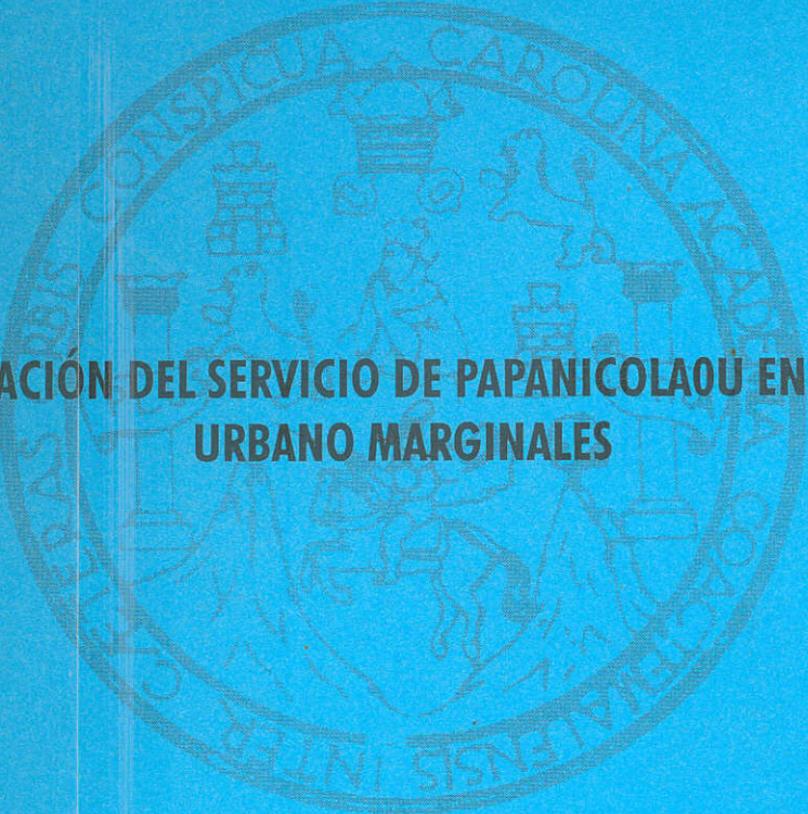


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE PAPANICOLAOU EN ÁREAS
URBANO MARGINALES

DRA. MARÍA CONCEPCIÓN VALLECILLO ✓

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ÉNFASIS EN GESTIÓN SOCIAL DE SALUD



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA**

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora. **Maria Concepción Vallecillo.**

Carné universitario No: **100008641**

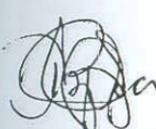
Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de **Maestra en Salud Pública con Énfasis en Gestión Social de Salud**, el trabajo de tesis titulado: **"UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE PAPANICULAOU EN ÁREAS URBANO MARGINALES"**

Que fue asesorado por: **Dr. Silvia González Paredes.**

Y revisado por: **Dr. Alfredo Moreno Quiñónez.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

30 de octubre del año 2003



Dra. Cízel Zea Iriarte
Coordinadora de Maestría
en Salud Pública



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
Director de Fase IV


Dr. Carlos Alvarado Dumas



Guatemala, 23 de septiembre de 2003

Dr. Joel Sical
Coordinador Interino
Maestría de Salud Pública
Universidad de san Carlos de Guatemala
Fase IV

Estimado Doctor.

El motivo de la presente es para informales que en mi calidad de asesora de la tesis con el nombre de UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE PAPANICOLAOU EN ÁREAS URBANO MARGINALES, después de haberla revisado y asesorado, considero que la tesis presentada por la Dra. María Concepción Vallecillo, cumple con todos los requisitos necesarios para que opte al título de Master en Salud Pública.

Sin otro particular y en la espera de una respuesta positiva,

Atentamente,



Dra. Silvia González Paredes

Asesora

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA

Cumpliendo con la función que se me asignó de revisar el informe final de tesis de la estudiante: **María Concepción Vallecillo**, Con carné universitario No. **100008641**, titulado:

**“UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE PAPANICOLAOU EN
ÁREAS URBANO MARGINALES ”**

Traslado a usted el siguiente dictamen: Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto, cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez

Nombre del Revisor

No. de colegiado: 5,304

Firma del Revisor

Guatemala, 25 de septiembre 2002



Guatemala, 09 de octubre 2003

Doctor
Joel Sical Flores
Coordinador a.i Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical.

Para su conocimiento y efecto, le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la estudiante **María Concepción Vallecillo**, titulado **"Utilización del Servicio de papanicolaou en área urbano marginales"**. El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,



Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador de Investigación
Maestría en Salud Pública

Guatemala, 24 de octubre de 2003.

Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
USAC.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

MARÍA CONCEPCIÓN VALLECILLO

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el profesional en mención.

Atentamente,



Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Consultor
Colegiado activo No. 345

ASESORA

Ma. Silvia R. González Paredes

REVISOR DE TESIS:

Mcs. Alfredo Moreno Quiñónez

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	VII
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES	2
CAPITULO III. OBJETIVOS	15
CAPITULO IV. MATERIAL Y MÉTODO	16
CAPITULO V. RESULTADOS	24
CAPITULO VI. DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Distribución según edad, escolaridad y procedencia	30
Tabla 5.2 Distribución según estado civil, ocupación, etnia y religión	31
Tabla 5.3 Distribución según N° De hijos, N° de compañeros sexuales, e inicio de la vida sexual	32
Tabla 5.4 Distribución según usos y frecuencia del Papanicolaou	33
Cuadro 5.1 Conocimiento acerca del examen de Papanicolaou	34
Cuadro 5.2 Actitudes sobre el examen de Papanicolaou	38
Cuadro 5.3 Razones culturales sobre el examen de Papanicolaou	41
Cuadro 5.4 Opiniones acerca de la accesibilidad del servicio de toma de Papanicolaou	44
Cuadro 5.5 Opinión acerca de la calidad del servicio de toma de Papanicolaou	46
Cuadro 5.6 Practicas referidas al servicio de Papanicolaou	48

RESUMEN

El presente trabajo recoge los resultados de la investigación en salud realizada en las áreas urbanas marginales de la zona seis de la ciudad capital de Guatemala. Se trata de un estudio descriptivo cualitativo, realizado en mujeres usuarias de los servicios básicos de salud que brinda el programa de extensión de cobertura, bajo el sistema integral en salud, -SIAS-. Se reunieron seis grupos focales, los cuales agruparon un total de 66 mujeres habitantes de estos sectores.

La investigación tuvo como objetivo identificar algunos factores sociodemográficos y culturales, relacionadas con la utilización/baja utilización y no-utilización de los servicios de toma de muestras del Papanicolaou -Pap-, que lleva consecuentemente el aumento de la incidencia del cáncer cérvico uterino.

Para la recolección de datos se definieron dos instrumentos. Una hoja de recolección de datos cuantitativos sociodemográficos, y una guía de preguntas que aborda básicamente las Categorías de *conocimientos, actitudes y prácticas*, -CAP-, que las usuarias manifestaron ante la prueba de Papanicolaou y sus usos.

Entre los resultados sociodemográficos se encontró que el 75% de las entrevistadas se había realizado al menos una vez en su vida una prueba Papanicolaou. De este porcentaje, sólo el 31% se había hecho su prueba en el último año, frente a un 69% que se había hecho una prueba entre los últimos 2 y 12 años.

Las entrevistas en los grupos focales permitieron abordar aspectos cualitativos. Siendo los más relevantes, las barreras culturales expresadas en sentimientos de vergüenza, miedo y pudor ante una prueba que implica la exposición de sus genitales externos frente a un agente de salud. Se considera igualmente barrera, el sexo del examinador; se prefiere que sea mujer y si es hombre, que este no sea muy conocido en el sector o por las usuarias.

Fueron igualmente importantes los aspectos referidos a la accesibilidad y calidad de los servicios. Desde la percepción de las usuarias, la toma de muestras de Papanicolaou realizada por el servicio de extensión de cobertura del SIAS cuenta con accesibilidad económica y geográfica, por ser gratuito y además llegar hasta su sector geográfico. Sin embargo no cuenta con calidad ya que carece de espacios adecuados, falta privacidad y el servicio no se brinda en horarios accesibles a la mayoría, debido a la periodicidad con que el equipo de salud visita cada comunidad.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cérvicouterino –CaCu- es una de las patologías que cobran muchas vidas de mujeres. El mismo puede ser prevenido y controlado con técnicas que no implican altos costos. Sin embargo, los programas de prevención y control no obtienen los éxitos esperados, especialmente, en países que sufren grandes postergaciones en el desarrollo social.

Son múltiples las causas que se relacionan con la utilización de los servicios de salud, sobre todo, si éstos son de carácter preventivo o están determinados por significativos patrones de género. Tal es el caso de los servicios de prevención del cáncer Cérvicouterino, mediante la toma de muestras de Papanicolaou.

En las siguientes páginas se presenta el informe final de la investigación en salud, realizada en áreas marginales de la zona 6 de la capital de Guatemala, "Utilización del Servicio de Papanicolaou en áreas urbano marginales".

Este estudio tuvo en cuenta el enfoque cuantitativo y cualitativo. Esto permitió un abordaje más integral a la cuestión de utilización de un servicio de salud.. Se entrevistaron 66 mujeres, habitantes de áreas marginales, actualmente, atendidas por el programa de extensión de cobertura SIAS, que impulsa el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Los resultados obtenidos cuentan con la validez interna pertinente en las investigaciones de carácter cualitativo, sin embargo, en el capítulo de discusión se contrastan hallazgos, similares en algunos casos y divergentes en otros, de diversos estudios referidos a la misma cuestión. Esto permite proponer un esquema de utilización de los servicios, que puede ser tenido como modelo para leer el comportamiento de las usuarias ante el servicio de prevención y control del Papanicolaou.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

2.1. Diferentes aproximaciones al análisis de la utilización de los servicios de salud

Desde el punto de vista histórico se puede afirmar que la investigación cuantitativa ha ocupado un lugar preferencial en el campo de la salud. Sin embargo, en las últimas décadas se ha venido implementado, de forma creciente, el uso de la investigación cualitativa, ya sea de forma independiente o combinada, es decir, los estudios cualicuantitativos. Los métodos cuantitativos utilizan las técnicas experimentales aleatorias, cuasiexperimentales, test objetivos de lápiz y papel, análisis estadísticos multivariados, estudios de muestras, etc. Los métodos cualitativos tienen en la etnografía, los estudios de casos, las entrevistas a profundidad, la observación participativa y la investigación-acción, sus herramientas de abordaje¹.

Los estudios cualitativos cobran mayor importancia cuando se trata de abordar temas referidos a la utilización de los servicios de salud, ya que ésta, está determinada por diferentes factores, especialmente aquellos que tocan la subjetividad de las personas.²

Los factores relacionados con la utilización de los servicios de salud, pueden analizarse desde dos grandes perspectivas: la perspectiva de los cliente/usuarios, éstos pueden catalogarse como factores externos y factores internos. Los factores externos, generalmente, son de índole sociológicos y culturales, influyen sobre la conducta de los/as usuarios/as. Los internos suelen ser de carácter subjetivo y guardan correspondencia con las percepciones de las personas, sobre todo, su tolerancia al dolor o los síntomas de determinada enfermedad. La otra perspectiva se refiere a los centros o instituciones prestadoras de servicios de salud. La problemática se determina en gran parte por la accesibilidad, calidad y calidez de los servicios.

No existe un único método de investigación, los problemas de salud se originan en una combinación de factores, la denominada red de causalidad. Por tanto es necesario utilizar una combinación cualitativa y cuantitativa, a fin de alcanzar un conocimiento más integral de esta problemática.³

Es importante abordar el tema de la utilización, desde una posición que tenga en cuenta el estudio de la subjetividad de los individuos, que explique la conducta de la utilización de servicios como un

fenómeno susceptible de ser comprendido, mediante interpretación sociológica, a partir del sentido que los actores atribuyen a sus propios actos relacionados con la salud y la utilización de servicios.

La antropología médica en particular, resalta el papel fundamental que las interpretaciones culturales representan en la experiencia y en la conducta ante la enfermedad. Así, en las décadas de los años setenta y ochenta se realizaron diversos estudios sobre los sistemas de creencias respecto de la salud y los significados que las personas atribuyen a los síntomas. Estos estudios indicaron que el significado está moldeado social y culturalmente y, que esto a su vez, se constituye en una experiencia para el paciente.

Las interpretaciones se guían por conceptos e ideas de considerable complejidad y variedad. Para clarificar esto se han ofrecido diversos modelos, de los cuales se destaca el explicativo, de Kleinman, que permite examinar cómo las personas implicadas en el proceso clínico se organizan, interpretan y tratan la enfermedad.⁴

El excelente trabajo realizado por Arredondo y Meléndez (México 1992)⁵, nos proporciona de manera acertada una revisión conceptual sobre los distintos modelos que se han desarrollado para el análisis de la utilización de los servicios de salud. Estos autores exponen el contenido de cuatro modelos explicativos, siendo éstos: el modelo epidemiológico, el psicosocial, el sociológico y el económico.

En el modelo epidemiológico, la explicación se construye a partir de las *necesidades* de salud de la población (Donabedian, A. México 1987). Se consideran *necesidades los daños* a la salud, por ejemplo, la morbilidad y mortalidad. Dentro de estas necesidades también se incluyen *los factores de riesgo*, los cuales pueden ser iniciadores o predisponentes, los riesgos promotores o desencadenantes y los riesgos pronósticos.

El modelo psicosocial propuesto por Rosenstock, está basado en el concepto *"health behavior"*. Este modelo ha adaptado muchas variables de la teoría psicosocial. Las principales variables utilizadas son dos: el *estado psicológico de alerta o aprehensión* respecto de la enfermedad, que impulsa a las personas usuarias a buscar los servicios de salud. La segunda variable se refiere a las *creencias sobre beneficios y barreras* de los servicios de salud. Estas dos variables deben relacionarse con los llamados factores detonantes o precipitantes los cuales, a su vez, pueden clasificarse como detonantes internos o externos.

El modelo sociológico, ha tenido diferentes aportes en los últimos cuarenta años. Entre estos se cuenta la propuesta de Suchman, basada en la identificación de *las redes sociales de apoyo* que determinan la utilización. El modelo conductual de Anderson, quien consideró que la utilización de los servicios se da bajo la influencia de tres aspectos: la necesidad de atención, los factores predisponentes y los factores capacitantes. El aporte de Mechanic, ha tenido en cuenta el aspecto cultural, él considera que la conducta acerca de la utilización de los servicios de salud, es aprendida cultural y socialmente.

El modelo económico, tiene dos grandes enfoques: aquellos que analizan *la demanda* y sus fluctuaciones, y los que se basan en la *teoría del capital humano*, en esta se considera que la inversión en la salud del capital humano incrementa la productividad.

Dada la naturaleza del presente estudio, como es, la utilización de un servicio de salud de prevención y control de cáncer cérvico uterino, por medio de la toma de muestras de Papanicolaou, se considera necesario tener en cuenta el aporte, que el enfoque de género puede proporcionar al análisis de la salud de las mujeres usuarias de este servicio.

A propósito, es consistente el estudio realizado por Ivonne Szasz Pianta(1998)⁶ acerca de las construcciones sociales de género y su vinculación con condiciones que afectan la salud de las mujeres.

La construcción social de los géneros analizada en el plano socioeconómico se refiere a las expresiones estructurales de las desigualdades de género, en la escolaridad, los mercados de trabajo, la distribución social de tareas reproductivas, las cargas de trabajo, el acceso a los espacios públicos y, de decisión, y también, a ingresos y recursos económicos.

En el plano cultural se tienen en cuenta los aspectos valorativos, relacionales, simbólicos y subjetivos. Desde el punto de vista normativo, hay reglas distintas para hombres y mujeres respecto de la vida sexual y la procreación. Estas normas afectan los niveles subjetivo, familiar y social. Las visiones de género están presentes en leyes y normas que regulan la procreación y la prestación de servicios de salud.

En el ámbito valorativo, existe una jerarquía social diferenciada de los atributos femeninos y masculinos, que afecta también dimensiones subjetivas, familiares y sociales. A nivel de individuos y de relaciones de pareja, las desigualdades de género se manifiestan también en los grados de autonomía o dependencia de las mujeres en el acceso y control del propio cuerpo, de su

sexualidad, de la procreación y la salud y de su dependencia económica o vulnerabilidad frente a la violencia o la estabilidad en la pareja, así como en el ejercicio de la maternidad como un espacio de poder y control.

Otros aspectos culturales se refieren a las identidades y los significados subjetivos y socialmente compartidos en torno al género, el cuerpo, la sexualidad, la procreación y la salud. Finalmente, estas relaciones de género situadas en la esfera cultural están también presentes en los cuidados a la salud, en el acceso a los servicios de salud y en las relaciones entre la población y los prestadores de servicios.

La dimensión de género no se considera como el único determinante ni mucho menos como una consideración aislada en el análisis de la salud de las mujeres. Las dimensiones de género en las condiciones para la salud debe ser analizada en su interacción con otras en las que están insertos los sujetos, como el grupo socioeconómico, el grupo generacional, la etapa en la trayectoria de vida y la ubicación en la estructura de parentesco familiar, entre otras.

Sin embargo, la dimensión cultural de las construcciones de género, es la que interactúa de manera más estrecha con las visiones del cuerpo, la sexualidad, la procreación y la salud. Su estudio requiere, necesariamente, de un acercamiento cualitativo, puesto que se refiere a conjuntos de significados subjetivos y sociales que afectan a las personas, sus comportamientos y relaciones.

2.2. Los servicios de prevención y control de Cáncer Cérvicouterino

El Cáncer fue conocido desde tiempos muy remotos, incluso, en el antiguo Egipto. Aparece descrito en documentos de los chinos y árabes. Algunos escritos históricos refieren que en el siglo IV se conocían algunos tumores, siendo el mismo Hipócrates quien emplea el término carcinoma de *karkis* (cangrejo) para designarlos. Luego, Galeno, 600 años más tarde, distinguió tres tipos de tumores. Sin embargo, el estudio sistemático solamente fue posible a partir del siglo XVIII y XIX, con Bitchat (1771-1802), Müller (1801-1858), Virchow quienes lograron los mayores aportes para el conocimiento de esta enfermedad.⁷

Es innegable que en la segunda mitad del recién pasado siglo XX se han realizado grandes logros en el conocimiento y control de muchas enfermedades. A pesar de los avances médicos, el cáncer sigue siendo una enfermedad poco conocida y causante de muerte. La tasa de incidencia del cáncer en sus diversas manifestaciones ha aumentado sensiblemente y, la tasa general ha

observado un incremento importante en la segunda mitad del siglo pasado, de esto siempre ha tenido el primer lugar el cáncer de pulmón⁸

2.3 Datos epidemiológicos sobre el cáncer cérvico uterino.

Entre la variedad cancerosa que afecta a las mujeres en el ámbito mundial, el cáncer Cérvicouterino ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia en el mundo.⁹ En los países en desarrollo es la tercera causa de muerte en mujeres. Cada año se registran alrededor de 231,000 muerte por esta causa, y cerca de 466,000 nuevos casos de los cuales el 80% ocurre en los países en desarrollo. Los índices son altos en la Melanesia, África Subsahariana y América Central.^{10 11}

La clasificación de incidencias y frecuencias presentada por el Institute American Research Cancer (IARC), considera tres niveles de incidencia y prevalencia en todo el mundo: *tasa de incidencia alta* que abarcaría una tasa mayor de 22 x 100,000; *incidencia intermedia* con una tasa entre 15 y 22 x 100,000; y, una *incidencia baja* para una tasa menor de 15 x 100,000. Los estimados en ese año ubicaban a Centroamérica en una incidencia intermedia con una tasa de 20 x 100,000 y una frecuencia de 25.1 %.

En países como Islandia y Finlandia, en los que desde hace 30 años se han implementado medidas de prevención a través de tomas periódicas de Papanicolaou se lograron excelentes resultados, no ocurrió lo mismo en Noruega, quienes sólo iniciaron la detección sistemática en 1980^{12 11}. En Canadá y Estados Unidos esta práctica ha logrado disminuir la tasa de mortalidad a 1.4 y 1.7 muertes por 100.000 mujeres a partir de 1990. Sin embargo, en Centro América y El Caribe los datos han variado poco con registros entre 5 a 6 por 100.000 en las tasas de mortalidad; y 52.000 nuevos casos cada año¹³.

En Guatemala¹⁴ los registros obtenidos desde el año 1963 hasta 1980, se puede observar una variación, con aumento considerable en el número de casos para el año 1978 y 1984, presentando tasas crudas de 9.5 y 9.3 x 100,00, respectivamente. (ver tabla 2.1)

Tabla N° 2.1.
Mortalidad por Cáncer Cérvico uterino
Guatemala edad [25-85+]

AÑO	MUERTES	TASA CRUDA	ASR(W)
1963	55	7.4	8.9
1964	38	5.0	8.2
1965	44	5.6	6.6
1966	60	7.5	8.6
1967	70	8.4	9.9
1968	64	7.5	8.2
1969	5	0.6	0.7
1970	75	8.0	9.5
1971	4	0.4	0.5
1974	92	8.9	10.8
1975	90	8.3	10.3
1976	90	8.0	9.8
1977	71	6.1	7.5
1978	114	9.5	12.2
1979	75	5.9	7.5
1980	57	4.4	5.7
1981	97	7.0	8.7
1984	132	9.3	11.1

Tasa cruda y edades estandarizadas, por 100 000

En el año 1980 se registró un total de 59 casos de muertes, de éstos los grupos etáreos con mayor tasa lo constituyeron las edades entre 50 a 54 y 65 a 69 con una tasa de 9.1 y 13.3 x 100,000, respectivamente (ver tabla 2.2).

Los reportes del INCAN (Instituto Nacional de Cancerología) notificaron para el año 1985 un total de 1050 casos de CaCu. En 1994 del total de 2530 casos de cáncer, 925 fueron casos de cáncer Cérvicouterino, de éstos, 338 casos (32%) correspondían al departamento de Guatemala.¹⁵

En Guatemala, el registro nacional del cáncer, contabilizado por la liga nacional contra el cáncer, informó que para el año 1998 -1999, los caso de cáncer en mujeres ascendieron a 1,885 y de éstos, el cáncer más común fue el Cérvicouterino, con un total de 928 casos.

El actual Programa de Atención Integral a la Mujer guatemalteca¹⁶ prevé la toma de muestras de Pap, cada tres años priorizando a las mujeres entre 30 a 59 años. Propone, como meta, alcanzar el 40% de citologías en las mujeres de riesgo al final del año 2000 y un aumento progresivo hasta un 70% en el año 2005. El objetivo meta es aumentar la toma de muestras en 150,000 citologías más, cada año.

Sin embargo, la producción de servicios del Ministerio de Salud refiere que para el año 1999 se tomó un total de 37,238 muestras para un 15% de la meta; de éstas 434 citologías fueron positivas

para cualquier grado de malignidad. Los reportes estadísticos de producción de servicios del año 2000 refieren una sensible disminución en la toma de muestras, habiéndose realizado 26,889 que representan el 11.2% de la meta; de éstas se reportó un total de 231 muestras positivas en todo el país.¹⁷

Tabla N° 2.2.
Mortalidad por Cáncer Cérvico uterino
por grupos de edad con mayor tasa. Guatemala (1980)

	40-44	45-49	50-54	60-64	65-69
N° de muertes	5	4	10	5	35
Tasa cruda	3.4	3.1	9.1	8.4	13.4
ASR (W)	3.4	3.1	9.1	8.4	13.4

2.4 Factores de riesgo asociados al cáncer Cérvico uterino.

2.4.1. Factores demográficos.

Diversos estudios demuestran que el cáncer Cérvico uterino presenta mayor incidencia en las edades comprendidas en la tercera y cuarta década de la vida. Se considera que la progresión de una lesión leve a una grave puede tener un riesgo de 32% en un espacio de tiempo de 10 años.¹⁸

En diversas investigaciones han identificado una alta incidencia en las edades comprendidas entre los 30 y 59 años; para algunos países como México la mayor incidencia se ha detectado entre los 35 y 44 años.¹⁹

Respecto al factor étnico, se ha identificado asociación entre la mayor incidencia y la pertenencia a determinado grupo étnico. Se registra una ligera diferencia entre las mujeres hispanas y las norteamericanas; igualmente se da diferencia entre las norteamericanas de raza blanca y las de raza negra o de origen indio.²⁰

Las consideraciones hechas acerca de una alta incidencia del cáncer cérvico uterino no se relacionan con factores genéticos sino a razones socioculturales; así lo demuestra el estudio realizado en Brasil en el Parque indígena do Xingó a un grupo de 423 indias. En éste se identificó una mayor incidencia de displasias y neoplasias asociadas a un alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, en este grupo étnico al carecer de un programa adecuado culturalmente a sus necesidades.²¹

2.4.2. Factores reproductivos

Los diversos estudios realizados han demostrado la existencia de diferentes factores de riesgo que se asocian a la alta incidencia. Entre estos factores podemos señalar el inicio precoz de la vida sexual, éste está determinando una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años, así lo confirman los datos obtenidos en el programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino, impulsado por el Instituto de Cancerología de Guatemala y auspiciado por UICC²². Un estudio de caso-control, realizado en un grupo de mujeres no promiscuas de un área rural de la India, en donde el factor cultural obliga a las adolescentes a iniciar su vida sexual a los doce años de edad. El estudio en mención, concluye afirmando la importancia que tiene el inicio temprano de la vida sexual activa como agente carcinogénico²³.

El estudio realizado en mujeres del Estado de Zacatecas, México, afirma que el riesgo de padecer neoplasia cervical se duplica en aquellas mujeres que han iniciado su vida sexual antes de los 15 años, respecto de aquellas que lo hicieron después de los 19 años²⁴.

Existen muchos estudios que reflejan una fuerte asociación entre el cáncer Cérvicouterino y la actividad sexual promiscua. Así lo demuestran diferentes investigaciones que relacionan la alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual con el Cáncer Cérvicouterino y el virus de Papioma Humano^{25 26 27 28 29 30}.

2.4.3. Factores culturales asociados al éxito o fracaso de los programas de lucha contra el cáncer cérvico uterino.

Se ha demostrado que el diagnóstico precoz de las lesiones tiene positiva relación con la disminución de la incidencia del cáncer Cérvico uterino. Actualmente se cuenta con muchas pruebas que permiten la detección precoz, entre ellas, la más conocida es el Papanicolaou, principal medida en el campo de la prevención. Este método, diseñado por el Dr. George Papanicolaou en 1941,³¹ es un test citológico que detecta células cervicales anormales. El procedimiento de aplicación resulta muy sencillo, ya que se basa en la toma de muestras de células exfoliadas del Cérvix, luego éstas se fijan en un porta-objetos, para ser enviadas a un laboratorio y evaluados por un cito tecnólogo.

Este sencillo método puede revelar la presencia de lesiones pre-cancerosas, la displasia cervical y el cáncer *in situ*. En los países en vías de desarrollo el uso del Papanicolaou ha sido la prueba de mayor uso en los programas de detección y control del cáncer cérvico uterino, sin embargo, los

resultados en cuanto a la disminución de las tasas de incidencia del cáncer cervical, hacen evidente los fracasos o pocos éxitos que se han obtenido en diferentes regiones, debido a la baja cobertura de los programas de toma de muestra de Papanicolaou y algunas ocasiones también se ha podido evaluar la calidad de las tomas de muestras y procesamiento de resultados³².

En general, antes de implementar cada programa se han tenido en cuenta tres puntos que pueden ser esenciales para lograr el éxito: *Sensibilidad* o, eficacia de la prueba para determinar el proceso; *La especificidad*, la cual se refiere a la medida en que los resultados están exentos de falso positivos; y *la aceptabilidad*, es decir la posibilidad de superar cualquier resistencia que puedan presentar las personas para someterse a las pruebas.^{33 34}

Con relación a la sensibilidad de la prueba del Papanicolaou, algunos estudios recientes intentan demostrar la alta sensibilidad contra una baja especificidad que tiene la prueba. Los estudios realizados por la universidad de Zimbabwe, sugieren que el método de la inspección visual tras la aplicación de vinagre (ácido acético) puede ser más específico para detectar lesiones malignas. Algunas entidades internacionales han estudiado la posibilidad de implementar esta práctica de inspección visual con ácido acético, antes de decidir el uso de un recurso diagnóstico de más alto costo frente a la sospecha de malignidad reportada por la prueba de Papanicolaou.

En cuanto al concepto de *aceptabilidad*, podría decirse que el Papanicolaou goza de este requisito, al ser inocuo y de bajo costo. Aún cuando implica gastos directos para las usuarias o las autoridades de salud, algunos estudios han demostrado y afirmando que la toma de Papanicolaou puede llegar a costos entre los 11 y 37 dólares americanos por toma y, aún así, obtener una relación costos / beneficios de 2 a 1. Sin embargo hay diversos factores que hacen que los programas de cobertura no obtengan los resultados deseados³⁵.

Diversos estudios de tipo cualitativo que han empezado a incluir el enfoque de género y salud, indican que hay factores suficientemente determinantes, que logran hacer poco aceptable esta prueba. Nos referimos ante todo a la no-utilización debido a factores culturales, antropológicos y sociológicos que influyen en el comportamiento que respecto a esta prueba tienen muchas usuarias.

Entre los factores socioculturales que inciden desfavorablemente en el adecuado funcionamiento de los programas de detección y prevención del cáncer Cérvicouterino se encuentran: el bajo nivel educativo, conductas tabuísticas frente al cuidado del cuerpo y la sexualidad de la mujer y algunas concepciones antropológicas y sociológicas que determinan un rol pasivo en ellas.

Un estudio realizado en Chile³⁶ en un grupo de 299 mujeres seleccionadas al azar, a quienes se les aplicó un cuestionario, que exponía un conjunto de afirmaciones referidas a sus roles de madre, esposa, ama de casa, valoración de la sexualidad y la actitud respecto a su cuerpo y cuidado de su salud.

Los resultados obtenidos reflejaban que la mayoría de las mujeres se adecuan al rol tradicional, afirmando no disponer de tiempo para enfermarse. Un resultado diferente se obtuvo respecto al deseo de mayor libertad, mayor conocimiento de su cuerpo y valoración de su sexualidad. El 70% de las mujeres se declararon de acuerdo en afirmar que el placer sexual es necesario para ellas. Al ser consultadas respecto a la afirmación sobre la finalización de la vida sexual de las mujeres con la menopausia, las mujeres con mayor nivel de educación presentaron desacuerdo con la misma.

Respecto al Papanicolaou, como método de prevención del cáncer, la mayoría de las mujeres tenían conocimiento y valoraban este método de forma positiva, lo que indica que si no se han hecho el examen no es por falta de conocimiento sino porque el examen ginecológico implica la exposición de partes íntimas de su cuerpo ante personas extrañas, como viene a ser el personal de salud.

Este estudio fue contrastado con los hallazgos obtenidos en 1987, donde se afirmaba una menor valoración de la sexualidad. Esto puede darse por una cultura transmitida de generación en generación, negadora de la sexualidad femenina. Por los datos recogidos se afirma que el discurso moderno ha encontrado gran acogida entre las mujeres pero aún existen muchos conflictos con elementos tradicionales que son barreras que impiden que las mujeres vayan a realizarse el Papanicolaou con la periodicidad adecuada.

En una zona urbana de Brasil(1995)³⁷ se realizó un estudio de corte transversal, aplicado a mujeres de 20 a 66 años, con el objetivo de evaluar la cobertura del Papanicolau, tuvo como variable sobre determinante la pertenencia a un nivel social, para cuya operacionalización se tomaron en cuenta dos clasificaciones de nivel social. De las 934 mujeres entrevistadas, el 65% recibía cobertura de parte del servicio, este dato reflejaba un número superior al encontrado en otras partes del país y del mundo. El dato habla a favor de la organización de los servicios de salud pero no de las clases socialmente más bajas, donde el índice de cobertura bajó a 56% y 52%. Esto permite inferir la necesidad de elaborar medidas que tomen en cuenta el aumento de cobertura para sectores sociales específicos.

En cuanto a características de tipo étnico, la literatura internacional refleja una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual no tratadas o, tratadas de forma inadecuada en los grupos indígenas. El estudio realizado en una población del Norte de Brasil³⁸, estado de Mato Grosso, incluyó 423 mujeres que acudieron por demanda espontánea a los servicios de salud. El 84% de las mujeres presentaba atipias celulares, el 3% presentaba anomalías citológicas y el 1% carcinoma invasor del cuello uterino. Los resultados permiten inferir la alta prevalencia de lesiones inflamatorias, en muchas de las cuales se determinó la presencia de papiloma virus, agente infeccioso asociado a la aparición de cáncer Cérvicouterino

Siempre, con relación a grupos étnicos, se tienen los datos de otro estudio realizado en EE.UU. el cual reportó una incidencia de cáncer Cérvicouterino de 19.5/100.000 en las mujeres indias americanas frente a una tasa de 7.8/100.000 en las mujeres americanas blancas. Respecto a la relación región geográfica / tribu, se encontró que la tasa es de 4 a 6 veces más alta en algunas tribus americanas. C. Alexander y col. revisaron los resultados de 77 mujeres nativas americanas de las cuales se reportaron con diagnóstico de anomalía en sus exámenes citológicos; con este estudio se logró identificar una mayor frecuencia de lesiones intra-epiteliales cervicales significativamente altas para este grupo.³⁹

2.4.4. Factores asociados a la calidad costo y cobertura de los servicios de toma de muestras de Papanicolaou.

Hay diferentes estudios que han evaluado la calidad, costos y coberturas de los programas encontrando diversos factores asociados al éxito o fracaso de los mismos. Un estudio realizado en el Estado de Nuevo León, México, 1995-1996, evaluó la calidad del Programa Nacional de detección temprana del cáncer cérvicouterino. Se revisó un total de 4.791 informes citológicos de los cuales 3.953 pertenecían a unidades de atención en zona urbana y 838 a unidades de atención de zona rural, los informes eran provenientes de tres instituciones prestadoras de servicios⁴⁰

Los resultados demostraban que la calidad del programa fue, moderadamente, satisfactoria en el ámbito estatal; la toma de las muestras se clasificó poco satisfactoria ya que sólo el 39.9% presentaba células endocervicales. Al evaluar la calidad en términos de cobertura se consideró poco satisfactoria ya que el 15.6% correspondía a mujeres entre 25 y más años que acudían por primera vez al servicio. La calidad considerada en términos de oportunidad se calificó como muy satisfactoria al tener 8.5+/-7 días hábiles entre la toma y la interpretación.

El análisis que se realizó respecto a costo / beneficio del programa de detección del cáncer Cérvicouterino en México, ⁴¹ reflejaba que los costos unitarios estimados de las actividades de programa asociado con la citología eran de \$11.6 dólares por toma y lectura, \$10.8 dólares por revisión colposcópica y, \$4.1 dólar por estudio histopatológico.

El análisis costo-beneficio realizado considera que al incrementar la cobertura en un 33.2 %, el costo total anual del programa se elevaría en una proporción similar pero sin afectar el costo de cada proceso en particular. Las conclusiones proponen elevar la calidad de la toma mediante la capacitación a la totalidad del personal en contacto con las usuarias del servicio. La precisión diagnóstica de la citología se mejoraría a través del adiestramiento técnico.

La continuidad en el tratamiento de los casos positivos representaría un aumento unitario de un dólar. Además, se sugiere incidir en la reducción de las barreras de formación y culturales, mediante actividades de promoción. Todos estos cambios incrementarían el costo actual en un 32.7%, sin embargo las propuestas de cambio generarían una relación beneficio-costo de 2 a 1 y, un beneficio neto de 88 millones de dólares para los próximos 5 años.

La investigación realizada bajo la asesoría de la Universidad de Kansas USA, sobre la variable Tiempo / costo asociada al cáncer cérvicouterino, demuestra una variación considerable de costos que oscila entre \$14.08, \$16.46 y \$19.63 dólares por visita médica, incluyendo el desplazamiento al lugar y el tiempo de ausencia en el puesto de trabajo. Las conclusiones que se infieren consideran que la oportunidad/ costo, y el tiempo / costo deben ser estudiadas y profundizadas de tal manera que se pueda identificar, medir y evaluar como barrera en la prevención y detección del cáncer cérvicouterino⁴²

El estudio realizado en la ciudad de Pelotas, Brasil en un grupo de 934 mujeres, se encontró que el 65% de las mujeres se habían realizado un Papanicolaou en los tres años anteriores a la entrevista. Esta cifra superó en mucho las estadísticas tenidas en otras regiones del país. Aún así no se alcanzaron las metas propuesta por el programa de control que en 1990 proponía metas por encima del 80% para lograr una cobertura eficaz ²¹.

Un estudio realizado en Taipei ⁴³ logró entrevistar 4,400 mujeres, se identificaron factores sociodemográficos asociados a la toma de Papanicolaou. Los resultados indicaron que el 40% de las entrevistadas jamás se habían realizado un examen de Papanicolaou y el 86% no había hecho su revisión anual. Además, estos datos relacionados con la sub-utilización del examen por las mujeres que viven en las afueras, las edades de riesgo entre 30 y 60 años, las mujeres que no

tienen un empleo asalariado, las que no están casadas o nunca han tenido una relación sexual. El mismo estudio propone tener en cuenta estos grupos y comportamientos para implementar medidas que atienden estos grupos

El estudio asesorado por el hospital de Oncología de México, ⁴⁴ reportó que de 1,215 mujeres estudiadas, el 22.5% jamás se habían realizado una prueba Papanicolaou. El 42% había empleado mal la prueba y el 35% sí había utilizado la prueba, adecuadamente. En sus conclusiones se reporta que, además de los factores socioculturales y demográficos, el poco conocimiento acerca de la prueba es un factor influyente en la baja utilización o mal uso que se tiene de este método

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar, desde el punto de vista de las usuarias, los factores socioculturales que se relacionan con la utilización/no-utilización del servicio de toma de muestra de Papanicolaou, en los sectores geográficos atendidos por el programa de extensión de cobertura, SIAS en la zona 6 de la capital de Guatemala.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar características socio demográficas relacionadas con la utilización/no-utilización del servicio de toma de muestras de Papanicolaou
- b) Determinar características socioculturales asociadas a la utilización/no-utilización del servicio de toma de muestras de Papanicolaou

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo **cualicuantitativo**, realizado en los anexos marginales de la zona 6 de la capital de Guatemala, que cuentan con servicios básicos de salud, por medio del programa de extensión de cobertura del SIAS.

4.2. Universo o población

Todas las mujeres en edades comprendidas entre 15 a 65 años de edad, según censo actualizado de octubre 2001. Esta población tiene características socio económicas semejantes, ya que se trata de habitantes de las áreas urbano marginales, ubicadas en la zona 6 de la capital. Todas estas mujeres son usuarias de los servicios básicos de salud, que provee el programa SIAS.

4.3. Sujetos de estudio

Se conformó un total de seis grupos focales de entre 7 y 16 participantes de los distintos sectores geográficos atendidos por el programa de extensión de cobertura del SIAS en los anexos marginales de la zona 6 de la capital de Guatemala. Los grupos sociales relevantes para el estudio se constituyeron como:

- ❖ Grupo focal, de mujeres líderes en la comunidad,
- ❖ Grupo focal, de mujeres organizadas como vigilantes de salud del programa de extensión de cobertura SIAS,
- ❖ Grupo focal, de mujeres usuarias de los servicios del programa de extensión de cobertura, SIAS, en los anexos marginales.

4.4. Selección y tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia, identificando informantes claves en cada sector, así como usuarias potenciales y de hecho de los servicios básicos de salud.

4.5. Criterios de inclusión

En los grupos focales participaron mujeres con edades comprendidas entre 15 y 65 años, que habitantes de los anexos marginales atendidos actualmente por el programa de extensión de cobertura del SIAS en la zona 6, de la capital de Guatemala; usuarias de los servicios básicos de salud.

4.6. Variables estudiadas:

- ❖ Factores sociodemográficos.
- ❖ Factores socioculturales.

4.7 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Características socio demográficas	Características de las usuarias desde el punto de vista social, demográfico y algunos antecedentes de su historia gineco-obstétrica	<p>Edad : 19 a 66 años</p> <p>Nivel de estudio: técnico, alfabeto, analfabeto</p> <p>Procedencia: capital, interior rural, interior urbano.</p> <p>Inicio de vida sexual activa entre 9 a 28 años</p> <p>Estado civil: casada, unida, soltera, sola, viuda</p> <p>Ocupación: oficios domésticos, trabajo informal, maquila, otros.</p> <p>Grupo étnico: indígena; ladino</p> <p>Religión : católica; protestante; no profesa</p> <p>Número de hijos: 0 - 1; 2 - 3; 4 a más.</p> <p>Número de compañeros uno, dos, tres o más</p> <p>Utilización de Papanicolaou: Si; No</p> <p>Periodicidad de uso: De 3 meses a 1 año De 2 a 3 años De 4 a 5 años Mayor de 5 años</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p>	Nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Características socioculturales	conocimientos actitudes y prácticas que manifiestan las mujeres que consultan los servicios de salud, respecto al Papanicolaou	Mediante la guía de discusión del grupo focal se investigará: CONOCIMIENTOS Conjunto de ideas y conceptos que logran definir el contenido de la prueba de Papanicolaou, su uso y recomendaciones en salud. ❖ Definición Conceptual ❖ Conocimiento de uso. ❖ Conocimiento práctico. ❖ Destinatarios; ❖ Frecuencia y periodicidad de uso. ❖ Requerimientos de uso (edad, prescripciones, procedimientos) ACTITUDES Conjunto de disposiciones manifestadas en sentimientos, de preferencia, o rechazo; respecto a la utilización del Pap. ❖ Opinión ❖ Preferencias ❖ Rechazos ❖ Barreras ❖ Facilitadores PRÁCTICAS La frecuencia y periodicidad que las participantes tienen respecto a la utilización del Papanicolaou ❖ Realización / no-realización del Papanicolaou ❖ Frecuencia ❖ Periodicidad	cuantitativas	Nominal

4.8. Instrumentos

Se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos:

- 1) instrumento de recolección de datos sociodemográficos. Éste incluye preguntas sobre datos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos de cada usuaria. (Ver anexo no. 1)
- 2) guía de discusión de grupo focal. Contiene una serie de preguntas de final abierto, explorando los conocimientos, actitudes y las prácticas de las usuarias, sobre el tema de investigación. Las preguntas de final abierto han permitido profundizar en los puntos de vista y opiniones expresadas por las participantes, generando las llamadas categorías emergentes.

4.9 Técnica

Se utilizó la técnica de investigación cualitativa de grupo focal. Se reunió un grupo de informantes (entre 6 y 12 personas), guiadas por una persona facilitadora o moderadora. Las participantes, una a una, hablan libre y espontáneamente acerca del tema considerado importante en la investigación.

La ventaja de la conformación de los grupos focales, consiste en la posibilidad de interacción entre los participantes que permiten obtener respuestas o reflexiones no proporcionadas con otras técnicas de investigación.

4.10. Procedimientos para la recolección de información.

Coordinaciones con autoridades comunitarias y de salud

El Trabajo de campo se realizó de la siguiente manera: una primera coordinación con la Dirección del Centro de Salud de la zona y la persona responsable de la ONG prestadora, que tiene a su cargo el programa SIAS de la zona 6. Luego de la autorización se realizaron otras dos coordinaciones, una con la Facilitadora Institucional y las guardianas de salud, otra con el comité pro-desarrollo comunitario de algunos de los sectores investigados.

Aplicación de prueba piloto

Se elaboró un cronograma de trabajo el cual se comunicó a las personas responsables. Se aplicó una prueba piloto, validando los instrumentos de recolección de información y la técnica de investigación.

Para la prueba piloto se convocaron con invitación verbal y escrita, un total de 12 mujeres. Acudió a la convocatoria, un total de ocho. Se inició la sesión de prueba piloto colocando un gafete distintivo con el nombre de cada asistente. Dos personas entrenadas llenaron la hoja de datos sociodemográficos de cada participante. La persona facilitadora explicó ampliamente el objetivo de la investigación y la técnica de los grupos focales. Se ensayó el uso de la grabadora, la modulación y el tono de voz; luego, se desarrolló la sesión como grupo focal que duró cerca de 90 minutos.

Correcciones, luego de realizar la prueba piloto

1. Ajuste de la hoja de datos con preguntas faltantes referidas a la historia ginecológica de las entrevistadas.
2. Pruebas preliminares con la grabadora para procurar aislamiento de ruidos y obtener mejores grabaciones.
3. Implementación de la hoja escrita de consentimiento informado

Desarrollo de los grupos focales

Se desarrolló un total de 6 discusiones de grupo focal durante los meses de marzo y abril de 2002. Del total de sesiones, cuatro se realizaron en los sectores donde habitan las usuarias y dos en una institución prestadora de servicios de salud. Los grupos focales tuvieron un rango de asistencia que osciló, entre siete y dieciséis participantes.

Al iniciar cada grupo se explicó ampliamente acerca de los objetivos y la técnica de investigación. Se leyó y explicó detenidamente la hoja de consentimiento informado y se obtuvo la autorización escrita de cada participante. A continuación se aplicó la hoja de datos a cada participante, pasando luego a la discusión de grupo siguiendo la hoja guía temática. Se realizaron las sesiones de forma semanal en días y horas adecuadas a cada sector y grupo participante. Cada sesión duró entre 90 y 120 minutos.

Elaboración de diario de campo

Se elaboró un diario de campo, en donde se anotaron las observaciones e impresiones de cada sesión de grupo focal y otros aspectos relacionados con la recolección de la información.

4.11. Procesamiento de datos

Teniendo presente que el estudio realizado es de tipo descriptivo **cualicuantitativo**, se obtuvieron resultados cuantitativos y cualitativos, los cuales se analizaron en dos fases y, dos métodos distintos de análisis.

a) Análisis de datos cuantitativos sociodemográficos

La información cuantitativa obtenida en la hoja de datos sociodemográficos se procesó en paquete estadístico EPINFO 6-4. Se generaron tablas de frecuencia y cruce de datos, teniendo en cuenta los objetivos planteados. Se procedió al análisis de cada tabla haciéndose las interpretaciones pertinentes y la comparación con hallazgos obtenido en otros estudios.

b) Análisis de datos cualitativos socioculturales

Se hizo transcripción textual de las respuestas obtenidas en cada grupo focal y registradas en las cintas magnetofónicas. Para las transcripciones se utilizó el procesador de palabras *Word v. 2000*; luego, los documentos se convirtieron al sistema archivo de texto, para ser leídas en el programa *Ethnograph versión 5.0*.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el estudio y el volumen de información que proporcionaron las informantes, se hizo una primera reducción de datos, considerando las categorías de **conocimientos, actitudes y prácticas**. Además de estas tres categorías previamente definidas, se detectaron tres categorías emergentes, dos de ellas relacionados con la organización de los servicios y otras referidas a los aspectos culturales relacionados, sobre todo, con la sexualidad y el cuerpo de la mujer, definiéndolos como: **prejuicios culturales, accesibilidad y calidad de los servicios**.

Se hizo una primera lectura global de las respuestas, esto permitió identificar y generar la familia de códigos. La relectura de los datos permitió identificar las categorías emergentes generando nuevos códigos, lo que llevó a la reducción de toda la información. (Ver anexo 3)

Se utilizó el programa *Ethnograph versión 5.0*, para el análisis de los datos, aplicando los códigos definidos previamente y las categorías emergentes. Luego de la aplicación de códigos, se diseñaron los cuadros para presentar la información cualitativa y continuar el proceso de análisis y discusión de resultados.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Considerando las variables definidas para el estudio de factores sociodemográficos y factores socioculturales, se presentan por medio de tablas estadísticas, cuadros y gráficos, los resultados obtenidos en los seis grupos focales.

Las respuestas de las usuarias se agruparon mediante dos apartados. El primero se refiere a los **datos cuantitativos**, en éste se recoge la caracterización sociodemográfica y gineco-obstétrica de las usuarias, relacionándolas con la utilización/no-utilización del servicio de toma de muestras de Papanicolaou. El segundo apartado se refiere a los **datos cualitativos** obtenidos a partir de la guía temática de entrevista en los grupos focales que explora los factores socioculturales relacionados con la utilización/no-utilización del servicio de Papanicolaou. En este segundo apartado los datos se han ordenado en cinco acápites: conocimientos, actitudes, prácticas, razones culturales, razones acerca de la calidad y razones acerca de la accesibilidad de los servicios de salud, todos relacionados con la utilización/no-utilización del servicio de toma de muestra de Papanicolaou.

5.1 Características sociodemográficas

Tabla N° 1.

Distribución según edad, escolaridad y procedencia de las mujeres participantes en grupos focales sobre la "Utilización del Papanicolaou en áreas urbano marginales atendidas por el programa de extensión de cobertura SIAS".
Guatemala, de 2002.

Característica demográfica	Frecuencia	%	Utilización del Papanicolaou	
			Sí	no
Edad				
19 a 30	19	29.1	13	6
31 a 42	34	50.6	26	8
43 a 54	8	5.2	7	1
55 a 66	5	7.6	4	1
Total	65	100	50	16
Nivel de estudio				
Analfabeta	34	51.5	23	11
Alfabetizada	29	43.9	24	5
Técnico	03	4.5	3	0
Total	66	100	50	16
Procedencia				
Capital	39	58.5	33	6
Interior rural	12	18.5	7	5
Interior urbano	15	23.1	10	5
Total	65	100	50	16

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

Respecto a la edad, se encontró que el 50.6% de las participantes estaba en el grupo comprendido entre 31 a 42 años; el 29% era de menores de 30 años; y el 12% mayor de 42. Al relacionar el factor edad con la variable utilización/no-utilización del Papanicolaou, se encontró que en las mujeres con edades comprendidas entre 19 a 30 años, 1 de cada 2.1 nunca se había realizado la prueba de Papanicolaou; en el grupo de 31 a 42 años la proporción era de 1 por cada 3.25 mujeres; en el grupo de 55 a 66 años de edad la proporción era 1 de cada 4 mujeres; mientras que en el grupo de 43 a 54 años, solamente 1 de cada 7 no se había hecho nunca una prueba de Papanicolaou.

Respecto al nivel de estudios se encontró que el 51.1% se catalogaba como analfabeta. El 48.4% había alcanzado algún grado académico de los cuales el 4.5% tenía el nivel técnico y el resto se catalogaba como alfabetizado. Al relacionar el nivel de estudios con la variable utilización/no-utilización del Papanicolaou, se encontró que el 100% de las mujeres que había alcanzado un nivel técnico sí, se habían realizado el Papanicolaou, al menos una vez en su vida. En el grupo de las usuarias, catalogadas como alfabetas, la proporción de no-utilización fue de 1 por cada 4.8; en el grupo de mujeres analfabetas se encontró que 1 de cada 2 mujeres no se había realizado nunca una prueba de Papanicolaou.

Según el lugar de procedencia de las usuarias, se encontró que el 58.5% era de la capital; el 23.1% del interior urbano y el 18.5% del interior rural. En la relación utilización/no utilización del Papanicolaou, se encontró que en el grupo procedente de la capital, 1 de cada 5.5 de mujeres no se había realizado nunca la prueba de Papanicolaou y, en el grupo del interior urbano, la proporción fue de 1 por cada 2 mujeres; en el interior rural, la relación fue 1 de cada 1.4 mujeres.

Tabla N° 2.
Distribución según estado civil, ocupación, etnia y religión de mujeres participantes en grupos focales sobre la "Utilización del Papanicolaou en áreas urbano marginales atendidas por el programa de extensión de cobertura SIAS".
Guatemala abril de 2002

Característica sociológica	Frecuencia	Porcentaje	Utilización del Papanicolaou	
			Sí	No
Estado civil				
Casada	32	48.5	21	11
Unida	24	36.4	20	4
Soltera	6	9.1	5	1
Sola	1	1.5	1	0
Viuda	3	4.5	3	0
Total	66	100	50	16
Ocupación				
Oficios domésticos	57	86.4	43	14
Trabajo informal	3	04.5	3	0
Maquila	2	03.0	1	1
Otros	4	06.1	3	1
Total	66	100	50	16
Etnia				
Indígena	6	9.09	3	3
Ladino	60	90.90	47	13
Total	66	100	50	16
Religión				
Católica	44	67.7	35	9
No profesas	5	7.6	2	3
Protestante	17	25.8	13	4
Total	66	100	50	16

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

Respecto al Estado civil de las usuarias se encontró que el 48.5% era casado, el 36.4% unido, lo que significa que el 84.9% mantiene una relación de pareja estable, frente al 15% que se encuentra sin pareja, por ser viudas (4.5%), madres solteras (9.1%) o no haber tenido nunca pareja sexual (1.5%). Al relacionar este factor con la utilización/no-utilización, en el grupo de mujeres casadas se encontró que una de cada 1.9 que no se había realizado el Papanicolaou; en las mujeres de unión libre la proporción fue 1 de cada 5, mientras que en el resto 1 de cada 9. Significa que las mujeres de unión libre y las que están solas han utilizado, en mayor proporción, el servicio de Papanicolaou que las mujeres casadas.

Respecto de la Etnia, los grupos predominantes fueron ladinos e indígenas, siendo 90.9% y 9.09%, respectivamente. En el grupo de mujeres ladinas, la proporción de no-utilización del Papanicolaou fue de 1 mujer por cada 3.6 mujeres que no lo utilizó, y en el grupo de las indígenas la utilización/no-utilización de Papanicolaou fue de 1 a 1.

Respecto a la Religión, se encontró que el 67.7% era católico; 25.8% protestante y 7.6 no profesaban ninguna religión. La razón de no-utilización encontrada en las mujeres católicas fue de 1 por cada 3.8 que sí lo utilizaron; y, de 1 por 3.2 protestantes.

Tabla N° 3

Distribución según números de hijos, número de compañeros sexuales e inicio de vida sexual activa, de mujeres participantes en grupos focales sobre la "Utilización del Papanicolaou en áreas urbano marginales atendidas por el programa de extensión de cobertura SIAS".

Guatemala Abril de 2002

Antecedentes Gineco-obstétricos.	Frecuencia	Porcentaje	Utilización del Papanicolaou	
			Sí	No
Número de hijos				
0 - 1	23	34.8	15	08
2 - 3	11	16.6	06	05
4 a más	32	48.3	29	03
Total	66	100	50	16
Número de compañeros				
Uno	42	63.6	29	13
Dos	19	28.8	16	3
Tres o más	05	7.6	05	0
Total	66	100	50	16
Inicio de vida sexual activa				
De 9 a 12 años	3	4.5	02	1
De 13 a 16	41	62.0	33	8
De 17 a 20	4	6.0	03	1
De 21 a 24	15	22.7	10	5
De 25 a 28	3	4.5	02	1
Total	66	100	50	16

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

Respecto a los antecedentes gineco obstétricos como factores de riesgo para la incidencia de CaCu, se encontró que el 34% de las mujeres había tenido un hijo; el 16% entre 2 y 3; y el 64% tiene entre 4 y más hijos. En el grupo de mujeres que ha tenido 4 y más hijos, la no-utilización fue de 1 por cada 9.6 mujeres; mientras que en los grupos de cero a 1 hijo, y, de 2 a 3 hijos, la no-utilización fue de 1 por cada 1.8 y de 1 por cada 1.2 mujeres, respectivamente.

Del total de entrevistadas se registró que, el 63% ha tenido un compañero sexual; el 28% ha tenido dos compañeros sexuales y el 7% ha tenido 3 o más compañeros sexuales. En la relación utilización/no-utilización Papanicolaou, se encontró que las mujeres que refieren haber tenido 3 a más compañeros sexuales, el 100% de mujeres se ha hecho al menos una vez en su vida una prueba de Papanicolaou; en el grupo de mujeres que solamente ha tenido un compañero sexual, se encontró que por cada 2.2 mujeres que se había realizado un examen de Papanicolaou, había una que nunca se lo habían hecho; en el grupo de mujeres que ha tenido dos compañeros sexuales se registró que 1 por cada 5.3 mujeres no se había realizado la prueba de Papanicolaou. Lo que significa que las mujeres que han tenido una vida sexual promiscua han utilizado más el servicio de toma de Papanicolaou.

Respecto al inicio de la vida sexual, cerca del 22% inició la actividad sexual en las edades comprendidas entre 21 y 24 años; más del 66% inició su vida sexual entre los 10 y 16 años. Al relacionar estos datos con la utilización / no-utilización se encontró que, 1 de cada 9.6 de las multiparas utilizó más el servicio en una proporción de 9.6 a 1, frente a las mujeres que tenían de 0 a 3 hijos cuya proporción se registra de 1.5 a 1. Las mujeres que han tenido más de un compañero sexual y las que iniciaron su vida sexual antes de los 20 años, han registrado una mayor utilización del servicio de Papanicolaou.

Tabla N° 4.

Distribución según uso y frecuencia de Papanicolaou, de mujeres participantes en grupos focales sobre la "Utilización del Papanicolaou en áreas urbano marginales atendidas por el programa de extensión de cobertura SIAS".

Guatemala abril de 2002.

Antecedentes gineco-obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
Utilización de Papanicolaou		
Sí	50	75.8
No	16	24.2
Total	66	100
Periodicidad de uso		
De 3 meses a 1 año	14	31.8
De 2 a 3 años	17	38.6
De 4 a 5 años	9	20.4
Mayor de 5 años	10	9.9
Total	50	99.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

Respecto a la utilización/no utilización, del total de entrevistadas, el 75% sí había realizado, al menos, una vez en su vida una prueba de Papanicolaou. De este total solamente el 31.8% se había hecho controles con una periodicidad, entre tres meses y un año hasta la fecha de entrevista; frente al 68% que se había realizado exámenes de Papanicolaou entre 2 y más años.

5.2. Características socioculturales relacionadas con la utilización/no-utilización

De acuerdo con la guía de grupos focales, que tuvo como base explorar las dimensiones de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la utilización del servicio de Papanicolaou, se propusieron preguntas de final abierto, y se fueron introduciendo otras preguntas, a fin de profundizar en el contenido de las respuestas que las participantes respondían en sus intervenciones. Esto permitió reconocer tres nuevas dimensiones denominadas como razones culturales, razones sobre la accesibilidad y razones acerca de la calidad de los servicios de toma de muestra del Papanicolaou.

Cuadro N° 1
Conocimientos acerca del examen de Papanicolaou, que tienen las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS de los anexos marginales de la zona 6.
Guatemala, 2002.

Conocimientos acerca de la utilización del Papanicolaou.	
Preguntas	Respuesta
	"no sé que es..."
	"no le sabría decir realmente qué es, porque nunca me lo he hecho..."
	"yo nunca me lo he hecho..."
	"que es un aparato que le meten a uno en la vagina..."
	"Creo que es una enfermedad...."
	"es un examen vaginal..."
¿Sabe qué es el Papanicolaou?	"es un examen que uno se hace digamos cada año, para ver si uno tiene algo en la matriz..."
	"es un examen muy bueno y es para saber si uno tiene algún tipo de enfermedad..."
	"es un examen que le hacen a uno vaginal para ver si tiene alguna enfermedad en la matriz o en los ovarios..."
	"Es un examen importante para ver si uno tiene una enfermedad venérea o cáncer..."
	"es un examen ginecológico que sirve para detectar un cáncer o, tal vez, una úlcera o, sea que es un examen que uno se tiene que hacer para detectar una enfermedad..."

¿Sabe para qué sirve el Papanicolaou?	"para que no le dé cáncer a uno y no le quiten la matriz, así le dicen los doctores a uno, si no sirve, se la quitan..." "Para ver si uno está enfermo de algo..." "para prevenir el cáncer..." "para saber si uno tiene el cáncer..." "es un examen bastante importante para uno de mujer, porque allí es como le ven como está su matriz de uno, analizar si está bien o empieza ya alguna infección leve o crónica..."
¿Sabe cuántas veces hay que hacerse el Papanicolaou?	"una vez al año..." "Dos veces al año. Para estar más seguro si uno está sano..."
¿Usted sabe si existe alguna recomendación para hacerse el Papanicolaou (edad, sexo, condición fisiológica, virginidad etc.)?	"desde que uno empieza a tener hijos..." "supongo que cuando uno ya ha tenido sus hijos tienen que irse a ver como está, puede ser que desde los 30 años en adelante, digo yo..." "que se tiene que ir uno bien bañada..." "tres días después de estar uno menstruando, hay que hacérselo..." "Después de la menstruación; diez días después me ha dicho el médico porque si no sale malo..." "no haber tenido relaciones sexuales el día anterior y estar bañada..." "ir con vestido no con pantalón..."
¿Qué dicen otras mujeres respecto al Papanicolaou?	"por el miedo, pues que dicen que donde le meten esa cosa, le duele, dicen..." "Por el miedo que le pueden lastimar o por vergüenza de los doctores, específicamente la mayoría piden doctoras."

<p>¿Usted piensa que cualquier persona (mujer) se puede hacer el Papanicolaou? ¿Por qué?</p>	<p>"Yo me imagino que, media vez uno tiene hijos tiene problemas de cáncer ya, porque ya la matriz está desecha, ya tiene uno problemas, aunque tenga uno pocos o un hijo tiene riesgo..."</p> <p>"el Papanicolaou se puede hacer cuando tiene su primer hijo..."</p> <p>"Una mujer que no ha tenido relaciones no, porque nunca ha tenido marido ¿cómo podría resultar ella con alguna enfermedad en la matriz?..."</p> <p>"Después que empiezan las relaciones sexuales..."</p> <p>"Cuando uno empieza a tener relaciones sexuales con una persona tenga o no tenga hijos, y después de tener su primer bebé también y después de cada año..."</p>
<p>¿Quién le ha hablado / informado sobre el Papanicolaou?</p>	<p>"Yo lo aprendí por medio de la prensa, allí sale mucha información para la familia especial la salud..."</p> <p>"Por medio a doña Esperanza que me contó de una señora que estuvo viviendo aquí con nosotras también, que le cayo cáncer en la matriz..."</p> <p>"Yo por ejemplo, lo escuché en radio estrella. Hay una clínica, que dice clínica de la mujer. Radio estrella da la dirección, que es importante hacerse el Papanicolaou..."</p>
<p>¿Sabe si existe algún lugar cerca de su casa para hacerse el Papanicolaou? ¿Cuál? ¿Qué tan cerca?</p>	<p>"Hace poco, no sabía yo, que por parte del centro de salud lo hacían, yo pensé que sólo en hospital lo hacían pero no; hace como 3 meses que le dijo una guardiana que aquí lo venían hacer..."</p> <p>"Yo no sabía que lo hacían aquí. Pero me lo he hecho en otras partes, con particulares..."</p> <p>"Yo me lo hago en el IGSS. La última vez fue en enero..."</p> <p>"me lo hice una vez (en el SIAS) pero tuve que hacérmelo otra vez porque no encontraron los resultados..."</p> <p>"Una vez en el programa SIAS y después en el hospital general. No me entregaron el resultado..."</p> <p>"yo me lo hice aquí la primera vez que lo hicieron, y pasó lamentablemente lo mismo..." (no entregaron el resultado).</p>

FUENTE: Grupos focales Informantes, Zona 6, Guatemala 2002

El aspecto referido al **conocimiento** fue definido como *Conjunto de ideas y conceptos que logran definir el significado de la prueba de Papanicolaou, su uso y recomendaciones en salud. Ha sido el*

que más tiempo y fácilmente abordaron las entrevistadas. Según la codificación utilizada, se detectan además aspectos relacionados con cantidad y calidad de la información y conocimiento.

Respecto a la cantidad de conocimiento, la información sobre el Papanicolaou varía desde lo que se puede catalogar como desinformación total, "No sé qué es, nunca me lo he hecho..."; pasando por una vaga referencia "es un aparato que le meten a uno en la vagina..."; llegando hasta un conocimiento teórico y práctico del examen como detección de células pre-cancerosas y cancerosas. Esto último es referido por el grupo de mujeres que han sido capacitadas como guardianas de salud dentro del programa de Extensión de Cobertura SIAS. En algunas entrevistadas se encontró una definición práctica a partir del uso, la frecuencia, periodicidad y recomendaciones técnicas acerca del examen de Papanicolaou.

Al abordar la adquisición del conocimiento a través de algún medio informativo o personas se encontró que entre las personas informantes con frecuencia ha sido el médico durante la atención del parto; la enfermera, la vecina, el esposo o compañero, la comadrona. Algunas entrevistadas afirmaron haber obtenido esa información o conocimiento, en los medios de comunicación como la radio o en alguna capacitación como promotoras de salud.

Respecto a los establecimientos de Salud donde acuden para obtener el servicio, de Papanicolaou, el más frecuente suele ser el hospital y, esto solamente se da al momento de asistir a su parto. Otros centros son: la Asociación pro familia (APROFAM), a este lugar acuden regularmente en demanda de anticonceptivos. El Dispensario San José un centro de atención en salud de bajo costo; y, el programa de extensión de cobertura, SIAS cuando capacita a las vigilantes de salud o cuando cada promotora de salud invita a la comunidad a asistir a consulta el médico ambulatorio.

Al explorar la calidad de la información recibida, muchas se limitan a responder que el Papanicolaou, solamente se realiza después que una mujer ha tenido relaciones o cuando ha tenido su primer hijo. Otro grupo es capaz de enumerar algunas recomendaciones y técnicas básicas, leídas o escuchadas a través de alguna propaganda o algún educador de salud.

Se profundizó además en el conocimiento que el grupo tenía acerca de los centros donde se presta el servicio de toma de muestra. Muchas de ella desconocían, la presencia del servicio SIAS y, por tanto, también la prestación de dicho servicio. Otras desconocían que el Centro de Salud también proporciona este servicio sin costos.

Cuadro N° 2

Actitudes sobre el examen de Papanicolaou, que tienen las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS de los anexos marginales de la zona 6.
Guatemala, 2002.

Actitudes respecto a la utilización del Papanicolaou

Preguntas	Respuestas
¿Se haría, usted un Papanicolaou? ¿Por qué?	"No, porque da vergüenza; yo aquella vez me lo iba a hacer, pero cuando iba a entrar mejor me salí, no tenía valor. Me ponía nerviosa, tenía mucho temor, porque digo yo... Como yo tengo la "tecu", de repente me van a decir que tengo cáncer. Por eso me volví a salir..." "Yo no me lo hago, porque no quiero hacérmelo. -¿y por qué no se lo hace? - por vergüenza como dicen..."
¿Qué piensa de las mujeres que se hacen el Papanicolaou? ¿Por qué piensa así?	"a veces no le dan importancia a eso, uno dice, ah ya fui una vez, no creo que esté mala, porque como uno se siente bien, uno va a esas cosas cuando se siente mal..."
¿Qué piensa de las mujeres que no se hacen el Papanicolaou? ¿Por qué?	"porque son dejadas, no se preocupan por su salud, ni por sus hijos que..." "Allí si que es una falta de responsabilidad de uno, porque póngale, yo quiero estar, bien tengo (que hacer el examen); pero si yo quiero estar mal toda la vida quejándome, no le pongo importancia en mi cuerpo, es que no me estoy queriendo, no me amo yo misma..."
Si pudiese escoger a la persona que le hiciera el examen de Papanicolaou ¿a quien elegiría? ¿Por qué?	"Pienso que si sería bueno que hubiera a cargo de estos servicios mujeres nada mas, para que uno sienta más confianza..." "Yo creo que cuando tenga que hacerme el Papanicolaou tengo que pasar con la doctora por no pasar vergüenza. También porque somos iguales..." "Porque uno se pone tenso que es un hombre, no es como cuando es una doctora, uno agarra confianza..." "¿Y si fuera con una mujer? - quizás hubiera más confianza, porque lo mismo tiene ella que nosotras..."
¿Qué pensó antes de hacerse el Papanicolaou? ¿Por qué?	"Yo no pienso en la vergüenza, sino en el miedo que me vaya a doler, como los doctores ya están acostumbrados a ver eso, tantas personas que llegan ¿verdad?, y ese es su trabajo, ellos ya están acostumbrados..."

¿Cómo se sintió cuando le hicieron el Papanicolaou? ¿Por qué?	"Sentí vergüenza..." "me sentí mal..." "Me sentí bien porque a veces uno tiene curiosidad si uno está mal o el esposo le puede pegar una enfermedad". "adolorida..." "Un poco incómodo. Porque siente uno que le dejan un dolorcito así en su matriz, en su vagina..."
	"Mal y con vergüenza. Porque hay doctores que lo agarran con cuidado a uno y otro sin lástima..." "Un poquito de dolor sentí en la matriz...". "fue normal, no doloroso..." "yo no he sentido ninguna molestia, ni la primera ni las demás veces....." "sólo vergüenza al momento..."
¿Qué sienten algunas mujeres respecto al Papanicolaou?	"La verdad es que a muchas mujeres nos da vergüenza". "Se tiene miedo, porque sólo de pensar donde va a ser, agarran nervios; pero ya cuando sé está en el puesto no hay nada que temerle....."

FUENTE: Grupos focales, Zona 6, Guatemala 2002

En el presente estudio se definen como actitudes, al conjunto de disposiciones adquiridas que llevan a las mujeres entrevistadas a reaccionar negativa o positivamente ante la toma de muestra del Papanicolaou. En este acápite sólo se tienen en cuenta las respuestas verbales, por tanto, no se exponen las respuestas transmitidas a través de un lenguaje corporal, como rubicundez de cara, frotación rápida de manos, sonrisa maliciosa, bajar la cabeza para no tener que responder etc.

Con el calificativo de actitudes negativas se agrupan vocablos más frecuentemente expresados tales como: "vergüenza", con este término las entrevistadas intentan definir la razón por la cual no se realizan el examen, o, el sentimiento que experimentan antes, durante y después de la realización de la prueba.

Otras emplearon la palabra "dejadez", para significar la poca preocupación que algunas tienen respecto a su salud, o, la poca responsabilidad de cara a los compromisos familiares de crianza de los hijos, si no cuidan su salud. En otro momento la palabra "dejadez" fue empleada como sinónimo

de falta de entereza, o, poca capacidad para superar la vergüenza que provoca la realización de este examen.

Un tercer término empleado es el "miedo", éste puede tener un doble significado. El miedo a obtener un resultado positivo de cáncer de Cérvix o el miedo a que la técnica de realización del examen sea algo doloroso y en última instancia, traumático desde el punto de vista psicológico.

Con el calificativo de actitud positiva se han colocado frases como, "Pienso que sí sería bueno que hubiera a cargo de estos servicios mujeres nada mas, para que uno sienta más confianza...".

Muchas usuarias opinaron tener preferencia por un examinador femenino frente al masculino, aduciendo igualdad de sexo frente a otra mujer debido a la semejanza corporal y a la confianza que inspira el tener el mismo sexo. Así mismo, se demuestra menos preferencia por el examinador masculino debido a que se tiene información o experiencia personal de abusos sexuales de parte de examinador masculino. Además de estas expresiones, se encuentran otras que denotan una actitud positiva frente a la utilización del Papanicolaou.

Cuadro 3.

Razones culturales sobre la utilización/no-utilización del examen de Papanicolaou que expresan las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS, de los anexos marginales de la zona 6. Guatemala, 2002.

Razones culturales sobre el Papanicolaou	
Pregunta	Respuestas
Parece que algunas señoras grandes no se han hecho nunca el Papanicolaou ¿qué opinan al respecto?	<p>"Antes no se oía eso de cáncer como se oye ahora, mi mamá así decía, ni me lo he hecho, ni me lo hago, ahora sólo eso es; pero es que ahora es otro tiempo, ya no es el tiempo de antes lo digo..."</p> <p>"es la cultura que nos han enseñado, porque desde pequeñas nos enseñan a ocultar nuestras partes privadas..."</p> <p>"Es parte de su cultura, aparte de eso nos enseñan pudor, ahora bien que si a nosotras nos dicen ese examen hay que hacerlo, hay que hacerlo..."</p>
Si una mujer no ha tenido nunca relaciones sexuales, ¿se puede hacer el Papanicolaou?	<p>"No porque no ha tenido sexo..."</p> <p>"Después de casada; cuando se inicia la actividad sexual..."</p> <p>"yo pienso que no, porque cuando una persona es niña, pues un examen de esos, digo yo que la daña..."</p> <p>"no, porque como dice doña Carmen, digo yo que la lastiman, porque está niña (virgen)..."</p> <p>"yo digo que no..."</p> <p>"Yo digo que sí, porque yo he estado mala este tiempo atrás tenía un tumor canceroso y en el examen de Papanicolaou me dijeron. Y tengo para once años que murió mi esposo..."</p>
¿Se puede hacer el Papanicolaou a cualquier edad o hay algún impedimento?	<p>"yo digo que la edad no importa, después de tener relaciones yo creo..."</p> <p>"Cuando la patoja ya tiene su esposo, porque niña no creo que se pueda..."</p>
¿Qué dicen los hombres cuando su esposa o compañera se quiere hacer o se hace el Papanicolaou?	<p>"Dice, -¿pero por qué tenés que ir por fuerza con él? ¿No hay alguna mujer que te lo haga?, porque a mí eso no me da mucha confianza- me dice..."</p> <p>"¡Este!, Nos da vergüenza a nosotras y los hombres se ponen celosos..."</p>

<p>Hay otras mujeres que no les importa hacerse el examen con un hombre, ustedes, ¿qué opinan de eso?</p>	<p>"Uno que no le gusta que la estén viendo los hombres pues le da vergüenza, pero hay mujeres que no les da vergüenza, más bien les gusta enseñar sus partes íntimas. Pero uno no, pienso yo que le da tanta vergüenza porque no está acostumbrado..."</p> <p>"Lo mismo, que si uno no tiene costumbre de andar que un hombre y otro lo esté viendo a uno sino supuestamente un hombre le ha dado Dios a uno, con uno tiene que estar. Entonces, por eso es que le da vergüenza a uno que otro hombre lo este viendo..."</p>
<p>Algunas mujeres prefieren hacerse el Papanicolaou con una mujer. Ustedes ¿qué opinan al respecto?</p>	<p>"ah, yo pienso que talvez una mujer porque hay mas confianza, y siento mas confianza con una mujer que con un doctor". ...</p> <p>"porque siendo ella, su cuerpo es igual que el mio, ella no tendrá nada nuevo que observar, ni nada que yo pueda sentir que me esta viendo de una forma morbosa..."</p> <p>"una mujer, porque somos iguales..."</p> <p>"una mujer, porque la vez pasada me di yo cuenta de que aquí vino una persona y dice que era un doctor que se lo hizo y que, y la pobre se puso angustiada porque se salía y regresaba otra vez, se salía y regresaba otra vez porque como si él mas bien quería estarte viendo..."</p> <p>"Da vergüenza a que otro hombre que no es su marido las mire..."</p> <p>"Porque los hombres son abusivos, y no sabemos... Hablaban en lengua y se estaban riendo, a lo mejor estaban haciendo chiste sobre mi cuerpo,</p> <p>"Yo me siento mal. He estado oyendo que el doctor es como abusivo, y es el único que tenemos en la aldea..."</p>

FUENTE: Grupos focales, Zona 6, Guatemala 2002

En el proceso de profundización sobre el tema a través de los grupos focales, se obtuvieron respuestas que se enmarcan dentro de un componente cultural de género, estas respuestas han sido enmarcadas bajo el término **razones culturales**, y, son expresiones que denotan **hábitos, creencias respecto a la sexualidad, el uso del cuerpo, la virginidad y la determinación del hombre sobre el cuidado de la salud de la mujer.**

Algunas entrevistadas afirman que las mujeres de mayor edad no se hacen el Papanicolaou debido a una cuestión de costumbre y conocimiento acerca del cáncer de Cérvix. Muchas de las entrevistadas relacionan la baja utilización con prejuicios culturales, una visión patriarcal en donde el cuerpo y la sexualidad de la mujer son considerados un tabú algo de lo que no se debe hablar y menos exponer a otra persona que no sea la propia pareja sexual.

"Lo mismo, que si uno no tiene costumbre de andar que un hombre y otro lo esté viendo a uno sino supuestamente un hombre le ha dado Dios a uno, con uno tienen que estar. Entonces, por eso es que le da vergüenza a uno que otro hombre lo esté viendo..."

Otras entrevistadas afirman que la mujer que no ha tenido relaciones sexuales no debe hacerse el Papanicolaou. En este caso las razones son de dos tipos: La primera se refiere a la técnica del examen, que haría perder la virginidad por la ruptura del himen. "...Yo pienso que no, porque cuando una persona es niña, pues un examen de eso, digo yo que la daña...". Se considera que conservar la virginidad como parámetro de la valía de una mujer, es más importante que realizar una prueba de Papanicolaou. La segunda razón se relaciona con el conocimiento sobre el uso del Papanicolaou, ya que afirman que, si una mujer no ha tenido nunca relaciones no tiene porque tener alguna enfermedad vaginal, incluyendo el cáncer de Cérvix.

Una razón más, se relaciona con la opinión del marido o pareja sexual. Algunos de ellos demuestran celos y desconfianza ante la posibilidad de que la mujer sea examinada por otro hombre. "...Dice, -¿pero por qué tenés que ir por fuerza con él? ¿No hay alguna mujer que te lo haga?, Porque a mí eso no me da mucha confianza- me dice..." Sin embargo, algunos maridos animan a las mujeres a realizarse el examen, siempre que puedan estar seguros de que la persona que examina es una mujer.

Otra razón se relaciona con la visión tabuística respecto al cuerpo y sexualidad de la mujer. El cuerpo considerado como fuente de pecado, debe ser ocultado. Al decir de algunas, mostrar o exponer el cuerpo a otro que no sea el marido, sólo denota poco pudor y deshonor en la mujer.

"...Uno que no le gusta que la estén viendo los hombres pues le da vergüenza, pero hay mujeres que no les da vergüenza, más bien les gusta enseñar sus partes íntimas.

Cuadro No. 4.

Opiniones acerca de la accesibilidad del servicio de toma de Papanicolaou, según las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS, de los anexos marginales de la zona 6. Guatemala, 2002

Opiniones sobre la accesibilidad de los servicios de toma de muestra de Papanicolaou	
Preguntas	Respuestas
¿Alguna de ustedes se ha realizado el Papanicolaou aquí en el servicio de SIAS?	<p>"En agosto, aquí en el puesto de Próspero Penados..."</p> <p>"Yo me he hecho como dos veces con la doctora..."</p>
¿Usted por qué no se lo ha hecho aquí con la doctora?	<p>¡Ah!, porque hay unas mujeres que no están cuando llega el médico..."</p> <p>"sí, eso ha pasado conmigo, en la tarde sí, a esta hora estoy..."</p> <p>"Yo no me lo hice allá, porque las dos veces que bajaron allá, pues yo no estaba en condición de hacerlo, como eso es 8 días o días después que uno tiene su regla..."</p> <p>"porque no tengo tiempo, y cuando ha venido la doctora aquí he andado mala, por eso es que no me lo he hecho....."</p> <p>"yo si ni cuenta me di, yo trabajo, vengo tarde..."</p> <p>"No me lo he hecho con la doctora, porque cuando ella ha venido no estoy yo. No porque yo trabajo de lunes a viernes. Solo estoy sábado y domingo..."</p>
¿Qué opinan ustedes del costo que tiene el examen de Papanicolaou, en algunos lugares?	<p>"A veces mucha gente no se lo hace por la situación económica, porque en centro de salud no había ese examen hace poco fue que comenzó eso y para pagar un ginecólogo, un ginecólogo cobra Q.50.00 por consulta y por el Papanicolaou Q.70.00..."</p> <p>..."en APROFAM cobran Q.15.00 ó Q.20.00, pero... Si la gente no tiene..."</p> <p>"la última vez que me lo hice en APROFAM, porque estaba en oferta y en el mes de mayo y me cobraron Q. 30.00..."</p>

¿Existe alguna diferencia entre hacerlo aquí con el servicio del SIAS y otro lugar fuera?

"No tiene ninguna diferencia, la diferencia es que se lo están haciendo aquí, a cambio de ir a pagar allá porque aquí viene regalado, y el mismo examen que le van a hacer aquí lo van a hacer allá. Yo pienso, de que si se lleva a cabo de que se haga aquí, para mí, pues yo me lo hago aquí, porque aquí no voy a salir, no me voy a ir lejos y lo mismo, a mí no me va a importar lo que diga el fulano..."

"La vergüenza entre los vecinos. Porque uno eso lo hace con un doctor particular o va a otro lado, pero menos por aquí cerca porque da pena..."

FUENTE: Grupos focales, Zona 6, Guatemala 2002

En este estudio la accesibilidad de los servicios ha sido definida como la facilidad con que los servicios de salud pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población.

Todos los grupos entrevistados excepto el grupo de las promotoras de Salud (guardianas del SIAS) se refirieron a la accesibilidad del servicio de Papanicolaou. De esto lo más acusado fue la accesibilidad económica y horario de prestación de los servicios del SIAS. Las entrevistadoras dan poco valor a la accesibilidad geográfica o económica, no importa que ésta sea gratis si no tiene privacidad.

La accesibilidad económica, el servicio es sin costo para las usuarias; y, accesibilidad geográfica, se llega a cada sector, por ser atención ambulatoria. Se considera algo positivo en el servicio prestado por el SIAS.

Se considera una barrera o al menos algo negativo, el horario y periodicidad de la atención, ya que al ser por la mañana y con una periodicidad mensual, las mujeres que trabajan fuera de casa y las que se consideran "indispuestas" no pueden acceder a servicio SIAS.

Cuadro 5
Opiniones acerca de la calidad del servicio de toma del Papanicolaou, según las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS de los anexos marginales de la zona 6. Guatemala, 2002

Opiniones sobre calidad de los servicios de toma del Papanicolaou	
Preguntas	Respuestas
El programa SIAS ofrece el servicio de toma de Papanicolaou de forma gratuita. Pero al parecer acuden pocas mujeres. ¿Cuáles consideran que pueden ser las razones?	"La gente no quiere, porque allá son inseguras porque por ejemplo la vez pasada que estuvo haciendo la doctora, mucha gente se molestó porque habían salido todos malos. Entonces dijeron que nunca más se volvían a hacer el Papanicolaou así, preferían pagar y no estar limosneándole al médico allá abajo..."
	"Allá abajo lo que pasó es que la doctora nos hizo el Papanicolaou y más creo que la gente se decepcionó porque nos dijeron al mes, y pasaron tres meses pasó un año y nada. Sólo nos revisaron, nos vieron y nos tocaron y nada de resultado..."
	"Llegó una señora y le pregunté ¿usted se va hacer el Papanicolaou? Sí, me dijo, ¡ay dios! Aquí la van a revisar toda y no le van a dar el resultado, entonces mejor me voy..."
	"Ahí también no había cómo lavar los aparatos. Y había como para ocho Papanicolaou..."
	"El lugar ¿o sea que la casa de las guardianas no da confianza?..."
	"he oído que no van porque no tienen confianza, no tienen seguridad con los aparatos que usan y que a saber cómo los desinfectan, y cómo tanta desconfianza que hay con eso del SIDA, yo siento que mucha gente no tiene confianza de ir allí..."
	"Yo pienso que las compañeras no se lo hacen aquí, por la incomodidad, yo siento que no es lo mismo que lo hagan en una casa o en un lugar adecuado..."
	"También falta de comunicación. Se necesita algo más de organización..."

¿Por qué preferimos a una doctora y no a un doctor?	"Porque son compañeras mujeres pues, en cambio un hombre es más chiviado..."
	"A mi modo de razón, porque somos mujeres las dos entonces nos conocemos, ambas, en cambio un doctor le tenemos vergüenza, muchas pues tenemos vergüenza pero..."
	"Por más confianza. Porque los doctores son... ¡son pesados!..."
	"Porque, pongamos que un hombre es más pesado, no sabe lo que siente una mujer..."
	"Los doctores se pasan de abusivos con las señoras, entonces a uno se le mete algo en la cabeza: porque... De repente... le entra la desconfianza a uno..."
	"Mal y con vergüenza. Porque hay doctores que lo agarran con cuidado a uno y otro sin lástima..."
	"Sí, fíjese que me comentaba una mi compañera, que ella una vez se fue hacer el examen, pero el doctor muy morboso..."
	También falta de comunicación. Se necesita algo más de organización..."

FUENTE: Grupos focales, Zona 6, Guatemala 2002

Respecto a la *calidad* de los servicios de toma de Papanicolaou, las usuarias consideran de buena calidad aquel que es *técnicamente adecuado, éticamente aceptable, y, se brinda a tiempo, todo el tiempo, conservando la intimidad y privacidad de la usuaria. Dentro de lo técnicamente adecuado se encuentran opiniones como: "...Por más confianza. Porque los doctores son... ¡son pesados!..."*. Y dentro de lo *éticamente aceptable* se encuentran frases como: *"...Si, fíjese que me comentaba una mi compañera, que ella una vez se fue hacer el examen, pero el doctor muy morboso..."*.

Otros hallazgos se refieren a la calidad de los servicios. Las entrevistadas han manifestado una vinculación entre la baja utilización y la poca confianza que les da acudir a un servicio que no cuenta con la privacidad adecuada; que sea atendida por examinador del sexo masculino; que la técnica de examen sea dolorosa o no cuente con las reglas de asepsia y antisepsia requeridas. De igual forma el extravío o tardanza en la entrega de resultados tiene una incidencia negativa en la toma periódica de las muestras de Papanicolaou.

Cuadro No. 5

Prácticas referidas al servicio Papanicolaou, que tienen las usuarias del programa de extensión de cobertura, SIAS de los anexos marginales de la zona 6. Guatemala, 2002

La práctica relacionada con los servicios del Papanicolaou	
Preguntas	Respuestas
¿Se ha hecho alguna vez el Papanicolaou? ¿Por qué?	<p>"nunca me lo he hecho, por dejada..."</p> <p>"No, porque tengo miedo porque yo siento que a veces duele. No sé. Me da vergüenza..."</p> <p>"A veces se siente nervios, y los mismos nervios lo hacen a uno que no se lo haga..."</p> <p>"a veces me da ánimo de hacérmelo y a veces me desanimo..."</p> <p>"vergüenza..."</p> <p>"La verdad es que nunca me lo he hecho y no sé cómo es. Por miedo y nervios..." - ¿a qué se deberá eso? - ¡ah! porque uno se va a abrir con el doctor, me imagino yo..."</p> <p>"La verdad le va a decir que, no, tal vez por dejada, o, tal vez porque no he sentido nada de malestares. Verdad..."</p>
¿Dónde (en qué institución) se ha realizado el Papanicolaou?	<p>"la última vez me lo hice en APROFAM, porque estaba en oferta y en el mes de mayo y me cobraron Q. 30.00..."</p> <p>"- aquí, en Corpus Christi hace como 10 años..."</p> <p>"en el hospital, lo que pasa que a mí me quitaron mi matriz, hace como 15 años..."</p> <p>"En APROFAM hace 5 años..."</p>
¿Alguien le dijo que se hiciera el Papanicolaou? ¿Quién? ¿Por qué?	<p>"dice mi mamá que ese examen es bueno para ver qué tipo de enfermedades pueda tener uno también..."</p> <p>"Él (pareja sexual) me ha dicho que vaya, pero yo le he dicho que no..."</p> <p>El mío (pareja sexual) me dice que me vaya a hacer el examen porque es bueno también, hacérselo cada año..."</p> <p>"¡Bien!, Me dice que lo vaya a hacer que no sea dejada..."</p>

¿Cuántas veces se ha hecho el Papanicolaou? ¿Por qué?	"hace como 3 meses..."
	"me lo he hecho cuatro veces agorita hace 5 años que no me lo he hecho..."
	"Hace un año que no me lo he hecho..."
	"Cada año me lo hago..."
	"como 8 veces me lo he hecho..."
	"la última vez fue en mayo del año pasado..."
	"año y 5 meses..."
	"cada vez que quedo embarazada..."
"agorita me lo he estado haciendo seguido por la úlcera..."	
"yo me lo hice en diciembre y me lo estoy haciendo cada año..."	

FUENTE: Grupos focales, Zona 6, Guatemala 2002

En el presente estudio definimos la práctica como la realización del examen de Papanicolaou, a mujeres en edad fértil (15-49 años), ésta puede ser considerada una práctica negativa o positiva. La primera se agrupa a mujeres entre 15 y 49 años que no se han realizado una prueba de Papanicolaou, en un período mayor de 3 años. ; y, la segunda, en mujeres en edad fértil se considera una toma de PAPANICOLAOU con una frecuencia anual o menor de 3 años.

En los hallazgos obtenidos en el presente estudio se encontró que la práctica de realización de Papanicolaou, varía: desde aquellas que "Nunca" se han realizado una prueba PAPANICOLAOU, hasta quienes se realizan un examen cada 3 ó 6 meses. Sin embargo, la frecuencia de 6 meses a un año no siempre se relaciona con una adecuada utilización, ya que en muchos casos prevalece una desinformación o desconocimiento acerca del verdadero uso del PAPANICOLAOU. Algunas usuarias se realizan el Papanicolaou como si fuese un exudado o cultivo vaginal para verificar la presencia o ausencia de una enfermedad venérea.

En estas entrevistadas, la práctica, frecuentemente, está influida por la opinión del marido, los consejos de la madre, o, el saber que alguna vecina ha sido diagnosticada con cáncer cérvicouterino.

La Utilización de otros servicios como el control prenatal, la planificación familiar o la sala de parto del hospital, determina positivamente la utilización del servicio de Papanicolaou, muchas de estas

pacientes se realizan el examen para descartar la causa de una vaginosis u otras molestias que no son exactamente la prevención del CaCu. En su mayoría relacionan la poca frecuencia y periodicidad de la prueba a esa actitud de vergüenza o miedo que les provoca ese tipo de análisis.

CAPÍTULO VI.

DISCUSIÓN

El presente estudio exploró el tema de la utilización de los servicios de toma de muestras de Papanicolaou, teniendo en cuenta un doble enfoque, los datos cuantitativos como factores sociodemográficos y los datos cualitativos abordando las dimensiones de conocimientos, actitudes y prácticas que las usuarias tienen respecto a la utilización del servicio de Papanicolaou. Aplicando la técnica de Grupos Focales, se identificaron tres dimensiones emergentes, éstas se denominaron como: razones culturales, opiniones acerca de la accesibilidad y opiniones acerca de la calidad de los servicios.

La discusión se organiza de acuerdo con el análisis de los factores sociodemográficos y factores socioculturales que explican en el grupo estudiado, la utilización, baja utilización o no-utilización del servicio de toma de muestra de Papanicolaou de parte de las usuarias habitantes de los anexos marginales.

6.1. Características sociodemográficas

Del total de mujeres entrevistadas el estudio demostró que las mujeres con *edades* entre 43 a 66 años, las que son alfabetizadas o tienen un nivel técnico de *estudio* (49%), las que *proceden* de la capital (58.5%), y las que *trabajan* en el sector informal (4.5%), han utilizado en mayor proporción el servicio de toma de Papanicolaou. Este dato difiere ligeramente con el estudio realizado por Lazcano Ponce y col. (México 1999)⁴⁵, quienes encontraron que la media de edad de las mujeres usuarias del servicio de toma de muestras de Papanicolaou fue de 35.6 años, y en no usuarias fue de 28.8 años. Según el nivel de estudio realizado se encontró consonancia con los hallazgos obtenidos por Fernandes Brenna y col. en una localidad de Sao Paulo en Brasil (agosto 2001)⁴⁶ sobre conocimientos, actitudes y prácticas, estas autoras han demostrado que hay una relación directa entre la baja utilización del servicio y el bajo nivel de estudio. El mismo estudio afirma que la mayor edad se relaciona con un conocimiento, actitudes y prácticas inadecuadas respecto a la toma de muestra de Papanicolaou, este último dato difiere con el presente estudio, donde se identificó una relación directamente proporcional entre la edad y la utilización del Papanicolaou.

Al analizar los hallazgos del presente estudio se considera que las mujeres con más edad (37- a 66 años) y las que tienen mejor nivel de estudio, logran mayor capacidad de autonomía y decisión, frente a grupos de mujeres más jóvenes (menor de 36 años) y con mas bajo nivel de estudio, lo

mismo se puede decir de las mujeres que trabajan en el sector informal y que en el presente estudio registraron el 100% de utilización del servicio de Papanicolaou. Este segundo grupo cuenta con independencia económica y disposición del tiempo.

Una segunda consideración se puede hacer teniendo presente lo que Rosentock llamó *factores capacitantes externos asociados a la condición socioeconómica y comunitaria*.⁴⁷ Las mujeres que procedían de la capital, habían utilizado con más frecuencia el servicio de toma de Papanicolaou. Esto puede explicarse por la concentración de los servicios de salud en área urbana; y, además estas mujeres han habitado más tiempo en la capital, por tanto, han tenido mayor posibilidad de acceder a los servicios de salud.

Respecto al estado civil, en los grupos entrevistados se encontró que la mayoría (84.9%) tenían una relación de pareja estable, frente a tan sólo el 10% que vivían solas o estaban solteras. Al relacionar esta característica con la variable de utilización/no-utilización del Papanicolaou, se encontró que la proporción de no-utilización del servicio, en las casadas (48%) fue de 1 por cada 1.9 mujeres; mientras que en las mujeres unidas fue de 1 por cada 5 mujeres. Este dato difiere de los hallazgos obtenidos en el estudio de Nicole-Naraya-Paterson (1991)⁴⁸, quienes reportaron que las mujeres solas y nulíparas constituían el mayor porcentaje de mujeres que no habían utilizado el servicio de toma de muestra del Papanicolaou. En el presente estudio se encontró que el grupo de mujeres casadas tiene mayor porcentaje de mujeres que nunca se han realizado una toma de Papanicolaou.

Ante los hallazgos obtenidos se puede considerar que el estar formalmente casada está estrechamente relacionada con una menor utilización. Esto puede ser explicado mediante la consideración de una conducta más conservadora sea cultural, social o moralmente. Frente a una conducta más liberal como es la de aquellas mujeres que viven en unión libre y están solas. En este grupo, solamente una de cada cinco mujeres no había utilizado el servicio; mientras que en el grupo de las mujeres casadas una de cada dos mujeres no se habían realizado un Papanicolaou.

Un alto porcentaje de las mujeres son amas de casa (86.4%) y otras son empleadas de las empresas maquiladoras de la confección (3%). Al relacionar ocupación con utilización/no-utilización, se encontró que las amas de casa y las trabajadoras de maquila constituyeron los grupos que, proporcionalmente, no habían utilizado el servicio de Papanicolaou, frente a aquellas que trabajan en el sector informal (4.5%) de éstas el 100% sí habían utilizado el servicio de Papanicolaou.

Se puede considerar que las mujeres que se catalogan como amas de casa, suelen tener mayor libertad en el uso del tiempo. Parte de su tiempo sería utilizado en el autocuidado de la salud, acudiendo a los servicios que presta el programa de extensión de cobertura. Las mujeres que trabajan en fábricas de maquilas están sometidas a un estricto horario laboral lo que supondría una barrera en la accesibilidad horaria; lo mismo puede estar sucediendo con las mujeres que trabajan fuera del hogar. Sin embargo, tanto en las amas de casa como en las trabajadoras de la maquila se registró una baja utilización del servicio de toma de muestra de Papanicolaou. Es importante tener en cuenta que en este estudio, el factor horario no es el único determinante en la utilización del servicio de Papanicolaou. Sigue siendo necesario explicar el hecho considerando la conducta humana como efecto de la capacidad de autocuidado de la salud que estas mujeres pueden tener.

Otro factor identificado es la independencia económica y el tipo de trabajo. Las mujeres que trabajan en el sector informal, han acudido en un 100% a los servicios de toma de Papanicolaou. Ante aquellas que trabajan asalariadas en la maquila, quienes, aunque pueden gozar de independencia económica, debe cumplir un horario laboral; y, la que es ama de casa y podría disponer de su tiempo probablemente no cuenta con la independencia económica. Con estos resultados cabe señalar que factores como, el costo y la cobertura del servicio, así como el tiempo disponible de las usuarias tienen relación con la utilización del servicio de toma de Papanicolaou.

La mayoría de las entrevistadas se considera ladina y un pequeño porcentaje se autodenomina indígena. Respecto a la religión, los dos grupos dominantes son católicos y protestante frente a una minoría que se declara no-practicante. El factor étnico y la práctica religiosa no aparecen en este estudio como un determinante significativo en la utilización puesto que hay una prevalencia del grupo ladino frente al indígena y en ambos grupos se da la no-utilización.

Teniendo presente que la multiparidad, la promiscuidad sexual y el inicio precoz de la actividad sexual como factores de riesgo para la incidencia de CaCu. Se encontró que el 34% ha tenido un hijo, y el 64% tiene entre cuatro o más hijos. El 63% ha tenido solamente un compañero sexual y el 7% ha tenido tres o más compañeros sexuales. Respecto al inicio de la vida sexual cerca del 22% inició la actividad sexual en las edades comprendidas entre 21 y 24 años; más del 66% inició su vida sexual entre los 10 y 16 años.

Las mujeres que iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años (66%), las que han tenido más de un compañero sexual y tienen más de cuatro hijos han utilizado en mayor proporción el servicio de Papanicolaou; frente a aquellas que iniciaron su actividad sexual después de los 20 años, las que han tenido solamente un compañero sexual y uno o ningún hijo. Desde el punto de

vista sociocultural el primer grupo responde a un patrón de comportamiento social más libre de prejuicios morales o presiones socioculturales.

Si se tiene en cuenta que la toma de muestras de Papanicolaou implica una exposición y exploración de los genitales femeninos, se puede considerar que existe relación directa entre la utilización del Papanicolaou y la pertenencia a un grupo menos perjudicado socioculturalmente. Este argumento puede ser ratificado con los resultados obtenidos por Maaaita Barakat (Jordania 2002)⁴⁹ en el estudio realizado en mujeres jordanas con relación a la exploración ginecológica y el cáncer cérvico uterino. El estudio se realizó en 600 mujeres jordanas en Aman, Jordania. El 75% de las mujeres jamás se había hecho un análisis de Papanicolaou, también manifestaron preferencia por un examinador de sexo femenino, frente a uno de sexo masculino.

La multiparidad relacionada con mayor utilización del servicio de toma de muestras corresponde a lo que llamaríamos un *factor capacitante comunitario* referido a la accesibilidad de los servicios y conducta oportunista de las prestadoras de servicios de salud. Es decir, las mujeres que han tenido más hijos probablemente acuden con mayor frecuencia al servicio de control prenatal y el personal de salud aprovecha la oportunidad para la toma de muestra del Papanicolaou. Este dato está en consonancia con los resultados obtenidos por Lazcano -Ponce y colaboradores (México 1999) quienes concluyen afirmando que en el estado de Morelos, México, el tamizaje en CaCu se ofrece predominantemente en forma oportunista, por lo que el antecedente de utilización de los servicios de salud constituye el principal determinante para la utilización del programa de detección oportuna de Cáncer (DOC).

En esta investigación, el 75% de las entrevistadas se había realizado una toma de Papanicolaou al menos una vez en su vida. Este dato, aunque es porcentualmente menor, está en consonancia con los hallazgos obtenidos en otros estudios realizados en Brasil⁵⁰, México⁵¹, Argentina⁵² y Costa Rica,⁵³ quienes reportan coberturas promedio de 65% en la toma de muestras. Estas coberturas siguen siendo aún menores comparadas con los reportes de países desarrollados, como el estudio realizado en mujeres suizas entre los 20 y 59 años de edad, dicho estudio reportó que el 95% de las entrevistadas respondieron haber tenido, al menos, una exploración de Papanicolaou.

Sobre la toma de Papanicolaou se determinó que el 75% de cobertura, tan sólo el 31% se había realizado el Papanicolaou en el último año, el 38% se lo hizo entre 2 a 3 años y el 29% se lo había realizado hacía 4 y hasta 12 años. Este último dato sí confirma una baja utilización del servicio en las áreas marginales de la zona 6 de la capital atendidas por el programa SIAS, donde se reportaba una utilización del 50% de la meta establecida en el programa. Un comportamiento

similar fue reportado por Hernández y col (USA 1999)⁵⁴ en el estudio realizado en mujeres emigrantes hispanas con bajos ingresos económicos. La utilización fue del 93 %, pero, solamente el 24% estaba ajustado a la norma de utilización del programa.

6.2. Características socioculturales relacionadas con la utilización/no-utilización

Se ha definido la categoría, **conocimiento** como el conjunto de ideas y conceptos con los que las entrevistadas logran definir el *contenido, uso y recomendaciones en salud de la prueba de Papanicolaou*. Se han tenido en cuenta aspectos referidos a la cantidad y calidad de la información, así como a los informantes, lugares y medios por los cuales las usuarias han obtenido cualquier conocimiento o información acerca del servicio de toma de Papanicolaou.

Los hallazgos obtenidos reflejan que la mayoría de las usuarias tienen un conocimiento básico acerca de la prueba. La información varía desde una **desinformación total**, pasando por una **referencia** hasta, en algunos casos, como el grupo de guardianas de salud, en las que se identificó que poseían un **conocimiento teórico y práctico** del examen, definiéndolo como útil en la detección de células pre-cancerosas y cancerosas.

Es significativo notar que, algunas de las entrevistadas, acusan una estrecha relación entre el conocer y practicar, frases como: *"no sé qué es, nunca me lo he hecho" permiten ver esta relación*. Este hallazgo es similar a lo reportado por Schulmeister L, y Lifsey DS (New Orleans, 1999),⁵⁵ en un estudio descriptivo sobre el conocimiento, las creencias y las prácticas en relación con el examen de prevención de cáncer del cérvix, entre las mujeres vietnamitas emigrantes a los Estados Unidos. Estos autores encontraron que tres cuartos de las mujeres entrevistadas no supieron explicar para qué sirve el examen del Papanicolaou; unas pocas eran conscientes de que el cáncer más común que se da entre las mujeres vietnamitas en los Estados Unidos, es el del cuello del útero; muchas dijeron que los riesgos del cáncer del cuello eran pocos; menos de la mitad jamás habían hecho un examen de Papanicolaou y expresaron que no tenían ginecólogo, el costo y el temor por el examen fueron las razones por las que no se hacían un análisis.

Generalmente, la paciente que dice ignorar el uso del Papanicolaou, es también aquella que nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou, o, no se ha vuelto a repetir el examen en los últimos cinco años. *"No le sabría decir realmente qué es, porque nunca me lo he hecho..."* datos similares se han obtenido en otros países como Brasil, en donde Fernandes y col (2001)⁵⁶ reportaron una relación directa entre un conocimiento, actitud y práctica inadecuada en las usuarias del programa. Estos datos difieren con los estudios realizados por Idestrom M y col (Suiza, Oct. 2002)⁵⁷ en un

grupo de mujeres de una región de Suiza en que se concluye que si bien la mayoría de las mujeres han tenido la experiencia de participar en el programa de exploración, una de tres no pudo decir, por qué tipo de cáncer se estaban haciendo el análisis, y solamente la mitad de ellas sabía de la relación existente entre la displasia, el cáncer del Cervix y los factores de su estilo de vida. En las mujeres suizas la práctica no está determinada por el conocimiento acerca del Papanicolaou.

Respecto a la relación que existe entre conocer y practicar, es válido tener en cuenta las afirmaciones de la antropóloga Marcela Lagarde (Managua, Oct 2000)⁵⁸ quien considera que las mujeres necesitan acceder al conocimiento como forma de empoderamiento. En la opinión de Lagarde, hay que apropiarse del conocimiento y esto llevará a una acción coherente con el mismo. Sólo cuando se da un empoderamiento, se puede dar una práctica realmente positiva respecto a lo que se conoce. En este estudio constatamos que la mayoría de las mujeres entrevistadas poseen una información básica acerca de la prueba Papanicolaou, pero esta no es suficiente para conducir a una práctica positiva. Son solamente unas cuantas las que pueden definir adecuadamente la prueba Papanicolaou. Pero, además, esta minoría no siempre tiene una práctica adecuada. En todo caso es necesario afirmar dos cosas. La primera es que en esta investigación si hay cierta coherencia entre conocer y practicar. Sin embargo, la cantidad y calidad de conocimiento no es determinante para una práctica adecuada respecto al Papanicolaou. Frases como: *"A mi no me dijeron nada, sólo me examinaron, yo fui por mi control de embarazo y cuando regresé la siguiente vez, me dijeron señora aquí está el resultado de su Papanicolaou"*, o *"Me dijeron que me iban a sacar la matriz"*, evalúa la calidad de la información respecto al Papanicolaou, haciendo notar la desinformación o mala calidad de la información. Además, en muchos casos falta el consentimiento informado acerca de la realización del examen de Papanicolaou.

Hallazgos similares se reportan en el estudio realizado por Slater DN (UK 2002)⁵⁹ con relación al consentimiento para el examen, el 59% de las mujeres habían aceptado tácitamente la realización de la prueba; sólo el 30% de mujeres expresaron su consentimiento y dieron su firma. En el 42% de mujeres, el examinador o el médico fallaron en discutir las razones para hacerse el Papanicolaou y no dieron ninguna explicación sobre sus ventajas y sus límites. En el 72% el examinador o el médico no explicó que la prueba de Papanicolaou no es 100% exacta y que se pueden dar errores de laboratorio. De acuerdo con esto, dentro de la mayoría de la población femenina, se puede decir que el conocimiento acerca del Pap es poco. Con frecuencia las mujeres son poco informadas, para dar su consentimiento válido para practicar la toma del Papanicolaou.

Al evaluar la cantidad de conocimiento respecto a las prestadoras de servicio, se detectó desinformación o poco conocimiento de los centros prestadores de servicio gratuito o bajo costo (Centro de Salud, programa de extensión de cobertura, SIAS y Dispensario San José) Según la opinión de las entrevistadas ese desconocimiento constituye una de las razones para la no-utilización, o, para una práctica inadecuada en el uso del servicio de Papanicolaou. A estos establecimientos, normalmente, se acude en busca de otros servicios y no en demanda directa del Papanicolaou. Los resultados están en consonancia con el estudio de Lazcano Ponce y colaboradores (México 1999)⁶⁰, en donde se considera que la utilización de los servicios responde determinantemente a una forma oportunista, o sea, que depende de la utilización de otros servicios de salud. Las pacientes acuden a los servicios a causas de otros síntomas ginecológicos u obstétricos.

Generalmente, la mujer acude a los centros prestadores de servicios de salud, para la atención de su parto y en el establecimiento recibe la información o recomendación acerca de la realización del Papanicolaou. Se indagó que los establecimientos que daban mayor información eran: el hospital donde atendió el parto; la asociación pro familia, APROFAM, lugar al que acuden normalmente por la demanda de anticonceptivos; el Dispensario "San José", centro privado de carácter católico que funciona como obra social y se localiza su área geográfica; y el programa de extensión de cobertura (SIAS), cuando capacita a las vigilantes de salud o cuando cada promotora de salud invita a la comunidad a asistir por consulta con el médico ambulatorio.

Se ha logrado distinguir distintos informantes. La mayoría de ellos realizan esta actividad de manera informal, ya que la promoción y propaganda sobre la utilización del servicio, no se considera parte de un componente educativo dentro de la organización de los servicios de salud. Esto permite afirmar que al no tener adecuados programas de promoción y educación sobre el contenido del Papanicolaou, se impide un adecuado conocimiento que incida positivamente en la práctica.

En consonancia con lo anterior es necesario subrayar la importancia que juega el médico / médica en la consulta general, la consejería y prescripción del Papanicolaou, así lo revela el estudio realizado por Perucci C A y col. (Italia 1990)⁶¹. El 70% había hecho, al menos, un análisis de Papanicolaou. Estos patrones podrían asociarse al hecho que, según expresó el 62% de las mujeres, su médico les recomendaba el examen del Papanicolaou una vez al año, y, una vez cada dos o tres años solamente en el 2% de las mujeres.

Los medios más comunes para obtener información suelen ser la radio, especialmente, las que son de índole confesional religiosa, ellas transmiten algunos programas educativos y de salud. Ha sido muy escasa la obtención de información y educación a través de la prensa escrita, a la que solo accede una minoría de las entrevistadas, esto es una consecuencia lógica dado el alto porcentaje de analfabetismo detectado en los grupos investigados.

6.2.1. Actitudes respecto a la utilización del Papanicolaou.

En el presente estudio se han considerado las actitudes como *el conjunto de disposiciones adquiridas que nos llevan a reaccionar negativa o positivamente ante la toma de muestra del Papanicolaou.*

Se han denominado actitudes positivas, el autocuidado de la salud, la responsabilidad familiar y la autoestima, *"Allí si que es una falta de responsabilidad de uno, porque póngale, yo quiero estar, bien tengo (que hacer el examen); pero si yo quiero estar mal, toda la vida quejándome, no le pongo importancia a mi cuerpo, es que no me estoy queriendo, no me amo yo misma..."*.

También se tiene en cuenta la preferencia que las usuarias manifiestan, por examinador femenino frente a uno masculino, *"Pienso que sí sería bueno, que hubiera a cargo de estos servicios mujeres nada más, para que uno se sienta en más confianza..."*. Estos pueden ser calificados como factores que predisponen a una mayor utilización de los servicios.

En las denominadas actitudes negativas, se enmarcan, el miedo, motivado por su percepción acerca de la muerte por cáncer *"Me ponía nerviosa, tenía mucho temor, porque digo yo... Como yo tengo la "tecu" (T de Cobre), de repente me van a decir que tengo cáncer. Por eso me volví a salir..."*. El pudor y la vergüenza relacionada con la percepción tabuística respecto al sexo y la sexualidad. Esto último se refiere a las actitudes que han sido adquiridas debido a creencias respecto al cuerpo especialmente a la parte sexual, o por experiencias de violación o abuso sexual que influyen negativamente en la práctica de utilización del servicio de Papanicolaou, *"Yo no me lo hago, porque no quiero hacérmelo. -¿y por qué no se lo hace? - por vergüenza como dicen..."*

Delante de preguntas como: *"Si más o menos sabemos para qué sirve el Papanicolaou, ¿por qué será que algunas mujeres no se están haciendo esta prueba?"* Se encontraron respuestas como: - *"es por la vergüenza" y "el miedo a la prueba"*. Estas frases se acompañan de posturas y gestos que reflejan nerviosismos y ansiedad, denotando una cierta incomodidad al tratar aspectos relacionados con su cuerpo o su sexualidad.

La palabra *vergüenza* aparece relacionada estrechamente con la palabra "nerviosismo". Esto denota que para las entrevistadas, la realización del Papanicolaou significa exponer su intimidad y ser "descubierta" en algo que para ellas está en el ámbito de lo privado e, incluso toca en su dignidad de mujeres "honradas".

La vergüenza, desde el punto de vista de algunas usuarias, se manifiesta como *culpa* y según las entrevistadas se relaciona con un esquema cultural en donde la mujer ha sido educada para ocultar o callar frente a expresiones de su sexualidad.

Para muchas de ellas, el término *vergüenza*, se relaciona con cierto temor ante la posibilidad de ser "Vistas" por algún extraño o alguien ajeno a su persona y a su intimidad sexual. Sin embargo, para otras el estar ante la persona extraña la situación puede tomar un rumbo contrario. La persona extraña facilita la realización del Pap, pues, la usuaria considera que su intimidad quedará en el anonimato y esto evita el tener vergüenza.

Lo anterior está en consonancia con los hallazgos obtenidos en la evaluación cualitativa realizada en el estado de Nayarit (México 1999), en donde se constata que el temor, la vergüenza y el pudor típicamente disuaden a las mujeres a someterse al tamizaje, especialmente si los examinadores son varones.⁶²

Lo anterior permite afirmar dos cosas, que la concepción del cuerpo de la mujer como algo referido a un ámbito oculto o privado es un factor que predispone o sirve de barrera para la no-utilización. El miedo a la muerte o al saberse enferma, es otra barrera en la no-utilización, este último dato debe tenerse con relación a la calidad y cantidad de información que las pacientes deberían tener respecto al carácter preventivo y de control que la prueba del Papanicolaou implica.

Respecto al término "*miedo*", las entrevistadas con frecuencia lo relacionan con dos situaciones. La primera es la *desinformación*. Las entrevistadas dicen tener miedo porque les han dicho (otras) que es un examen doloroso. Este calificativo se refiere a la técnica del examen. La Otra situación se relaciona con el miedo al resultado. Temen ser diagnosticadas como pacientes con CaCu, ante esa posibilidad prefieren permanecer en la incertidumbre o ignorancia. También en este segundo grupo tenemos una variante, la incertidumbre se convierte en motivación para acudir a los servicios y realizarse la prueba Papanicolaou, así "*pueden estar tranquilas, sabiendo que están bien*". Estas expresiones identifican una percepción acerca de la muerte, como algo que

escapa al control de los seres humanos, por tanto tampoco podría ser controlada por un programa de salud preventiva.

Este dato está en consonancia con los datos obtenidos en un estudio cualitativo realizado en Venezuela (1999)⁶³ en donde se reportan los temores asociados con la toma de muestras de Pap tales como: el temor a los resultados, al tratamiento en caso de un resultado positivo, al examen doloroso, provocar daños al embarazo, y la pena o vergüenza a mostrar los genitales.

Con el término "*dejadez*", las participantes han significado dos situaciones: es "dejada" una mujer que no cuida adecuadamente su salud y, por tanto, no acude al servicio para realizar una prueba como el Papanicolaou. También es "dejada" aquella que no tiene suficiente valor para dejar a un lado la "vergüenza" y realizarse, periódicamente, el examen.

Al término anteriormente descrito se contraponen frases como: "*allí si que es una falta de responsabilidad de uno, porque póngale, yo quiero estar, bien tengo (que hacer el examen); pero si yo quiero estar mal, toda la vida quejándome, no le pongo importancia a mi cuerpo, es que no me estoy queriendo, no me amo yo misma...*". Ambas situaciones pueden ser analizadas como muestra de un proceso de cambio en los patrones de comportamiento respecto a la salud de las mujeres que pasa de ser en la mujer cuidadora de la salud de otros a una buscadora y cuidadora de su propia salud. Aun así sigue siendo la responsabilidad familiar y el cuidado de los hijos un detonante para la búsqueda de la atención en salud.

6.2.3. Razones culturales sobre el examen de Papanicolaou

Al ahondar sobre las posibles causas de no-utilización, a pesar de poseer información, se han detectado algunas causas relacionadas con los aspectos culturales, más o menos determinante o íntimamente ligadas a la práctica. En este estudio se consideran como razones culturales, aquellas expresiones que denotan hábitos, creencias respecto a la sexualidad, el uso del cuerpo, la virginidad y la determinación del hombre sobre el cuidado de la salud de la mujer, que las entrevistadas relacionan como influyentes en la utilización o no-utilización del Papanicolaou.

Algunas entrevistadas afirman que las mujeres de mayor edad no se hacen el Papanicolaou debido a una cuestión de costumbre y conocimiento acerca del cáncer de Cérvix. Muchas de las entrevistadas relacionan la baja utilización con prejuicios culturales, una visión patriarcal en donde el cuerpo y la sexualidad de la mujer son considerados un tabú algo de lo que no se debe hablar y menos exponer a otra persona que no sea la propia pareja sexual. Estos hallazgos tienen

consonancia con los obtenidos por Lamadrid (Chile 1999), quien abordó los aspectos socioculturales que sirven de barrera para la realización del Papanicolaou, encontrando que las mujeres de mayor edad acuden con menos frecuencia a la atención médica ginecológica debido a un factor generacional. En esos grupos de mujeres persiste un concepto conservador respecto al cuerpo y la sexualidad.

Ante la pregunta "¿Cuándo una mujer debe hacerse el Papanicolaou?" Muchas de las respuestas obtenidas denotan una postura mítica respecto a la cuestión sexual de la mujer. Respuestas como: "Cuando la patoja ya tiene esposo, porque niña no creo que se pueda" "es la cultura que nos han enseñado... desde pequeñas nos enseñan a ocultar nuestras partes"; Son respuestas que denotan un fuerte componente cultural influyente en los patrones de conducta de las entrevistadas.

Otro aspecto cultural se relaciona con los celos del marido, la preferencia de una examinadora mujer respecto a un examinador hombre. Hacen notar como aún prevalecen ideas que consideran que el hombre tiene derecho a controlar las acciones o el cuerpo de la mujer, por considerar a la mujer como un objeto a poseer o por creer que el hombre es más fuerte que ella. "Dice, -¿pero por qué tenés que ir por fuerza con él? ¿No hay alguna mujer que te lo haga?, porque a mí eso no me da mucha confianza- me dice..." Sin embargo algunos maridos animan a las mujeres a realizarse el examen, siempre que puedan estar seguros de que la persona que examina es una mujer.

Otras entrevistadas afirman que la mujer que no ha tenido relaciones sexuales no debe hacerse el Papanicolaou. En este caso las razones son de dos tipos: La primera se refiere a la técnica del examen, que haría perder la virginidad por la ruptura del himen. "yo pienso que no, porque cuando una persona es niña, pues un examen de eso, digo yo que la daña...". Se considera que conservar la virginidad como parámetro de la valía de una mujer, es más importante que realizar una prueba de Papanicolaou. La segunda razón se relaciona con el conocimiento sobre el uso del Papanicolaou, ya que afirman que, si una mujer no ha tenido nunca relaciones no tiene porque tener alguna enfermedad vaginal, incluyendo el cáncer de Cérvix.

Otra razón se relaciona con la visión tabuística respecto al cuerpo y sexualidad de la mujer. El cuerpo considerado como fuente de pecado, debe ser ocultado. "Lo mismo, que si uno no tiene costumbre de andar que un hombre y otro, lo esté viendo a uno, sino, supuestamente un hombre le ha dado Dios a uno, con uno tienen que estar. Entonces por eso es que le da vergüenza a uno que otro hombre lo este viendo..."

En opinión de algunas entrevistadas, mostrar o exponer el cuerpo a otro que no sea el marido, sólo denota poco pudor y deshonra en la mujer. "Uno que no le gusta que la estén viendo los hombres pues le da vergüenza, pero hay mujeres que no les da vergüenza, más bien les gusta enseñar sus partes íntimas.

6.2.4. Opiniones acerca de la accesibilidad.

Además de las razones subjetivas referidas a las actitudes las principales barreras están en relación con aspectos de la accesibilidad de los servicios de toma de muestra de Papanicolaou. En este estudio la accesibilidad se refiere a la facilidad con que los servicios de salud pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población

El programa de extensión de cobertura SIAS se considera uno de los principales proveedores de servicios de salud en estos sectores, teniendo como características la accesibilidad geográfica y económica. Al brindar atención en salud mensualmente, en cada sector, de forma totalmente gratuita.

Sin embargo, al decir de las entrevistadas el programa se hace inaccesible debido a la periodicidad mensual y los horarios solamente matutinos para la atención, esto afecta especialmente a aquellas mujeres que trabajan como asalariadas fuera de casa. O aquellas que siendo amas de casa o tienen facilidad de tiempo, no acuden por encontrarse con su período menstrual o con otra indisposición física. Estas mujeres no acceden a los servicios que presta el SIAS.

6.2.5. Opiniones acerca de la calidad del servicio de toma del Papanicolaou.

En esta investigación se han tenido en cuenta las razones acerca de la calidad del servicio de toma de Papanicolaou. Se considera de buena calidad aquel servicio que es técnicamente adecuado, éticamente aceptable, y se brinda a tiempo, todo el tiempo, conservando la intimidad y privacidad de la usuaria. Entre los hallazgos obtenidos, es notorio constatar como las usuarias logran relacionar accesibilidad y calidad, frases como: "la gente no quiere, porque allá son inseguras porque por ejemplo la vez pasada que estuvo haciendo la doctora, mucha gente se molestó porque habían salido todos malos. - Entonces dijeron que nunca más se volvían a hacer el Papanicolaou así, preferían pagar y no estar limosneándole al médico allá abajo..."; hacen notar la importancia que las usuarias entrevistadas dan a los servicios que demuestran ser seguros y confiables.

Un servicio se considera seguro cuando garantiza los aspectos de privacidad, es decir que evita que todo el sector sepa que la mujer se ha realizado en Papanicolaou, o que la paciente quede en absoluto anonimato frente al examinador(ra) y que, además, no pueda ser vista más que por el examinador. La comodidad, se considera no sólo el contar con una adecuada camilla de revisión ginecológica sino, también, con la limpieza del lugar, incluso la cercanía.

La organización del servicio, exige saber qué día y a qué hora se realizarán las tomas de muestras del Papanicolaou, que el reporte diagnóstico sea entregado a tiempo a cada paciente. En estos grupos de mujeres se deja ver una toma de conciencia de su derecho social. Tratándose del autocuidado de la salud femenina las mujeres reclaman más que la accesibilidad, la calidad del servicio.

6.2.6. La práctica relacionada con el servicio del Papanicolaou

Al abordar de manera directa lo referido a la práctica, el estudio reveló que las mujeres entrevistadas presentan un patrón variado de comportamiento en la utilización/no-utilización del servicio de Papanicolaou.

En los datos cuantitativos se constató una cobertura del 75% , también se encontraba una variación en la periodicidad de utilización. Esto ha permitido clasificar la variación en una práctica negativa más compatible con una baja utilización.

Respecto a la práctica, ésta varía desde aquellas que "Nunca" se han realizado una prueba Papanicolaou, hasta quienes se realizan un examen cada 3 ó 6 meses, sin embargo, la frecuencia de 6 meses a un año no siempre se relaciona con una adecuada utilización ya que en muchos casos prevalece una desinformación o desconocimiento acerca del verdadero uso del Papanicolaou

La Práctica, frecuentemente está influida por la opinión del marido, los consejos de la madre, o el saber que alguna vecina ha sido diagnosticada con cáncer cérvico uterino.

La Utilización de otros servicios como el CPN, Planificación familiar o la sala de parto del hospital, determina, positivamente, la utilización del servicio de Papanicolaou, muchas de estas pacientes se realizan el examen para descartar la causa de una vaginosis u otras molestias que no son exactamente la prevención del CaCu. En su mayoría, relacionan la poca frecuencia y periodicidad de la prueba a esa actitud de vergüenza o miedo que les provoca ese tipo de análisis.

Según los resultados obtenidos, se pueden considerar como **detonantes indirectos** en la utilización del servicio, el control prenatal y la planificación familiar. Y como **detonantes directos**, aspectos referidos a la interacción con otros, la noticia de una vecina enferma de cáncer, la opinión positiva de la pareja sexual; la aparición de síntomas ginecológicos; que el examinador sea de sexo femenino o que el médico no sea conocido del sector.

Con todo lo expuesto hasta este momento podemos subrayar que: Los conocimientos acerca del Papanicolaou, son muy escasos. Esta situación es uno de los factores que determinan la práctica. Las actitudes negativas, influenciadas por prejuicios y valoraciones culturales y de género son factores determinantes de la práctica. Las mujeres de las áreas marginales, valoran más la calidad del servicio, sobre todo, lo referido a la privacidad, resguardo de su intimidad y la entrega oportuna de los resultados.

CONCLUSIONES

Características sociodemográficas

1. El estudio demostró que las mujeres con edades entre 43 a 66 años, quienes cuentan con cierto grado de *escolaridad* (49%) y trabajan en el sector informal (4.5%), han utilizado en mayor proporción el servicio de toma de Papanicolaou. Esto puede referirse a la capacidad de decisión y autonomía que parecen tener las mujeres adultas frente a las jóvenes; las escolarizadas frente a las analfabetas y las que tienen independencia económica frente a la que no son asalariadas.
2. Las mujeres que proceden de la capital, han utilizado con más frecuencia el servicio de toma de Papanicolaou, debido a una concentración de los servicios de salud en área urbana y, además, estas mujeres han habitado más tiempo en la capital, por tanto, han tenido mayor posibilidad de acceder a los servicios de salud. En ambos casos se da una mayor accesibilidad geográfica de los servicios, lo que influye positivamente en la utilización de los mismos.
3. La proporción de no-utilización del servicio de las casadas (48%) fue de 1:1.9 mientras que, en las mujeres unidas, fue de 1:5. En las mujeres que estaban unidas hubo mayor utilización del servicio de Papanicolaou frente a las mujeres que estaban casadas.
4. Al relacionar tipo de ocupación con utilización/no-utilización, se encontró que las amas de casa y las trabajadoras de maquila fueron grupos porcentualmente mayor en la muestra. Estos grupos, proporcionalmente, no han utilizado el servicio de Papanicolaou.
5. El factor étnico y la práctica religiosa no aparecen en este estudio como un determinante significativo en la utilización/no-utilización del servicio de Papanicolaou.
6. Las mujeres que iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años (66%), las que han tenido más de un compañero sexual (35%) y tienen más de cuatro hijos (48%), han utilizado en mayor proporción el servicio de Papanicolaou, frente a aquellas que iniciaron su actividad sexual después de los 20 años, las que han tenido solamente un compañero sexual y uno o ningún hijo. Desde el punto de vista sociocultural, el primer grupo está en

consonancia con un patrón de comportamiento social más libre de prejuicios morales. Esto estarían en relación directa con la utilización del Papanicolaou siendo que esta prueba implica una exploración de los genitales femeninos, que en patrones más conservadores, moralmente, sería una barrera.

7. En esta investigación se confirma una cobertura del 75% en la utilización del servicio de toma de Papanicolaou. Lo que representaría una baja utilización del servicio en las áreas marginales de la zona 6 de la capital atendidas por el programa SIAS ya que tan sólo el 31% se había realizado el Papanicolaou en el último año, el 38% se lo hizo entre 2 a 3 años y el 29% se lo había realizado hacía 4 y hasta 12 años.

Características sociodemográficas

1. Respecto a la categoría *conocimiento*, en el grupo entrevistado, existe una ligera información y desinformación, más que un conocimiento básico respecto a la prueba de Papanicolaou.
2. El poco conocimiento que se tiene, ha sido adquirido a través de algunos informantes como, la madre, el marido, la vecina y algunos centros prestadores de servicio de salud adyacentes al área estudiada.
3. La información que proveen los centros prestadores de servicio se da de forma *oportunist*a, es decir, cuando la paciente demanda otro tipo de servicio. Los centros no cuentan con programas de educación en salud, que promuevan el conocimiento y la utilización del servicio de toma de Papanicolaou y del cáncer cérvico uterino.
4. Proveer de cantidad o calidad de conocimiento y obtener consentimiento informado de las usuarias para la toma de muestra, no es una práctica usual en las prestadoras del servicio.
5. Respecto a la categoría *actitudes*, se consideran actitudes positivas y por tanto predisponentes a una adecuada utilización de los servicios, el *autocuidado de la salud y el miedo a la muerte prematura*. Ambas situaciones están estrechamente ligadas al papel de la mujer como responsable o cuidadora de la familia y de los hijos.

6. El miedo al resultado, el estado de nerviosismo, y el rechazo al examinador masculino se consideran actitudes negativas, y, éstas funcionan como barreras para la utilización del servicio de Papanicolaou.
7. El pudor, la vergüenza, no perder la virginidad son razones de índole cultural y denotan conceptos conservadores respecto al cuerpo y sexualidad de las mujeres. Estas mismas razones culturales influyen en la no-utilización del servicio.
8. La practica negativa, está estrechamente relacionada con las actitudes negativas y estas últimas se manifiestan ligadas a dos situaciones. La primera se refiere a conductas aprendidas en un patrón cultural de índole patriarcal, donde la construcción social de la sexualidad, obedece a enfoques patriarcales y machistas que definen la vivencia de la sexualidad y el cuerpo de la mujer como algo pecaminoso o que debe ser ocultado a la vista de otro, por tanto, se debe tener recato. Esta forma de pensamiento está siendo determinante en la no-utilización del servicio de Papanicolaou. La segunda se refiere a la organización de los servicios, especialmente a la accesibilidad y la calidad.
9. Respecto a la accesibilidad de los servicios, las entrevistadas han evaluado positivamente la accesibilidad geográfica y económica del programa de extensión de cobertura SIAS. De igual forma opinaron negativamente acerca de la accesibilidad horaria, que el servicio se presta solamente por la mañana y una vez al mes.
10. Respecto a la calidad de los servicios, se refirieron, especialmente, a los centros de convergencias promovidos por el SIAS, y, se consideran barreras para la utilización, aquellos servicios que no cuentan con calidad o calidez de parte del/la examinador/ra, la falta de privacidad y comodidad de los locales donde se toma la muestra, la higiene de los equipos utilizados, así como la entrega tardía o pérdida de los resultados.
11. La utilización con mayor frecuencia y periodicidad está determinada por: el antecedente de acceso a otros servicios como el control prenatal y la planificación familiar; que el examinador sea mujer; que el servicio sea de bajo costo y buena calidad.

RECOMENDACIONES.

1. Crear y estimular programas educativos sistemáticos, ya sea por los medios escritos pero sobre todo orales, que orienten acerca de la conveniencia de la utilización periódica de los servicios de toma de Papanicolaou.
2. Estos programas de promoción, deben tener en cuenta la baja escolaridad de la población usuaria; los patrones culturales de índole patriarcal que prevalecen en la mayoría de ellas, por tanto, deberán estar unidos a campañas educativas masivas, que en el mediano y largo plazo logren un cambio en los patrones culturales respecto a la sexualidad y cuerpo de la mujer.
3. Tener en cuenta la presencia más continua en las comunidades, de las mujeres que se ocupan como amas de casa. Se deben considerar estrategias organizativas que interesen a estos grupos de mujeres, a fin de incidir en ellas para generar grupos de promoción, información y conocimientos, sobre su sexualidad, el cuidado y salud de las mujeres, la autoestima y todos aquellos temas que refuercen una actitud positiva en el cuidado y prevención de la salud de las mujeres.
4. Se debe incluir en la educación sexual que se imparte a niños, adolescentes y jóvenes en establecimientos de primaria y secundaria, sean públicos o privados, el componente preventivo sobre el cáncer de cérvicouterino y el uso del Papanicolaou. De manera que se pueda incidir, positivamente, en la utilización del servicio, en las mujeres menores de 30 años.
5. Supervisar y evaluar el proceso de implementación en las comunidades del programa de extensión de cobertura del SIAS. A fin de que cumpla con los objetivos planteado respecto a la prevención de la salud a través de un empoderamiento de la comunidad de usuarias.

6. Evaluar la infraestructura y equipamiento de los llamados centros de convergencia implementados por el SIAS, a fin de que cumplan con los requerimientos básicos del código de salud, para los centros prestadores de servicios de salud.
7. Evaluar el sistema operativo del programa de extensión de cobertura SIAS, en el proceso de promoción, toma de muestras y entrega de resultados del servicio de toma de Papanicolaou.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cook, T.D. y Reichardt, Ch. J. 1986. *Métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación evaluativa*. Editorial moranta. Madrid 1986.
- 2 Nigenda Gustavo y Ana Langer. *Metodologías cualitativas en el estudio de salud Reproductiva* — <http://www.hsph.harvard.edu/grntf/Spanish/course/index.html#top>.
- 3 Heggenhougen, H. Kris. *Antropología y Salud Pública: más allá de las Medidas Cuantitativas*. <http://www.hsph.harvard.edu/grntf/Spanish/course/index.html#top>.
- 4 Bronfman Mario y col. "Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx.* 1997; 39:442-450.
- 5 Arredondo / Meléndez. *Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis*. *Rev. Salud Pública de México.* 1992; 34:36-49. <http://dqe1.insp.mx/salud/34/341-5s.html>.
- 6 Szasz, Ivonne. *Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno infantil* <http://www.hsph.harvard.edu/grntf/Spanish/course/index.html#top>
- 7 Silva. Isabel dos Santos. *Epidemiología del cáncer: Principios y métodos*. OMS. Agencia internacional de investigación para el cáncer. Lyon Francia, 1999.
- 8 Dileep G. Bal y Col "Prevención del cáncer". Serie manuales científico N° 506, OMS 1999.
- 9 Fink Diane J. MD, Mettlin Curtis J. PhD. *Detección del Cáncer: Pautas para la revisión Periódica en busca de cáncer*. Serie Manuales científicos N° 506. Cáp., 10. OMS 1999.
- 10 JHPIEGO. *Prevención del cáncer cervical en las comunidades de escasos recursos*. : OUT LOOK Vol. 18, N° 1 Octubre 2000. *Reproductive Health On line*. URL:<http://www.reproline.jhu.edu/>.
- 11 Muñoz. N, Boch F.X, Jensen O.M. *Human Papillomavirus and Cervical Cancer*. IARC Scientific Publication n° 94. Lyon 1989
- 12 EQUIPO OPS. "Programa Nacional de lucha contra el cáncer; directrices sobre política y gestión", Ginebra OMS 1995
- 13 Bishop, A. *Assessment of low-cost treatment options in developing countries* (Evaluación de opciones de tratamiento de bajo costo en países en desarrollo). In: *Proceedings From a Working Meeting on Cervical Cancer Prevention, Screening, and Treatment; Montreal*. Seattle, Washington: PATH. pp. 12-21 (1994).

- ¹⁴ PAHO, *Trends in cervical cancer mortality in the Americas* (Tendencias en la mortalidad por cáncer cervical en las Américas). Bulletin of the Pan American Health Organization 30(4) (December 1996). [New URL:http://165.158.1.110/english/hcn/hcndetect_2.htm]
- ¹⁵ INCAN.: "Memoria anual de prestación de servicios". Departamento de estadísticas del instituto de cancerología. 1996. Guatemala.
- ¹⁶ MSPAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social *Plan nacional de prevención y control de cáncer Cérvico uterino 1998-2005*. Unidad de salud reproductiva. Ministerio de Salud Pública y asistencia Social Guatemala 1998
- ¹⁷ MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social *Registros estadísticos SIGSA 5 y 6. Consolidado anual de producción de servicios años 1999-2000*. Guatemala febrero 2000
- ¹⁸ Sherris, J., Herdman, C *Preventing cervical cancer in low-resource settings. (Prevención del cáncer cervical en las comunidades de escasos recursos)*. : OUT LOOK Vol. 18, N° 1: 1-8 (Sep. 2000).
- ¹⁹ Lazcano-Ponce Eduardo César Dr. S.P., Moss Sue PhD, Cruz-Valdez Aurelio M. En C., Alonso de Ruiz Patricia MC., Casares-Queralt Salvador MC., Martínez León Carlos Javier MC., Hernández-Ávila Mauricio PhD. *Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos*. Salud Pública de México. 1999;41:278-285.
- ²⁰ Alexander C., Cason Z., Benghuzzi H., Matin L., *Citohistological correlation of abnormal cervical lesions in native American Females in Mississippi*. Biomedical Science Instrument 200; 37:25-30. PMID 11347397 (Pub Med Mediline)
- ²¹ Correa T. Wladimir, Carneiro F. Selma, Rodrigues Douglas, Stávale João N, Baruzzi Roberto G. *Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central*. Pam Am J Public Health 7 (2) 2000.
- ²² PIENSA/UICC. Guatemala National League Against Cancer. *Cervical cancer program reporting form. 1999-2000*. INCAN Guatemala 2000.
- ²³ Litan Naha Biswas, B Nanna, Pradip K Maiti, Subrata Segupta. *Sexual Risk Factors for Cervical Cancer among Rural Indian Women: A Case-Control Study*. International Journal of Epidemiology. Great Britain Vol 26 (3). *Reproductive Health On line*. URL:<http://www.reproline.jhu.edu/>
- Castañeda Iñiguez Maura Sara MC., Toledo Cisneros Rebeca, MC., Aguilera Delgadillo Mario, MC. *Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas*. Rev. Salud Pública de México. 1998;40:330-338.
- Bishop, A. *Assessment of low-cost treatment options in developing countries* (Evaluación de opciones de tratamiento de bajo costo en países en desarrollo). In: *Proceedings From a Working Meeting on Cervical Cancer Prevention, Screening, and Treatment; Montreal*. Seattle, Washington: PATH. pp. 12-21 (1994).
- Fink. Diane J, Metlin Curtis J. *Detección del Cáncer: pautas para la detección periódica en busca del cáncer*. Serie manuales científicos N° 506. Capítulo 10 OMS 1999.
- Malloy Curt, MS.; Sherris, J, PhD. Herdman Christina . *HPV DNA Testing Technical and Programmatic Issue for cervical cancer prevention. Low - Resource Setting*. PATH Cervical Cancer Publications. Seattle, Washington: PATH (2000).
- Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. *Pap test coverage in Sao Paulo municipality and characteristics of the women tested*. Bull Pan Am Health Organ 1996 Dec;30(4):302-12 Erratum in: Bull Pan Am Health Organ 1997 Aug;2(2):106. PMID: 9041741. <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- Morrison E.A.B., Gammon M.D., Goldberg G.L., Vermund S.H., Burk R.D. *Pregnancy and cervical infection with human papillomaviruses*. International Journal of Gynecology and Obstetrics. U.S.A. 1996; 54: 125-130.
- Giuliano AR, Denman C, Guemsey de Zapien J, Navarro Henze JL, Ortega L, Djambazov B, Mendez Brown de Galaz E, Hatch K. *Design and results of the USA-Mexico border human papillomavirus (HPV), cervical dysplasia, and Chlamydia trachomatis study*. Rev. Panam Salud Pública 2001 Mar;9(3):172-81 [Http://cancermet.nci.nih.gov](http://cancermet.nci.nih.gov).
- PATH. *Pap Smears: An Important but Imperfect Screening Method (Papanicolaou: Un Método Importante, Aunque Imperfecto)* [Cervical Cancer Prevention Fact Sheet]. PATH (February 2001)
- Flisser Ana. Biól DSc. y Colaboradores. *Instrumentación y evaluación de un programa nacional de control de calidad externo para citología cervical en México*. Rev. Salud Pública de México 2002;44:431-436. <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- EQUIPO OPS. *Programa Nacional de lucha contra el cáncer; directrices sobre política y gestión*. Ginebra OMS 1995.
- Gaffikin, L. et al., eds. *Directrices de gestión*. Cap. 6. OMS Ginebra 1993
- Hernández-Peña Patricia MC., Lazcano-Ponce Eduardo César MC., Alonso de Ruiz Patricia MC., Cruz-Valdez Aurelio MC., Meneses-González Fernando MC., Hernández-Ávila Mauricio MC. *Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino*. Salud Pública de México. 1997; 39:379-386.

- ³⁶ Lamadrid Alvarez Silvia. *Aspectos socio culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino*. Caderno Saúde Pública 14 (suple.1). Rio de Janeiro 1998; 33-40.
- ³⁷ Soares Dias da Costa Juvenal, Berenhauser D'Elia Paula, Manzolli Patricia, Moreira Mónica Regina. *Cobertura do exame histopatológico na cidade de Pelotas, Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública. Public Health 3(5). Washington DC. 1998; 308-313.
- ³⁸ Correa T. Wladimir, op.cit.
- ³⁹ Risendal B, DeZapian J, Fowler B, Papenfuss M, Giuliano A. *Pap smear screening among urban Southwestern American Indian women*. Prev Med 1999 Dec;29(6 Pt 1):510-8 PMID:10600432, <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- ⁴⁰ Salinas-Martínez Ana María MC, MSP., Villareal-Ríos Enrique MC., Garza- Elizondo María Eugenia Lic. En Enf., de Fraire-Gloria Juan Manuel MC., López-Franco J. Jesús MC., Barboza-Quintana Oralia MC. *Calidad del Programa detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino en el estado de Nuevo León*. Rev. Salud Pública de México. 1997;39:187-193.
- ⁴¹ Hernández-Peña Patricia MC., Lazcano-Ponce Eduardo César MC., Alonso de Ruiz Patricia MC., Cruz-Valdez Aurelio MC., Meneses-González Fernando MC., Hernández-Ávila Mauricio MC. *Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino*. Salud Pública de México. 1997; 39:379-386.
- ⁴² Shireman TI, Tsevat J, Goldie SJ. *Time costs associates with cervical cancer screening*. International Technol Assess Health Care 2001 Winter, 17 (1):46-52. PMID. 11329841 PubMed-indexed for MEDLINE).
- ⁴³ Wang PD, Lin RS *Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan*. Taipei Wanhwa District Health Center, Taiwan. Public Health 1996 Mar;110(2):123-7 PMID: 8901257. <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- ⁴⁴ Hernández-Hernández DM, García-Elizondo MR, Omelas-Bernal L, Hernández-Alemán, F, González-Lira G, Martínez-García. *Factores asociados con la no utilización de la prueba de Papanicolaou. Un estudio de población*. Hospital de Oncología, Centro Medico Nacional Siglo XXI, Instituto del Seguro Social, México, DF. dulcema@servidor.unam.mx.
- ⁴⁵ Lazcano-Ponce Eduardo César Dr.S.P., Moss Sue PhD, Cruz-Valdez Aurelio M. En C., Alonso de Ruiz Patricia MC., Casares-Queraalt Salvador MC., Martínez León Carlos Javier MC., Hernández-Ávila Mauricio PhD. *Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos*. Salud Pública de México. 1999;41:278-285.
- ⁴⁶ Fernandes Brenna Sylvia Michelina/Ellen Ardi/Luiz Carlos Zeferino/Iara Namura *Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino*. Cad. Saúde Pública vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2001
- ⁴⁷ Cf. Bronfman Mario y col. *"Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios*. Salud Pública Mex 1997; 39:442-450.
- ⁴⁸ Nicoll PM, Narayan KV, Paterson JG. *Cervical cancer screening: women's knowledge, attitudes and preferences*. Department of Public Health Medicine, Grampian Health Board, Aberdeen. Health Bull (Edinb) 1991 May; 49(3): 184-90
- ⁴⁹ Maaaita M, Barakat M. *Jordanian women's attitudes towards cervical screening and cervical cancer*. King Hussein Medical Center, Amman, Jordan. J Obstetric Gynecology 2002 Jul; 22(4): 421-2.
- ⁵⁰ Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA *Pap test coverage in Sao Paulo municipality and characteristics of the women tested*. Bull Pan Am Health Organ 1996 Dec;30(4):302-12 Erratum in: Bull Pan Am Health Organ 1997 Aug;2(2):106. PMID: 9041741. <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- ⁵¹ Lazcano-Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P, Cantoral L, Hernandez-Avila M. *The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage*. Center for Population Health Research, National Institute of Public Health, Cuernavaca, Morelos, Mexico. : Cancer Causes Control 1997 Sep;8(5):698-704 PMID: 9328191. <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- ⁵² Klimovsky E, Matos E *Use of the Pap test by a population group in Buenos Aires. Breast Cancer Early Detection Program, La Matanza Municipality, Buenos Aires Province, Argentina*. Bull Pan Am Health Organ 1996 Dec;30(4):313-21 PMID: 9041742: <http://www.nci.nih.gov/www.nci.nih.gov/>
- ⁵³ Herrero Rolando, Schiffman Mark H., Bratti Concepción, Hildesheim Allam, Balmaceda Ileana, Sherman Mark E., Greenberg Mitchell, Cárdenas Fernando, Gómez Víctor, Helgesen Kay, Morales Jorge, Hutchinson Martha, Mango Laurie, Alfaro Mario, Potischman Nancy W., Wacholder Sholom, Swanson Christine, Brinton Louise A. *Design and methods of a population-based natural history study of cervical neoplasia in a rural province of Costa Rica: the Guanacaste Project*. Revista Panamericana de Salud Pública. Public Health 1(5). Washington DC. 1997; 362-375.
- ⁵⁴ Hernández-Avila Mauricio y col *Evaluation of the cervical cancer screenig programme in Mexico: a population-based case-control study*. Mexico 1997. International Journal of Epidemiology 1998;27:370-376 UK1997

- ⁵⁵ Schulmeister L, Lifsey DS. *Cervical cancer screening knowledge, behaviors, and beliefs of Vietnamese women*. Louisiana State University Medical Center, New Orleans, USA. *Oncol Nurs Forum* 1999 Jun;26(5):879-87.
- ⁵⁶ Fernandes Brenna Sylvia Michelina/Ellen Ardi/Luiz Carlos Zeferino/lara Namura. *Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino*. *Cad. Saúde Pública* vol.17 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2001
- ⁵⁷ Idestrom M, Milsom I, Andersson-Ellstrom A. *Knowledge and attitudes about the Pap-smear screening program: a population-based study of women aged 20-59 years*. Department of Obstetrics and Gynecology, Central Hospital, Karlstad, Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Oct;81(10):962-7.
- ⁵⁸ Lagarde. Marcela *Claves feministas para liderazgos entrañables*. Managua,(Nic) Puntos de encuentro 2000
- ⁵⁹ Slater DN. *Are women sufficiently well informed to provide valid consent for the cervical smear test?*. (Department of Histopathology, Rotherham Hospitals NHS Trust, UK.) *Cytopathology* 2000 Jun;11(3):166-70.
- ⁶⁰ op.cit
- ⁶¹ Perucci C A, Rapiti E, Davoli M, Lagorio S, Arca M, Miller AB. *Rome women's screening study: knowledge, attitudes and practices of women regarding screening for breast and cervical cancer*. *Epidemiology Unit, Latium Regional Health Authority, Rome, Italy Tumori* 1990 Aug 31;76(4):365-9
- ⁶² PATH (Programa de Tecnología Apropiaada en Salud). *Evaluación cualitativa de los conocimientos, las actitudes y las prácticas acerca del Cáncer Cervicouterino de algunas Mujeres y Proveedores en el Estado de nayarit, México*. HCP/HCN 99.07 original inglés. Informe Técnico. OPS. División y control de las enfermedades no transmisibles. Agosto 1999 traducción español.
- ⁶³ OPS/HCP/HCN. *Participación de las mujeres en el programa de detección oportuna del cáncer uterino. (Municipio de Santiago Mariño y Francisco Linares Alcántara). Estudio cualitativo*. División de Prevención y control de enfermedades Programa de enfermedades no transmisible. Venezuela, septiembre 1999.

ANEXO 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas, Fase IV.
Pública.

Boleta 1
Guatemala 2002 Maestría en Salud

El siguiente instrumento ha sido diseñado para recolección de información cuantitativa en el tema de investigación:

Factores socioculturales asociados a la utilización del Servicio de Papanicolaou, por mujeres usuarias del programa de extensión de cobertura SIAS, quienes viven en los sectores marginales de la zona 6 de la capital de Guatemala.

Objetivo: "Determinar desde el punto de vista de las usuarias los factores socioculturales que se asocian a la baja utilización de PAP, en el programa SIAS en zona 6 de la capital"

No de identificación : / / / / / Fecha de la entrevista: / / / / /

No de grupo focal: / / / / No de participante: / / / / /

No de coordinadora del grupo focal / / / / /

* Se ruega marcar con una X, el cuadríto que corresponde y, anotar el número que se solicita.

Sector: _____

* Nombre de participante: _____

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| 1. * Edad en años cumplidos | <input type="checkbox"/> De 15 años a 65 | Edad: _____ años |
| 2. Escolaridad | <input type="checkbox"/> Analfabeta
<input type="checkbox"/> Alfabeta | <input type="checkbox"/> Básico
<input type="checkbox"/> Técnico |
| 3. Estado civil | <input type="checkbox"/> Casada
<input type="checkbox"/> Soltera
<input type="checkbox"/> Viuda | <input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Unida
<input type="checkbox"/> * Sola |
| 4. Procedencia | <input type="checkbox"/> Capital
<input type="checkbox"/> Interior urbana | <input type="checkbox"/> Interior rural |
| 5. Ocupación | <input type="checkbox"/> Ama de casa
<input type="checkbox"/> Maquila
<input type="checkbox"/> Oficinista | <input type="checkbox"/> Informal
<input type="checkbox"/> Otro |

6. Grupo étnico

- Ladino
- Indígena

- Garífuna

7. Religión

- Católica
- Protestante

- Costumbre maya
- No profesa

8. Inicio de vida Sexual activa

- Entre 10 a 15 años o más
- 16 a 20
- 21 a 25

- 26 a más

Anotar edad en años: _____ años

9. N° Compañeros sexuales que ha tenido

- Ninguno
- Uno

- Dos
- Tres o más

10. N° de hijos

- Cero
- 1
- 2

- 3
- 4 ó más

11. *Realización de PAP

- NUNCA
- Sí

- 3 meses y 1 año
- Entre 2 Y 3 años
- Entre 4 a 5 años
- Más de 5 años

Esta es la Boleta que se revisó y mejoró después de la aplicación de la prueba Piloto.

Los puntos señalados con (*) son los que se agregaron.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas, Fase IV.
Maestría en Salud Pública.

Guía de Grupo Focal
Guatemala 2001

El siguiente instrumento ha sido diseñado para recolección de información cuantitativa en el tema de investigación,

Factores socioculturales asociados a la utilización del Servicio de Papanicolau (Pap), por mujeres usuarias del programa de extensión de cobertura SIAS, que viven en los sectores marginales de la zona 6 de la capital de Guatemala.

Objetivo: "Determinar desde el punto de vista de las usuarias los factores socioculturales que se asocian a la baja utilización de PAP, en el programa SIAS en zona 6 de la capital".

Fecha de la reunión: [] [] [] [] No de grupo focal: [] [] [] []

No de participantes: [] [] [] [] Lugar de la reunión: [] [] [] []

Conocimientos

1. ¿Sabe qué es el Papanicolau?
2. ¿Quién le ha hablado / informado sobre el Pap?
3. ¿Sabe para qué sirve el Pap?
4. ¿Sabe cuántas veces hay que hacerse el Pap?
5. ¿Usted sabe si existe alguna recomendación para hacerse el Pap (edad, sexo, condición fisiológica, virginidad etc)?
6. ¿Usted piensa que cualquier persona (mujer) se puede hacer el Pap? ¿por qué?
7. ¿Sabe si existe algún lugar cerca de su casa para hacerse el Pap.? ¿Cuál? ¿Qué tan cerca?
8. ¿Qué dicen otras mujeres respecto al Pap?

Actitudes

9. ¿Se haría, usted un Pap? ¿Por qué?
10. ¿Qué piensa de las mujeres que se hacen el Pap? ¿Por qué piensa así?
11. ¿Qué piensa de las mujeres que no se hacen el Pap? ¿Por qué?
12. Si pudiese escoger a la persona que le hiciera el examen de Pap. ¿A quién elegiría? ¿por qué?
13. Alguna vez ha hablado con su mamá /hija /hermana/ vecina acerca del Pap? Por qué?
14. Usted ha hablado con algún hombre acerca del PAP. ¿con quién? ¿Por qué?

15. ¿Sabe que opinan los hombres acerca del PAP?
16. ¿Qué pensó antes de hacer se el PAP? ¿Por qué?
17. ¿Cómo se sintió cuando le hicieron el PAP? ¿por qué?

Prácticas

18. ¿Se ha hecho alguna vez el Pap? Por qué?
19. ¿Cuántas veces se ha hecho el Pap? Por qué?
20. ¿Dónde (en qué institución), se ha realizado el Pap?
21. ¿Alguien le dijo que se hiciera el Pap? ¿Quién? ¿por qué?
22. ¿Alguien le ha dicho que no se realice el PAP ¿quién? ¿por qué?

Anexo 3

Definición de códigos.

DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	Codificación de segundo nivel	DEFINICIÓN
CONOCIMIEN <i>Conjunto de ideas y conceptos que logran definir el significado de la prueba de Papanicolaou, su uso y recomendaciones en salud</i> TO <i>Conjunto de ideas y conceptos que logran definir el significado de la prueba de Papanicolaou, su uso y recomendaciones en salud</i>	1.1. Suficiente	Define la prueba de Papanicolaou (Pap), a partir de su beneficio para la salud, la técnica, frecuencia de uso, grupos y edades de priorizados para la toma y su carácter preventivo en el control de CaCu.
	1.2. Información básica	Define la prueba Pap partir de su beneficio para la salud, la técnica, frecuencia de uso, desconociendo el carácter preventivo de la misma.
	1.3. insuficiente	La entrevistada tiene una idea del uso de esta prueba en la consulta ginecológica, sin especificar el contenido, la técnica y el diagnóstico.
	1.4. Desinformación	La entrevistada ha escuchado el nombre de la prueba PAP, pero su información es incorrecta.
	1.5. Desconocimiento	La paciente no conoce el término, ni su uso.
	1.6. Informantes	Engloba a todas las personas que de una o de otra forma informan o transmiten algún conocimiento acerca de la prueba PAPANICOLAOUU
	1.7. Medio de información	Es el medio de comunicación social o grupal a través del cual se ha tenido acceso a la información o conocimiento sobre la prueba PAPANICOLAOUU
2. ACTITUDES <i>Conjunto de disposiciones adquiridas que nos llevan a reaccionar negativa o positivamente ante la toma de muestra del Papanicolaou.</i>	2.1. Actitud positiva	Tendencia a reaccionar de forma positiva ante la posibilidad de utilizar la prueba de Papanicolaou.
	2.1.1. Responsabilidad familiar	Denota una reacción positiva frente a la toma del PAPANICOLAOUU motivado por la responsabilidad que la entrevistada tiene frente al cuidado de los hijos.
	2.1.2. Miedo a la muerte prematura	Denota una reacción positiva frente a la toma de PAP, motivada por el miedo a la muerte prematura.
	2.1.3. Autocuidado de la salud	Denota una reacción positiva que se manifiesta mediante la búsqueda de la atención médica, especialmente en el aspecto preventivo.
	2.1.4. Preferencia por Examinadora.	Preferencia por una examinadora, que actúa como facilitadora en a toma de muestras.
	2.2. Actitud negativa	Tendencia a reaccionar de forma negativa ante la posibilidad de utilizar la prueba de Papanicolaou.
	2.2.1. Miedo al resultado	Actitud de rechazo a la toma del Papanicolaou Motivado por el miedo a obtener un resultado desfavorable o ser atendido con una técnica inadecuada.

	2.2.2. Nerviosismo	<i>Estado emocional manifestado por la paciente ante un hecho que supone una amenaza a la integridad de su persona.</i>
	2.2.3. Baja estima.	<i>Consideración que hace la entrevistada minusvalorando el papel protagónico de la mujer en los distintos ámbitos de la sociedad.</i>
	2.2.4. Rechazo por examinador masculino	<i>Rechazo que manifiesta respecto a la persona examinadora, si es hombre la usuaria manifiesta actitud de rechazo a la utilización del Papanicolaou</i>
1. PRÁCTICAS <i>Se refiere a la realización del examen de PAP, a mujeres en edad fértil (15-49 años)</i>	3.1. Práctica negativa	<i>Mujeres entre 15 y 49 años que no se han realizado una prueba de Papanicolaou, en un periodo mayor de 3 años.</i>
	3.2. Nunca.	<i>Mujer comprendida en la edad fértil y grupo de riesgo, que jamás se ha realizado una prueba PAPANICOLAOU</i>
	3.3. Frecuencia negativa.	<i>Mujer en edad fértil que se ha tomado su último PAPANICOLAOU en un periodo mayor de 3 años.</i>
	3.4. Práctica positiva	<i>En mujeres de edad fértil se considera una toma de PAPANICOLAOU con una frecuencia anual o menor de 3 años.</i>
	3.5. establecimiento más frecuentado.	<i>Establecimiento prestador de servicio en la toma de Papanicolaou, a los que acude con más frecuencia la entrevistada.</i>
4. PREJUICIOS CULTURALES <i>Se consideran en este estudio, aquellas expresiones que denotan hábitos, creencias respecto a la sexualidad, el uso del cuerpo, la virginidad y la determinación del hombre sobre el cuidado de la salud de la mujer, que las entrevistadas relacionan como influyentes en la utilización o no-utilización del Papanicolaou</i>	4.1 Pudor	<i>Sentimiento referido a su intimidad sexual relacionado con los pre-conceptos sobre el cuerpo, la sexualidad y la genitalidad humana como algo que debe ser escondido.</i>
	4.2. Celos del marido	<i>Actitud de la pareja sexual que funciona como barrera en la utilización del servicio de PAPANICOLAOU</i>
	4.3. opinión del marido	<i>Desde una visión patriarcal, la opinión de la pareja sexual puede actuar como facilitador o barrera en la utilización del Papanicolaou</i>
	4.4. Virgen	<i>Aspecto cultural relacionado con la valoración del cuerpo, la que considera que la mujer, solamente puede realizarse el Papanicolaou si ya ha tenido su primera relación sexual, de lo contrario la pérdida del himen la convierte en alguien de poco valor.</i>
	4.5. Vergüenza	<i>Estado psicológico suscitado especialmente por la experiencia de la culpa, que considera tener por exponer partes íntimas de su cuerpo.</i>
5. CALIDAD <i>Se refiere al servicio de toma de PAPANICOLAOU Y se considera de buena calidad aquel que es técnicamente adecuado, éticamente aceptable, y se brinda a tiempo, todo el tiempo, conservando la intimidad y privacidad de la usuaria</i>	5.1. Dolor	<i>Referencia subjetiva manifestada por la usuaria durante o posterior a la toma del Papanicolaou Causada por una técnica inadecuada en la toma de muestra que provoca lesión y dolor en los genitales femeninos.</i>
	5.2. Morbosidad	<i>Una calificación, en que la paciente percibe haber sido atendida de forma anti-ética, violatoria de sus derechos e intimidad sexual.</i>
	5.3. Desorganización del servicio.	<i>Las entrevistadas se refieren al hecho de no tener conocimiento acerca de los lugares y días en que el SIAS puede prestar el servicio de toma de PAPANICOLAOU</i>

6. ACCESIBILIDAD <i>Se refiere a la facilidad con que los servicios de salud pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población</i>	5.4. No Privacidad en el servicio	<i>Calificación negativa referida al local de toma de muestra, en el SIAS las condiciones de estructura física donde se presta el servicio de toma de muestra, carecen de privacidad y equipo básico.</i>
	5.5 Mala higiene	<i>Las mujeres manifiestan desconfianza hacia el servicio SIAS, por considerar que no tiene suficiente asepsia y antisepsia con el instrumental técnico.</i>
	5.6. No consentimiento	<i>Mujer a quien se le ha tomado una muestra de Papanicolaou, y refiere no haber sido consultado o informado respecto a este servicio.</i>
	5.7. Oportunidad	<i>Ocasión en que la usuaria demanda otro servicio, y la prestadora aprovecha la oportunidad para realizar el Papanicolaou</i>
	5.6. Extravío de resultados	<i>Situación provocada por desorganización en el servicio, que hace perder la confianza, provocando la no-utilización.</i>
	6.1. Económica	<i>Se refiere a la relación disponibilidad de recurso financieros y los costos que tiene los servicios de PAP, que supone gastos directos o indirectos para la utilización.</i>
	6.2. Horario	<i>Se considera barrera para las mujeres que trabajan mas de 8 horas fuera de la comunidad, y no pueden acceder a los servicios de toma de PAPANICOLAOU</i>
6.3. Geográfica	<i>Se considera la distancia o condiciones del terreno, que debe recorrer una usuaria para acceder a los recursos.</i>	