsabilidad en salud (t= 2.92, p= .004) al igual que el afecto negativo tiene un efecto significativo sobre la responsabilidad en salud (t= -3.62, p< .001).

TABLA 32

EFFECTO DEL AFECTO RELACIONADO A LA ACTIVIDAD SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL ALTO.

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	.06783	.03391	.043	.957
Residual	139	107.87584	.77609		

Fuente: ESPDOC, CCPS $R^2 = ,013$ $n_2 = 142$

El modelo no fue significativo para afecto relacionado a la actividad sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de estrato alto ($F_{calc} = .043$, $p = .957$).

TABLA 33

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO CON LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL ALTO

Variable	Beta	Beta Estandarizada	t	Valor de p
Afecto positivo	1.08492E-04	.004368	.02	.980
Afecto negativo	.001479	.005251	.28	.778
Constante	3.791531	.425191	8.91	.000

Fuente: ESPDOC, CCPS $n_2 = 142$

El afecto positivo y negativo de la mujer del estrato socioeconómico alto no tiene efecto significativo sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Por los anteriores resultados se sustenta la hipótesis 2.

Hipótesis 3: Existe efecto del apoyo social sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino de la mujer. Para probar esta hipótesis se utilizó también la Regresión Lineal Simple y Múltiple.

TABLA 34

EFFECTO DEL APOYO FAMILIAR SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL BAJO.

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	1173.72334	586.86167	2.33	.100
Residual	145	36464.94032	251.48235		

Fuente: NSSQ, CCPS $R^2 = .017$ $n_1 = 148$

El modelo no fue significativo para el apoyo familiar y la responsabilidad en salud en mujeres de nivel bajo ($t = 2.33$, $p = .100$).

TABLA 35

EFFECTO DEL APOYO FAMILIAR SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL BAJO

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	11.87035	5.93517	3.17	.044
Residual	145	271.06884	1.86944		

Fuente: NSSQ, CCPS $R^2 = .028$ $n_1 = 148$

El modelo fue significativo del apoyo familiar sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($F_{calc} = 3.17$, $p = .044$) en mujeres de nivel bajo.

TABLA 36

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE: APOYO FAMILIAR CON LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO, NIVEL BAJO

Variable	Beta	Beta Estandarizada	t	Valor de p
Apoyo tangible	.222044	.108886	2.03	.043
Apoyo emocional	-.049681	.075744	-.65	.512
Constante	2.162980	.728487	2.96	.003

Fuente: NSSQ, CCPS $n_1 = 148$

La tabla 36 muestra que el apoyo tangible de la mujer del nivel socioeconómico bajo tiene un efecto significativo con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($t=2.03$, $p= .043$).

TABLA 37

EFFECTO DEL APOYO FAMILIAR SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN SALUD NIVEL ALTO

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	946.46066	473.23033	1.04	.353
Residual	139	62752.13089	451.45418		

Fuente: NSSQ, CCPS

$n_2 = 142$

El modelo no fue significativo para apoyo familiar con responsabilidad en salud en mujeres de nivel alto ($F_{calc} = 1.04$, $p = .353$).

TABLA 38

EFFECTO DEL APOYO FAMILIAR SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO NIVEL ALTO

Fuente de Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F calc.	Valor de p
Regresión	2	.52605	.26302	.34	.712
Residual	139	107.41761	.77279		

Fuente: NSSQ, CCPS

$R^2 = -.009$

$n_2 = 142$

El modelo no fue significativo para apoyo familiar con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de nivel alto ($F_{calc} = .34$, $p = .712$). En el nivel socioeconómico alto el apoyo tangible y el apoyo emocional no tienen efecto sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Por los anteriores resultados no se sustenta la hipótesis 3.

La hipótesis 4, estableció que existen diferencias respecto a la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino entre las mujeres de estrato económico alto y las mujeres de estrato económico bajo. Esta hipótesis se verificó a través de una diferencia de medias. La prueba U de Mann Whitney mostró diferencias significativas según se muestra en la tabla 39 ($U= 3653.500$, $p< .001$) entre el nivel socioeconómico alto y bajo de las mujeres de 24 a 65 años de edad en referencia a la responsabilidad en salud.

Las mujeres del nivel alto obtuvieron una media mayor de (57.51) y mediana (56.60) con respecto a la responsabilidad en comparación con el nivel socioeconómico bajo. La tabla 40 muestra la diferencia de medias entre el nivel socioeconómico y la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino, aquí se observó una media y mediana mayor en el nivel alto (3.83), (4.00) por lo que se encontraron diferencias significativas ($U= 6827.0$, $p< .001$).

Por los resultados anteriores se sustenta la hipótesis 4 acerca de que existen diferencias en los niveles alto y bajo.

TABLA 39

PRUEBA U DE MANN WHITNEY DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA RESPONSABILIDAD EN SALUD

Nivel Socioeconómico	n	Media	Mediana
Bajo	148	32.0045	31.6667
Alto	142	57.5117	56.6667
Total	290		

Nivel Socioeconómico	Responsabilidad en Salud
U Mann – Whitney	3653.500
Z	-9.613
Sig.	.000

Fuente: CFPBS, CCPS

n = 290

TABLA 40

DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Nivel Socioeconómico	n	Media	Mediana
Bajo	148	2.9797	3.00
Alto	142	3.8310	4.00
Total	290		

Nivel Socioeconómico	Práctica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino
U de Mann Whitney	6827.0
Z	-5.3214
Sig.	.000

Fuente: CFPBS, CCPS

n = 290

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió verificar algunas de las proposiciones entre los indicadores de los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996) en una muestra de mujeres de estrato económico alto (142) y bajo (148) que se realizaron o no el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino. En relación a la primera hipótesis que establece que existe efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales con la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino no se pudo sustentar, el conjunto de estos factores no fueron predictores de estas conductas. Sin embargo la edad en el nivel socioeconómico bajo tuvo efecto sobre la responsabilidad en salud ($\chi^2 = 9.90$, $p < .001$) y de la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($\chi^2 = 13.99$, $p < .001$).

En relación al autoestima tuvo relación positiva y significativa ($r_s = .532$, $p < .001$) para la responsabilidad en salud y con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($r_s = .234$, $p < .001$) en las mujeres de nivel alto, probablemente las mujeres de este nivel socioeconómico tienen más alta valía de si mismas y a su vez se lo reconocen otras personas. Díaz (1986)

señala que las actitudes de las mujeres con respecto a su condición, autoestima y nivel socioeconómico con respecto a los hombres es mayor en la medida en que aumenta su instrucción ($p = .01$) y su nivel económico ($p = .01$). También coincidió este hallazgo con Cruz (1988) que encontró relación significativa entre autoestima y la decisión de tomarse la prueba de papanicolaou ($Z = 1.7402$, $p = .08$). Parece ser que el deseo de quererse a sí misma da como resultado un autoestima alta y por esta razón tienden a cuidarse y a proteger su salud.

La segunda hipótesis que asume que existe efecto del afecto relacionado a la actividad sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino esta hipótesis si se sustentó debido a que el afecto positivo tuvo efecto sobre la responsabilidad en salud ($t = 4.59$, $p < .001$) y con la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($t = 5.29$, $p < .001$) explicando el 17 y 21 por ciento de la variación respectivamente en el nivel socioeconómico bajo. En las mujeres de nivel alto también se observó efecto del afecto positivo ($t = 2.92$, $p = .004$) con relación a la responsabilidad en salud, más no con la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Por otra parte el afecto negativo tuvo efecto significativo negativo en la responsabilidad en salud en las mujeres de nivel bajo ($t = -2.71$, $p = .007$) y con respecto a la detección oportuna de cáncer ($t = -2.68$, $p = .008$). Para nivel alto únicamente ocurrió este efecto sobre la responsabilidad en salud ($t = -3.62$, $p < .001$), lo que significa que a mayor afecto positivo mayor responsabilidad en salud y detección oportuna de cáncer y a mayor afecto negativo menor práctica. Esto concuerda con lo señalado por Pender en 1996 que propone que el afecto es un predictor de las conductas promotoras de salud y que a mayor afecto positivo es más probable que se inicien y mantengan conductas promotoras de salud. También señala que a mayor afecto negativo tiende a haber una

conducta contraria a la práctica de conducta saludable. Mc Auley y Courneya (1992), también encontraron correlación positiva entre afecto y la conducta del ejercicio ($r^2 = .02$, $p = .00$). Alvarez (1998) demostró que los adolescentes realizan mayores conductas promotoras de salud como el ejercicio (Md= 20.8) y la nutrición (Md= 21.4) cuando tienen sentimientos positivos como tener fuerza, verse esbeltas y sentir disposición cultural.

Terán (1996) señala que las mujeres que en su infancia reciben afecto y cariño de sus padres y posteriormente su crianza les obliga a ser estrictos y ofrecen pocas muestras de afecto a sus hijos por el deseo de cuidar la autoridad. Probablemente el afecto en este grupo de estudio tenga vital importancia para que las mujeres reconozcan como necesario cuidar y mantener su salud.

La tercera hipótesis señala que existe efecto de las influencias interpersonales sobre la responsabilidad en salud y la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino esta no fue posible sustentarse, sin embargo llama la atención que el apoyo familiar en particular el apoyo tangible si tuvo efecto significativo sobre la práctica de detección oportuna de cáncer cervicouterino ($t = 2.03$, $p = .04$) exclusivamente en las mujeres de nivel bajo, una explicación probable es que en los últimos tres años este programa de salud tiene un costo aunque mínimo y requiere del apoyo tangible para realizarlo, posiblemente esto no ocurre así con el nivel socioeconómico alto quienes pertenecen a la seguridad social o bien cuentan con servicio medico que les permite realizarse el examen sin necesidad de este apoyo.

Este resultado no concuerda con lo establecido por Pender (1996) que señala que el apoyo social y familiar influye positivamente en las conductas promotoras de salud. Estudios realizados por Gotlib y Goldmish (1988) citado

por Rodríguez (1996) estudiaron el efecto de los roles sociales como influencia en las conductas de salud y Aaronson (1989) estudio embarazadas que recibían apoyo social y cumplimientos de conductas positivas durante el embarazo, dichos estudios demostraron diferencias bajas ($t=2.23$, $p>.05$) sin embargo cuando el apoyo social se estudio bajo el concepto con enfermedad crónica pareció tener un efecto mayor (Russel, 1988).

La cuarta hipótesis señala que existe diferencias respecto a la responsabilidad en salud y la practica de detección oportuna de cáncer cervicouterino en mujeres de estrato económico alto y mujeres de estrato económico bajo si se sustentó.

En las mujeres de nivel alto se observó una media mayor en responsabilidad en salud ($M= 57.51$) en comparación con las de nivel socioeconómico bajo ($M= 32.00$) igualmente ocurrió en relación con la practica de detección oportuna de cáncer cervicouterino, en donde las mujeres de estrato alto obtuvieron una media mayor ($M= 3.83$) que las del nivel bajo ($M= 2.97$) lo que significa que las mujeres de nivel alto solicitan más información sobre como cuidarse, y leen folletos que promocionan la responsabilidad en salud y la practica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino lo que las motiva a realizarse el examen. Sin embargo, las mujeres de nivel bajo no se realizan la citología exfoliativa y tampoco solicitan y participan en educación para la salud que les motive a cuidarse así mismo según lo establecido en la norma oficial (NOM-014-SSA2-1994).

En relación con la edad de las mujeres del nivel socioeconómico bajo de 24 a 33 años de edad ($M= 2.61$, $Md= .30$) se han realizado más el examen. Esto coincide con lo reportado con González (1997) quien encontró relación significativa de la edad con el uso del examen de detección oportuna de cáncer

cervicouterino ($r_s = .32$, $p = .00$) en mujeres de estrato bajo, también en el grupo de edad de 15 a 34 años. Probablemente estas mujeres jóvenes se practican más el examen ya que al acudir con sus hijos pequeños a recibir atención son blanco de fomento y promoción del programa por este personal de salud de las unidades (González, 1997; Salazar, 1996) también encontró correlación significativa en mujeres de estrato socioeconómico bajo y la responsabilidad en salud ($r_s = .71$, $p = .00$) señalando que probablemente estas mujeres están más expuestas a orientación y difusión de los cuidados de la mujer.

5.1 Conclusiones

Las contribuciones del estudio permiten afirmar la relación de conceptos del Modelo revisado de Promoción de la Salud Pender (1996) de la siguiente manera:

Algunas características personales biológicas, psicológicas y socioculturales; así como el afecto específico de la conducta mostraron efecto sobre el resultado conductual, en este caso la responsabilidad en salud y la practica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Existen diferencias significativas entre el nivel socioeconómico sobre la responsabilidad en salud y la practica de la detección oportuna de cáncer, encontrándose que las mujeres del nivel alto tienen mayor responsabilidad en salud y mayor practica de detección oportuna de cáncer.

El apoyo social no mostró efecto significativo sobre la responsabilidad en salud y la practica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Únicamente el apoyo tangible fue significativo para que las mujeres de nivel bajo se realicen el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

En relación al autoestima se observó que las mujeres de nivel socioeconómico alto tienen mayor nivel de autoestima que las mujeres del nivel socioeconómico bajo. Por lo que a mayor autoestima más alta responsabilidad en salud.

La consistencia interna de los instrumentos: Escala de Autoestima (EA) presentó un Alpha de Cronbach de (.89), la Escala de Sentimientos para la

Practica de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino reportó un Alpha de Cronbach para afecto positivo (.79) y para el afecto negativo (.73) y para el Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck mostró un Alpha de Cronbach (.98) y finalmente el Cuestionario de Conducta Promotora de Salud con un Alpha de Cronbach (.88) conforme a los resultados estos instrumentos se consideran aceptables.

5.2 Recomendaciones

Realizar estudios de intervención de enfermería donde se refuerce el concepto afecto relacionado a la actividad que resulto predictor de la responsabilidad en salud y la practica de la detección oportuna de cáncer.

Realizar estudio cualitativo para profundizar en el constructo apoyo social en virtud de que los resultados obtenidos no mostraron efecto, probablemente se deba al contenido de este en la cultura mexicana.

Seguir utilizando el instrumento de Escala de Adjetivos Múltiples del Estado Afectivo (MAACL) de Gottlib & Meyer y la Escala de Autoestima (EA) de Rosemberg para continuar mejorando su confiabilidad.

Realizar estudios de factores de riesgo considerando el estrato socioeconómico, la edad y el autoestima en función de los resultados de este estudio.

Los resultados de este estudio pueden ser utilizados en la promoción de la salud en mujeres de 24 a 65 años de edad.

REFERENCIAS

- Aaronson, L. Apoyo Percibido y Recibido: Efectos en la Conducta de Salud durante el embarazo. Nursing Research 38 (1) pp. 10. (1989).
- Alvarez, J. Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes de Monterrey N.L. (1998).
- Bandura, A. Self– efficacy: Toward a unifying theory and behavioral cange. Psychology review 84 (2). (1977).
- Bronfman, M, Zuñiga, H., Castro, P., Miranda, V., Oviedo, A. Encuesta Nacional de Salud II Estudio Cualitativo sobre los determinantes y Modalidades de la Utilización de los Servicios de Salud. Cuadernos de Investigación del PASSP. (1994).
- Carmona, M., Carcía, I., Vega, L. Relación de factores Personales e Influencias Interpersonales con la práctica de Estilos de Vida Saludables, de los pacientes diabéticos tipo 2. Facultad de Enfermería U.A. N. L. (1998).
- Cohen, R., Brownell, K., Felix, M. Age and sex differences in health habits and beliefs of school children. Health Psychology. (1990)
- Coopersmith, S. Self-Esteem Inventories Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto C. Fourth Printing pp. 5. (1986).
- Cook, J., Fontaine, K. Trastornos afectivos. Enfermería Psiquiátrica. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. (1993).
- Cruz, M. Algunos determinantes Psico-Sociales que explican la actitud hacia la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería U.A.N.L. (1988).
- De los Ríos, R. Género Salud y Desarrollo: Un enfoque en construcción Publicación Científica Núm. 541 Serie Paltex O.P.S. (1993).
- Díaz, R. Psicología del mexicano edit. A° edición. (1986).
- Dishman, R. The Determinants of Psysical activity and exercise. Public Health. (1985).
- Echániz, G., Calderón, E., Camalla, N. Prevalencia de Infección Cervicovaginal por Chlamydia trachomatis en Población Femenina de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 34 (3).

(1992).

Escandon, C., Benitez, M., Navarrete, J., Vázquez, J. Epidemiología del Cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto Nacional de Salud Pública 34 (6). (1992).

Feller, C., Helson, D., Bell, L. Assessment go adolescent mother – infant atlachment. Health care of woman. (1983).

Frenk, J. Promover la adopción de Estilos Saludables de Desarrollo Hacia la Reforma del Sistema de Salud: Una propuesta estratégica vol. 12 pp. 27. (1994).

Gauvin, I., Rejeski, W. Inventario de sentimientos inducido por el Ejercicio. Journal of Sport & Exersice Psychology. (1993).

González, L. Creencias de Salud de la Mujer y Uso de Servicios de Detección Oportuna de Cáncer. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. Monterrey, N.L. (1997).

Gotlieb, I., Meyer, J. Factor Analysis of the Multiple affect adjetive chek list: A separation of positive and negative affect. Journal of Personality and Social Psycology. (1986).

Hallal, J. The relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self-Concept to the practice of Breast-Self-Examination in Adult Woman. Nursing Research, vol. (31) pp. 137-142. (1982).

Harris, D., Gutien, S. Health-Protective behavior. An exploratory study Journal of Health & Social Bahavior. (1979).

Herold, E., Goodwin, M., Lero, D Self – Esteem Locus of Control and Adolescent Contraception. Journal of Psychology, vol. (101) pp. 83-88 (1979).

Hernández, C., Lazcano, P., Alonso, R., López, M., Rojas, T. Evaluación del programa de detección oportuna de cáncer del cuello uterino en la ciudad de México. Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional. Gaceta Medica Mexicana 430 (4) pp. 201. (1994).

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática Estados Unidos Mexicanos, pp. 10. (1995).

Kank, R., Antonuccit, T. Of over the life course: Attachment roles, and social support. Life-Span Development and Behavior, (3). (1980).

- Klimousky, E., Matos, R. Uso de la prueba de papanicolaou en una población en Buenos Aires. Bol. Oficina Sanit Panam (6). (1996).
- Maureen, F. Social Support and Health: A Theoretical Formulation Derived From King's Conceptual Frame Work pp. 139. (1988).
- Mc Auley, E., Courneya, K. Relaciones de auto-eficacia con respuestas afectivas y de esfuerzo al ejercicio. Journal of Applied Social Psychology. (1992).
- Muhlenkamp, F., Sayles, A. Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practices. Nursing Research, 35 (6) pp. 334-338. (1986).
- Nájera, P., Lazcano, E., Alonso, P., Ramírez, T. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del papanicolaou. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 121(6). (1996).
- Norbeck, J., Lindsey, A., Carrieri, V. The Development of an instrument to measure social support Nursing Research, vol. (30) (5) pp. 267. (1981).
- Norbeck, J. Scoring instructions for the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ). University of California, San Francisco. (1995).
- Palank, Ch. Aspectos Determinantes de la Conducta Promotora de la Salud. Clínicas de Enfermería de Norteamérica vol. (4) pp. 860. (1991).
- Pender, N. Health protecting (preventive) Behavior. Health Promoting in Nursing Practice, E.E.U.U. Appleton & Lange. (1987).
- Pender, N. Health Promotion in Nursing Practice. 3° De Connecticut: Appleton & Lange pp. 51-75. (1996).
- Penny & Bowsher. Social Support: A conceptual analysis. Journal of advencend nursing pp. 96. (1997).
- Polít, D., Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5° Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. (1997).
- Poder Ejecutivo Nacional: Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000). Diario Oficial de la Federación tomo D. (21). (1995).
- Rodríguez, E. Conocimientos y Percepciones de Salud de adultos jóvenes en relación con su estilo e vida. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. (1996).
- Ronquillo, R. Apoyo percibido: Efectos sobre el paciente hipertenso para

- que realice acciones de autocuidado. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. (1992).
- Rosemberg, M. Self-Concept and Self-Esteem. Breytspraak & George. pp. 255-257. (1965).
- Russel, E. Social Environment and regimen adherence among type II Diabetic Patients. Diabetes Care, 11 (5). (1988).
- Salazar, M. Factores Culturales y Sociales de la mujer para promover la Salud Familiar y la propia. Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. (1996).
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 014 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. (1994).
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. pp. 19. (1987).
- Secretaría Estatal de Salud. Programa de Salud Reproductiva. Departamento de Salud Reproductiva Monterrey N.L. (1997).
- Silva, D. Factores Relacionados con la Aplicación del tratamiento en papanicolaou anormal y en la displasia cervical Facultad de Enfermería U.A.N.L. Monterrey N.L. México. (1993).
- Stuart, G., Sundeen, S. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. USA, the C.V. Mosby Company, 2° ed. (1979).
- Sloan, G. Participation in Work-Place health promotion programs, the contributions of health and organizational factors. Health Educ. (1988).
- Terán, G. Influencias de las Creencias Maternas de Salud en el Uso de Programas Preventivos Materno-Infantil. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. (1996).
- Vargaz, M. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. Secretaria de Salud. pp. 12. (1997).
- Walker, S., Schrist, K., Pender, N. The Health Promoting Lifestyle Profile, Development and Psicometric. Charac Teristies. Nursing Research 36 (2) pp. 76-81. (1981).

APÉNDICES

**APÉNDICE A, B, C, D,
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS
INSTRUMENTOS (EA, ESPDOC, CCPS)**

APÉNDICE A
AUTOESTIMA DE LA MUJER ADULTA

AUTOESTIMA	NIVEL BAJO						NIVEL ALTO									
	Totalmente en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo					
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%				
1. Comparada con otros siento que soy una persona que valgo igual que las demás	-	-	30	20.3	116	78.4	2	1.4	3	2.1	2	1.4	25	17.6	112	78.9
2. Siento que tengo un buen número de cualidades.	1	7	17	11.5	122	82.4	8	5.4	3	2.1	1	.7	33	23.2	105	73.6
3. Generalmente cuando pienso en mi vida pienso que soy una fracasada.	31	20.9	80	54.1	37	25.0	-	-	113	79.6	23	16.2	4	2.8	2	1.4
4. soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente.	-	-	9	6.1	120	81.1	19	12.8	2	1.4	-	-	29	20.4	111	78.2
5. no tengo mucho de que estar orgullosa.	22	14.9	109	73.6	16	10.8	1	1.7	113	79.6	22	15.5	2	1.4	5	3.5
6. Tengo una actitud positiva hacia mi misma.	-	-	13	8.8	126	85.1	9	6.1	2	1.4	1	.7	35	24.6	104	73.2
7. Estoy satisfecha (a gusto) conmigo misma.	-	-	13	8.8	127	85.8	8	5.4	3	2.1	11	7.7	41	28.9	87	61.3
8. Desearía tener más respeto para mi misma.	-	-	44	29.7	102	68.9	2	1.4	47	33.1	45	31.7	33	23.2	17	12.0
9. A veces me siento inútil.	16	10.8	78	52.7	53	35.8	1	.7	106	74.6	24	16.9	11	7.7	1	.7
10. A veces pienso que soy una buena para nada	32	21.6	85	57.4	30	20.3	1	.7	123	86.6	14	9.9	3	2.1	2	1.4

$n_1=148$

$n_2=142$

Fuente: EA

APÉNDICE B

**SENTIMIENTOS SOBRE LA PRACTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUINA DE
CANCER CERVICOUTERINO
NIVEL BAJO**

Afectos relacionados con la actividad	No siento	Lo siento ligeramente	Lo siento moderadamente	Lo siento fuertemente
	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
1. Cuando me invitan a hacerme el examen del papanicolau me intereso.	16 (10.8)	27 (18.2)	42 (28.4)	63 (42.6)
2. Cuando me recuerdan de la cita para hacerme el examen del papanicolau siento enojo.	146 (98.6)	1 (.7)	1 (.7)	- -
3. Cuando me toca hacerme el examen del papanicolau me siento bien.	17 (11.5)	30 (20.3)	59 (39.9)	42 (28.4)
4. Cuando me preparo para hacerme el examen del cáncer cervicouterino siento temor	78 (52.7)	26 (17.6)	20 (13.5)	24 (16.2)
5. Cuando me recuerdan que me toca hacerme el examen de papanicolau me asusta	97 (65.5)	26 (17.6)	18 (12.2)	7 (4.7)
6. Hacerme el examen de papanicolau me da seguridad.	9 (6.19)	15 (10.1)	48 (32.4)	76 (51.4)
7. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento tensa.	61 (41.2)	45 (30.4)	23 (15.5)	19 (12.8)
8. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento temblorosa	75 (50.7)	44 (29.7)	16 (10.8)	13 (8.8)
9. Siento que soy cooperadora durante la realización del papanicolau.	7 (4.7)	3 (2.0)	31 (20.9)	107 (72.3)
10. Durante el examen de papanicolau me siento alterada.	74 (50.0)	56 (37.8)	10 (6.8)	8 (5.4)
11. Cuando salgo del consultorio después de hacerme el examen del papanicolau me siento tranquila.	14 (9.5)	27 (18.2)	39 (26.4)	68 (45.9)
12. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y este es negativo me siento contenta.	4 (2.7)	- -	15 (10.1)	129 (87.2)
13. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y este presenta alguna anomalía me siento triste.	9 (6.1)	15 (10.1)	35 (23.6)	89 (60.1)
14. Posterior al examen de papanicolau me siento nerviosa.	104 (70.3)	31 (20.9)	7 (4.7)	6 (4.1)
15. Cuando espero el resultado de mi examen de papanicolau me siento preocupada.	33 (22.3)	38 (25.7)	39 (26.4)	38 (25.7)
16. Después que me realizan el examen de papanicolau me siento protegida	6 (4.1)	22 (14.9)	41 (27.7)	79 (53.4)

Fuente: ESPDOC

n₁= 148

APÉNDICE C

**SENTIMIENTOS SOBRE LA PRACTICA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE
CANCER CERVICOUTERINO
NIVEL ALTO**

Afecto Relacionado a la Actividad	No siento FR (%)	Lo siento ligeramente FR (%)	Lo siento moderadamente FR (%)	Lo siento fuertemente FR (%)
1. Cuando me invitan a hacerme el examen del papanicolau me intereso.	4 (2.89)	14 (9.9)	34 (23.9)	90 (63.4)
2. Cuando me recuerdan de la cita para hacerme el examen del papanicolau siento enojo.	119 (83.8)	12 (8.5)	7 (4.9)	4 (2.8)
3. Cuando me toca hacerme el examen del papanicolau me siento bien.	18 (12.7)	16 (11.3)	35 (24.6)	73 (51.4)
4. Cuando me preparo para hacerme el examen del cáncer cervicouterino siento temor	72 (50.7)	39 (27.5)	26 (19.0)	4 (2.8)
5. Cuando me recuerdan que me toca hacerme el examen de papanicolau me asusta	104 (73.2)	28 (19.7)	9 (6.3)	1 (.7)
6. Hacerme el examen de papanicolau me da seguridad.	6 (4.2)	10 (7.0)	29 (20.4)	97 (68.3)
7. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento tensa.	58 (40.8)	54 (38.0)	24 (16.9)	6 (4.2)
8. Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento temblorosa	89 (62.7)	30 (21.1)	20 (14.1)	3 (2.1)
9. Siento que soy cooperadora durante la realización del papanicolau.	5 (3.5)	5 (3.5)	16 (11.3)	116 (81.7)
10. Durante el examen de papanicolau me siento alterada.	101 (71.1)	29 (20.4)	7 (4.9)	5 (3.5)
11. Cuando salgo del consultorio después de hacerme el examen del papanicolau me siento tranquila.	14 (9.9)	7 (4.9)	30 (21.1)	91 (64.1)
12. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y este es negativo me siento contenta.	3 (2.1)	1 (.7)	8 (5.6)	130 (91.5)
13. Cuando me dan el resultado del examen de papanicolau y este presenta alguna anomalía me siento triste.	7 (4.9)	21 (14.8)	34 (23.9)	80 (56.3)
14. Posterior al examen de papanicolau me siento nerviosa.	90 (63.4)	37 (26.1)	10 (7.0)	5 (3.5)
15. Cuando espero el resultado de mi examen de papanicolau me siento preocupada.	38 (26.8)	47 (33.1)	39 (27.5)	18 (12.7)
16. Después que me realizan el examen de papanicolau me siento protegida	5 (3.5)	6 (84.2)	25 (17.6)	106 (74.6)

Fuente: ESPDOC

n₂ =142

APÉNDICE D
CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD EN MUJERES DE 24 A 65 AÑOS
NIVEL BAJO Y ALTO

RESPONSABILIDAD EN SALUD	NIVEL BAJO						NIVEL ALTO									
	NUNCA		A VECES		FRECUENTEMENTE		RUTINARIAMENTE		NUNCA		A VECES		FRECUENTEMENTE		RUTINARIAMENTE	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1. Relato al médico o enfermera cualquier sintoma extraño de mi matriz.	21	14.2	18	10.8	105	70.9	6	4.1	6	4.2	21	14.8	52	36.3	63	44.1
2. Conozco el resultado de mi examen de papanicolau.	43	29.1	21	14.2	72	48.6	12	8.1	5	3.5	10	7.0	53	37.3	74	52.1
3. Leo libros o artículos sobre promoción de la salud de la mujer.	90	60.8	49	33.1	7	4.7	2	1.4	23	16.2	40	28.2	41	28.9	38	26.8
4. Le pregunto a mi doctor o busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el mío recomienda sobre mi examen de papanicolau.	85	57.4	49	33.1	14	9.5	-	-	50	35.2	46	32.4	15	10.6	31	21.8
5. Comento con profesionales calificados, mis inquietudes respecto al examen de papanicolau	101	68.2	33	22.3	13	8.8	1	.7	51	35.9	36	25.4	27	19.0	28	19.7
6. Conozco las condiciones en las que debo presentarme al servicio de salud para hacerme el examen de papanicolau.	18	12.2	3	2.0	114	77.0	13	8.8	7	4.9	3	2.1	71	50.0	61	43.0
7. Asisto a programas educativos sobre prevención de cáncer cervicouterino.	117	79.1	29	19.6	2	1.4	-	-	73	51.4	42	29.6	12	8.5	15	10.6
8. Pido información a los profesionales de salud sobre como prevenir el cáncer cervicouterino.	100	67.6	35	23.6	12	8.1	1	.7	37	26.1	38	26.8	37	26.1	30	21.1
9. Acudo a realizarme el examen de papanicolau cuando me toca.	34	23.0	49	33.1	44	29.7	21	14.2	6	4.2	38	26.8	51	36.9	47	33.1
10. Acudo al servicio de salud al menos una vez al año para que me realice el examen de cáncer de matriz.	33	22.3	51	34.5	40	27.0	24	16.2	4	2.8	31	21.8	55	38.7	52	36.6

N₁=148N₂= 142

FUENTE: CCPS

APENDICE E
Factores Personales Biológicos y socioculturales (CFPBS)

APENDICE E

Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS)

Número de identificación -----

Clave

1., Datos Personales Biológicos.

1) Edad -----

(en años cumplidos)

2) Núm. de Hijos

1) No tengo 2) 1 a 2 3) 3 a 4 4) Más de 5

2.- Datos Personales Socioculturales

1) Estado Civil

1) Casada 2) Divorciada/separada 3) Viuda 4) Unión libre 5) soltera

2) Escolaridad

1) S/escolaridad 2) Primaria Incompleta 3) Primaria Completa

4) Secundaria/Técnica 5) Preparatoria 6) Universidad 7) Otros estudios

3) Ocupación

1) Ama de casa 2) Obrera 3) Trabajador informal 4) Empleada

5) Profesionista 6) Otro.

4)Cuál es su fuente de ingreso principal

1) Ingreso propio 2) Ingreso esposo/pareja 3) Ingreso padres/familia

4) otro.

5) Cual es el ingreso familiar mensual.

1) S/ingreso fijo 2) Menos de un salario mínimo 3) 1 a 3 salarios mínimo

4) 4 a 6 salarios mínimos 5) Más de 6 salarios mínimos.

APENDICE F
AUTOESTIMA (EA)

APENDICE F

Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965)

Indique para cada pregunta la respuesta que te describe mejor, donde:

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo,
4 = Totalmente de acuerdo.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.- Comparada con otros, siento que soy una persona que valgo igual que las demás | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.- Siento que tengo un buen número de cualidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.- Generalmente cuando pienso en mi vida siento que soy una fracasada | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.- Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.- No tengo mucho de que estar orgullosa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.- Estoy satisfecha (a gusto) conmigo misma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.- Desearía tener más respeto para mi misma | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.- A veces me siento inútil. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.- A veces pienso que soy una buena para nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |

APÉNDICE G
SENTIMIENTOS SOBRE LA PRÁCTICA DE DETECCIÓN OPORTUNA
DE CÁNCER CERVICOUTERINO (ESPD OC)

APÉNDICE G

Escala de sentimientos sobre la práctica de la detección oportuna de cáncer cervicouterino (ESPDOC)

Instrucciones.- Por favor lea cada una de las siguientes frases y conteste el grado que describe como te sientes en esos momentos de acuerdo a la pregunta. Registra tu respuesta encerrando en un círculo el número correspondiente donde 1 = No lo siento, 2 = lo siento ligeramente, 3 =lo siento moderadamente y 4 = lo siento fuertemente.

Afectos Relacionados con la Actividad

- | | |
|--|---------|
| 1.- Cuando me invitan a hacerme el examen del cáncer me siento interesada | 1 2 3 4 |
| 2.- Cuando me recuerdan de la cita para hacerme el examen del papanicolaou siento enojo. | 1 2 3 4 |
| 3.- Pensar que me toca hacerme el examen del papanicolau me hace sentir bien | 1 2 3 4 |
| 4.- Cuando me preparo para hacerme el examen del cáncer cervicouterino siento temor. | 1 2 3 4 |
| 5.- Cuando me recuerdan que me toca hacerme el examen de papanicolau me asusta | 1 2 3 4 |
| 6.- Hacerme el examen del papanicolau me hace sentir seguridad | 1 2 3 4 |
| 7.- Cuando me realizan el examen de papanicolau me siento tensa | 1 2 3 4 |
| 8.- Cuando me están realizando el examen de papanicolau me siento temblorosa. | 1 2 3 4 |
| 9.- Siento que soy cooperadora durante la realización del papanicolaou. | 1 2 3 4 |
| 10.- Durante el examen del papanicolau me siento alterada | 1 2 3 4 |
| 11.- Cuando salgo del consultorio después de hacerme el examen del papanicolaou me siento feliz. | 1 2 3 4 |

- 12.- Cuando me dan el resultado del examen del papanicolaou y este es negativo me siento contenta. 1 2 3 4
- 13.- Cuando me dan el resultado del papanicolaou y este presenta alguna anomalía me siento triste. 1 2 3 4
- 14.- Después que terminan de hacerme el examen de papanicolaou me siento nerviosa. 1 2 3 4
- 15.- Cuando espero el resultado de mi examen de papanicolaou me siento preocupada. 1 2 3 4
- 16.- Después de que me realizan el examen de papanicolaou me siento protegida. 1 2 3 4

APÉNDICE H
Apoyo Social de Norbeck (NSSQ)

APÉNDICE H

Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ)

Enumere a cada persona significativa en su vida. Considere a todas las personas que le proporcionan apoyo personal o que son importantes para que usted se realice el examen de detección oportuna de cáncer. Escriba el nombre de pila o iniciales y especifique la categoría de relación que tienen con usted.

Por cada persona que enumeró favor de contestar las siguientes preguntas escribiendo el número que corresponda en donde 0 = Nada; 1 = Poco; 2= Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Mucho para las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6,y 9b. Para la pregunta 7 las respuestas son : 1 = menos de 6 meses; 2 = 6 a 12 meses; 3 = 1 a 2 años; 4 = 2 a 5 años; 5 = Más de 5 años. Para la pregunta 8 las respuestas son: 5 = Diariamente; 4 = Semanalmente; 3 = Mensualmente 2= pocas veces al año; 1 = Una vez al año. Para a pregunta 9 en donde 0 = no, 1 = sí

Nombre de pila o iniciales	Relación	Pregunta 1 ¿Cuánto te hace sentir querido o amado esta persona?	Pregunta 2 ¿Cuanto te hace sentir respetado o admirado Esta persona?
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	3. _____	_____
4. _____	_____	4. _____	_____
5. _____	_____	5. _____	_____
6. _____	_____	6. _____	_____
7. _____	_____	7. _____	_____
8. _____	_____	8. _____	_____
9. _____	_____	9. _____	_____
10. _____	_____	10. _____	_____

3.- ¿Cuanto puedes confiar en esta persona?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

4. ¿ Cuanto coincide contigo o apoya Tus acciones o pensamientos

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5. Si necesitara pedir prestado dinero, que la lleven al doctor o alguna otra ayuda inmediata ¿Cuánto podría ayudarte esta persona?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

6. Si estuviera en cama por varias semanas ¿Cuánto podría ayudarte esta persona?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

APENDICE I
CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD

APENDICE I

Questionario sobre conducta promotora de salud (CCPS)

Indique la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado, circundando la letra que mejor corresponda: N = Nunca; V = A veces; F = Frecuentemente y R = Rutinariamente.

1.- Responsabilidad en Salud.

- | | |
|---|---------|
| 1.- Relato al médico o enfermera cualquier síntoma extraño de mi matriz. | N V F R |
| 2.- Conozco el resultado de mi examen de papanicolau | N V F R |
| 3.- Leo libros o artículos sobre promoción de la salud de la mujer. | N V F R |
| 4.- Le pregunto a mi doctor o busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el mío recomienda sobre mi examen de papanicolau. | N V F R |
| 5.- Comento con profesionales calificados mis inquietudes respecto al examen de papanicolau. | N V F R |
| 6.- Conozco las condiciones en las que debo presentarme al servicio de salud para hacerme el examen de papanicolau | N V F R |
| 7.- Asisto a programas educativos sobre prevención de cáncer cervicouterino. | N V F R |
| 8.- Pido información a los profesionales de salud sobre como prevenir el cáncer cervicouterino. | N V F R |
| 9.- Acudo a realizarme el examen de papanicolau cuando me toca. | N V F R |
| 10.- Acudo al servicio de salud al menos una vez al año para que me realicen el examen de cáncer de matriz | N V F R |

2.- Práctica de la detección oportuna de cáncer.

1.- Cuando fue la última vez que se hizo el examen: _____

- 1) – de 6 meses 2) +6 meses y – de un año 3) 1 a 2 años
4) + de 3 años 5) nunca.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Margarita del Rosario de Fátima Quintana Dzul

Candidato para el Grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería

**Tesis: FACTORES QUE PROMUEVEN LA PRÁCTICA DE LA
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO
EN MUJERES ADULTAS.**

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Campeche, Campeche el 24 de Diciembre de 1952, hija de Ernesto Quintana Quijano y María del Carmen Dzul Fernández.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Campeche, grado obtenido Licenciado en Enfermería en 1992.

Experiencia Profesional: Supervisora del programa de nutrición de 1980 – 1990, coordinadora del área de enfermería en 1986, Profesor Investigador Asociado "A" en la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche de 1985 a la fecha. Supervisora de Enfermería del turno nocturno en el Hospital General de Campeche "Dr. Alvaro Vidal Vera", de la Secretaria de Salud desde 1990 a la fecha.

