

01985
13

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL
COMPORTAMIENTO PREVENTIVO DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :
ROSARIO VALDÉS CARAVEO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DIRECTORA DE LA TESIS:
DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA**

COMITÉ TUTORIAL:

- Dr. Rolando Díaz Loving
- Dr. Harmon M. Hosch
- Dr. Hugo Aréchiga
- Dr. Juan José Sánchez Sosa
- Dra. Dolores Mercado
- Dr. Benjamín Domínguez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis hijos por todo lo que significan....

y a:

*todas aquellas mujeres que
se fueron antes de disfrutar a los suyos...*

sí hubiesen prevenido...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradecimientos

El presente trabajo sería imposible sin el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a quien le expreso mi más sincero agradecimiento.

Asi mismo, Quiero agradecer al sistema de investigación Francisco Villa , el apoyo a los proyectos (19960319) y (1999040310) fondos de los que se deriva gran parte de este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi "Alma Mater", a la que reconozco su calidad académica y filosofía de servicio.

A mi Asesora:

Dra. Graciela Rodríguez Ortega a quien admiro como modelo de esfuerzo y trabajo, en beneficio de nuestra disciplina psicológica.

A mis sinodales:

Dr. Rolando Díaz Loving, Dr. Harmon M. Hosch, Dr. Hugo Aréchiga, Dr. Juan José Sánchez-Sosa, Dra. Dolores Mercado y Dr. Benjamín Domínguez, por su valioso tiempo, dedicación, y esfuerzo para entender nuestras intenciones y amistosas sugerencias en beneficio de nuestras ideas.

A la M.C. Maria de Jesús Calleros Rincón, Secretaria Técnica del SIVILLA, gestora incansable del trabajo de investigación en nuestra región.

A mi amigo y colega Dr. Pedro Barrera Valdivia, por sus diligentes aportaciones y dedicación a la investigación.

A la Dra. Esther López Corral, a quien reconozco su interés científico y su generosidad, para los que comparten esta tarea.

A la Dra. Cristina González, por sus sugerencias en el campo de la comunicación humana.

Al Dr. Raúl Ramírez, Director del Centro de Atención Oportuna de Cáncer, por su interés en el desarrollo de este proyecto, sus atinadas sugerencias e introducción a la

cultura de la medicina.

A la M.C. Gabriela Amparán Sáenz por sus horas en el trabajo de campo y su incansable apoyo en el desarrollo de ésta investigación.

Al personal de la Escuela Libre de Psicología, en especial a Berthita y a Mague, por la administración adecuada de los proyectos que sustentan este trabajo.

A la Lic. Gabriela Contreras S. Por su interés en el trabajo de investigación y superación constante.

A los alumnos de la Escuela Libre de Psicología, especialmente a la Lic. Lluvia Carmona y a la Lic. Lucila Sánchez, por su participación en la aplicación de cuestionarios y trabajo de campo.

Y, un reconocimiento especial al M.C. Alfonso Chávez Salcido por la constante revisión de redacción y estilo, en este texto...

ÍNDICE.

1.0	RESUMEN	1
2.0	ANTECEDENTES	3
2.1	Causas del cáncer cervicouterino.	6
2.2	Psicología de la Salud y Comportamiento Preventivo.	13
2.2.1	Modelo de creencias de salud	16
2.2.2	La Teoría de la Acción Razonada	18
2.2.3	Teoría de la autodiscrepancia.	20
2.2.4	Control psicológico.	21
2.2.5	Autoeficacia y Comportamientos de Salud.	25
2.3	Estudios de Prevención en México	26
2.4	El estudio del comportamiento preventivo de la salud en Chihuahua.	29
2.5	Información sobre campañas en otros países.	32
2.6	Planeación de Campañas de Salud	34
2.7	Aportación para iniciar una campaña de prevención de cáncer cervicouterino en la ciudad de Chihuahua	39
3.0	ESTUDIO I	40
3.1	OBJETIVO	40
3.2	MÉTODO	40
3.2.1	Modelo Hipotético de la investigación.	42
3.2.2	Definición de Variables.	44
3.2.3	Instrumento	46
3.2.4	Sujetos	47
3.2.5	Procedimiento	47
3.3	RESULTADOS	48
4.0	ESTUDIO II	50
4.1	OBJETIVO	50
4.2	MÉTODO	50
4.2.1	Sujetos	50
4.2.2	Medidas	50
4.2.3	PROCEDIMIENTO	51

4.3	DISCUSIÓN Y RESULTADOS.	53
5.0	ESTUDIO III	58
5.1	OBJETIVO	58
5.2	MÉTODO.	59
5.2.1	Sujetos	59
5.2.2	Medidas.	59
5.2.3	Procedimiento	59
5.3	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	60
6.0	FOLLETO	64
7.0	ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LAS FUENTES DE MOTIVACIÓN DERIVADAS DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS.	65
7.1	ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL FOLLETO	67
7.2	MÉTODO.	68
7.2.1	Sujetos	68
7.2.2	Procedimiento.	69
7.2.3	RESULTADOS Y EVALUACIÓN DEL FOLLETO	71
8.0	ESTUDIO IV	78
8.1	OBJETIVO	78
8.2	MÉTODO	78
8.2.1	Sujetos	78
8.2.2	Procedimiento	80
8.2.3	Procedimiento del cuarto estudio	82
8.2.3.1	Sesión de Trabajo	84
8.2.4	Sesiones del Seguro Social	84
8.2.4.1	Sesiones de Pensiones Civiles del Estado	85
8.3	Resultados	87
8.3.1	Resultados Finales	87
8.3.2	Análisis del grupo de mujeres que tuvieron comportamiento preventivo efectivo	94
8.4	DISCUSIÓN	98

9.0	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	101
10.0	DIAGRAMAS	118
10.1	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	118
10.2	HIPÓTESIS METODOLÓGICA.	118
10.3	HIPÓTESIS METODOLÓGICA. ESTUDIO IV	118
10.4	DIAGRAMA DE FLUJO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.	119
10.5	RESUMEN DE LOS RESULTADOS.	120
10.6	GUIÓN DEL VIDEO	123
10.7	FOLLETO	126
11.	ESTADÍSTICAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO	128
12.0	BIBLIOGRAFÍA.	131
13.0	APENDICE 1a ITEMS CORRESPONDIENTES A CADA VARIABLE DEL MODELO HIPOTÉTICO.	162
14.0	APENDICE 1b. CUESTIONARIO No. 1	166
15.0	APENDICE 2 CUESTIONARIO No. 2. (revisado).	170
16.0	APENDICE 2a ITEMS CON MAYOR PESO FACTORIAL	174
17.0	APENDICE Cuestionario sobre enfermedades de la mujer	176
18.0	APENDICE Solicitud de Telegrama	177
19.0	APENDICE Cuestionario Núm. 3.1	178
19.1	APENDICE Cuestionario Núm. 3.2	181
19.2	APENDICE Análisis del estudio II	182
19.3	APENDICE Análisis del estudio III	185
19.4	APENDICE Evaluación del Folleto	201

RESUMEN

La principal causa de muerte en mujeres entre 30 y 65 años, en México, es el cáncer cervicouterino y Chihuahua ocupa el tercer lugar en mortalidad por el mismo. Este estudio pretende identificar variables psicosocioculturales involucradas en el porqué no acuden las mujeres al Papanicolau. Se exploró un "Modelo Hipotético" con variables: estilo modificador activo, resistencia a la enfermedad, ventajas percibidas, autoeficacia, apoyo social y conciencia pública. Método que incluye cuatro estudios:

I: Construcción, factorización, validación y confiabilización de medidas de variables psicológicas y demográficas del modelo hipotético en una muestra de 106 mujeres de 35 a 65 años. Comportamiento preventivo-efectivo se asoció a subescalas:

Apoyosocial (e.v.2.10 var 57.60∞.73). Estilo modificador activo(e.v.2.04 var. 25.5∞.60), Resistencia a la enfermedad (e.v. 2.30 var. 31.30∞.74), Autoeficacia e.v.1.23 var.34.8∞.62), Ventajas (e.v.10.32 var.52.60∞.92) y Desventajas (e.v.5.49 var. 64.70∞.85).

II: Aplicación del instrumento a 400 mujeres en riesgo y exploración de variables implicadas en comportamiento preventivo, y valoración de constructos teóricos conceptuales del modelo hipotético e incremento de las medidas diseñadas. Las variables importantes de acuerdo a la regresión logística fueron: me siento apoyada por mi madre, para hacerme el estudio(R.M =2.82 sig .001) y consideran ventajas tener una vida mas tranquila (R.M. =3.60 sig.047) y evitar gastos económicos mas fuertes (R.M=1.2 sig.000).

III: Objetivo: medir la capacidad predictiva del modelo y las medidas precisadas en el estudio anterior. Explorar un diseño de grupos equivalentes sociodemográficamente. Participantes: dos grupos de 50 mujeres cada uno, uno con y otro sin "papanicolaou", durante los últimos tres años, con frecuencia anual. Se aplicó el instrumento del estudio II y una entrevista sobre historia de vida y creencias en comportamiento preventivo. Previa Identificación de expedientes, se realizó en una institución pública de salud. El factor de mayor peso fue Información sobre la enfermedad. R.M. β =1.21 sig. .0164. Otras variables críticas fueron: Ventajas como "Tener una vida mas prolongada" R.M. β =4.6 sig. .008. Desventajas como "Tengo temor a ser lastimada con los instrumentos" β =1.93 sig. .08 y "El realizarme el estudio me inhibe" β =2.72 sig.08.

IV: Diseño factorial 2x2x2 evaluándose folleto, video y servicios administrativos de dos instituciones de Salud Publica Se investigó comportamiento preventivo efectivo en 160 mujeres en riesgo sin PAP. Se midió "información" y Percepción de servicios administrativos con un pre test - post test que incluye afirmaciones relevantes de los estudios precedentes. CPE se asoció con percepciones: confianza en que los materiales e instrumentos para realizar el Pap son higiénicos $X^2(4)=8.73(p=.06)$. buena la atención que les brinda el personal de cada institución $X^2(4)08.29(p=.08)$. Relación significativa entre las mujeres que tuvieron CPE y apoyo social de la madre y de la pareja. Pre-test $X^2(3)=15.66(p=.001)$. Post-test $X^2(3)=7.28(p=.026)$. Existieron diferencias significativas en información en todos los grupos lo cual indica cambios cognitivos después de cada tratamiento. Los cambios más significativos se encontraron en "video con folleto" en ambos grupos. (t(19)=26.449, p=0.00) Con el estudio, se evidenciaron variables culturales que impiden la salud y se realizaron materiales, para incidir en el comportamiento preventivo.

Indicadores: Psicosocioculturales, Cáncer Cervicouterino, Papanicolau, Comportamiento Preventivo Efectivo (CPE), Autoeficacia, Estilo Automodificador, Estilo modificador, Resistencia a la Enfermedad, Conciencia Pública, Ventajas, Desventajas.

ABSTRACT

The main important death cause between women aged 30 and 65, in Mexico, is the cervicuterin, cancer. Chihuahua is the third place of mortality in the country. This investigation wants to identify the cultural variables that have influence on the preventive behavior upon this kind of cancer. And the answers to the interrogative why, women don't take this advantage and practice this examination. It is a proposal to one hypothetical pattern on psychological variables as such as a self modify. Active modify style, resistance to illness, and perception to advantage, self-efficacy and social variables like: social support and public awareness. Method include four studies:

I: Construction, factorization, validation and the confiability of one questionnaire pretended to measure psychological and demographic variables. It was applied to 106 women aged 35 to 65 years. preventive behavior.(e.v.2.10 var 57.60∞. 73). active modify style, resistance to illness, self efficiency, advantages and disadvantages.(e.v.5.49 var. 64.70∞.85)

II: Application of the obtained instrument, to 400 women exploring implicated variables in the preventive behavior and taking the value of the theories conceptual construct of the hypothetical model and increase the model measuring to estimate. The outstanding variables on the logistic regression model were: I feel really supported by my mother, to practice the examination (R.M.2.82 sig .001), and considerate to have a more quiet life.(R:M.= 3.60 sig. 047) and avoid more economical expensive.(RM:01.2 sig 000).

III: Measuring the predictive capacity of the model and precised measuring in the former study, with sociodemographic group model equivalence. Participate 50 women who practiced the examination of the " papanicolau ", during the last three years, at least once a year and another group of 50 that never practice. Were applied two measuring groups to obtain the data information. The instrument of the study number one and two, one interview identification card with the entire information about life story, believes relation with taking steps to prevent cancer. . According to the results the mayor weight factor was: information about the illness (R.M.β=1.21 SIG.0164), another critical variables were: "to have a longer life" R:M:B:=4,6 sig. 008)"I am afraid to be hurt with the instruments")β=1.93 sig. .08 and this examination inhibit me (β=2.72 sig .08)

IV: Factorial design 2x2x2 evaluating: Pamphlet, a video and the administrative services of two health institutions, administratives and test postest about this information learning, participate 160 women and the independent variable was an effective preventive behavior PAP. The results, report confidence in the materials and instruments hygienic. $X^2(4)=8.73$ (p=.06). and perceive a "well treat from the personnel of each institution". $X^2(4) 08.29$ p=.08. There are significant differences between the women who have CPE and social support from her mother and her partner. Pretest $X^2(3)=15.66$ (p=.001) postest $X^2(3)=7.28$ (p=.026). Exist significant differences about all the group information, indicating cognitive changes after each treatment. The most significant changes were found on video with the pamphlet. $X^2(19)=26.449$, p=0.00). The study evidence, the cultural variables who obstruct behavior to preserve and promote health. Realize the materials (pamphlet and video) and propose the preventive behavior.

Key Words: *Psycho-socio-cultural, Cervicuterin Cancer, Papanicolau, Preventive Effective Behavior (CPE), Self efficacy, active modify style, self modify style resistance to illness, perception to advantage, disadvantages, social support and public awareness.*

2.0 ANTECEDENTES

La salud de las mujeres se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y de género. Esta especificidad, reclama consideraciones particulares en la atención a la salud de éstas, en las diferentes etapas de su vida y no sólo en edades reproductivas. Es considerable el número de mujeres, que padecen enfermedades incapacitantes de por vida, por no presentar comportamientos preventivos, como recurrir a revisiones periódicas. (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Rosenbloom, y Rossi, 1994). Debe subrayarse la existencia de prejuicios sociales y educativos, que influyen en las mismas, para buscar servicios preventivos. (Battista y Fletcher, 1988; Harmon, Castro y Coe, 1997; Suarez, Roche, Nichols, Simpson, 1997; Yi, 1997). Algunos autores, reportan que el diagnóstico en etapas tempranas del cáncer uterino y de la mama, permite el tratamiento adecuado y en el 90% de los casos, las mujeres afectadas por el mismo, desarrollan una vida normal. El uso de la función predictiva de diversas pruebas médicas se ha discutido cada vez con más fundamentación (Craun y Deffenbacher, 1987; Miller, Mischel y O'Leary, 1996).

En México, durante el año de 1992, las principales causas de muerte de mujeres entre 15 y 64 años de edad, fueron en orden de importancia: Tumores malignos (45 de cada cien mil mujeres) principalmente de cuello de útero y mama, enfermedades del

corazón (23.6), diabetes (22.4) y lesiones (14.1). Se ha documentado que la propensión a la diabetes, es más alta entre las mujeres que entre hombres, de más de 50 años de edad (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 1995). Considerando las anteriores estadísticas, es importante destacar la necesidad de prevenir, detectar y atender de manera oportuna los tumores mamarios o cervicouterinos, que provocan casi la mitad de las defunciones en mujeres. En 1994, apenas una de cada cuatro mujeres en edad fértil, se había practicado la prueba de Papanicolaou siendo esta proporción de tan solo 17%, en zonas rurales (CONAPO, 1995). En el Estado de Chihuahua, el 26.6 % de las defunciones registradas en hospitales, se relacionan con enfermedades como: cáncer, diabetes y alteraciones cardiovasculares (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 1990). Así mismo, se encuentra incluido, en el plan de trabajo del subcomité del Programa Nacional de la Mujer, del Municipio de Chihuahua. (Julio 1997), la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mama, como una de las prioridades, en el área salud.

En México, como en otros países en desarrollo, la incidencia y la mortalidad debida a padecimientos asociados con el cáncer, no han disminuido; en particular los países de América Latina, se han caracterizado por reportar las mayores tasas de incidencia, en todo el orbe. En Latinoamérica, una de cada mil mujeres, de 35 a 55 años, padecen de cáncer del cuello uterino y en México, actualmente, cada dos horas muere una mujer de este tipo de padecimiento. En 1994, se hizo un registro de 4624 mujeres,

siendo el cáncer cervicouterino, el de mayor incidencia a nivel nacional. Este tipo de cáncer es cien por ciento curable, si se diagnostica a tiempo, ya que esta enfermedad es precedida, durante meses o años, de una lesión premaligna in situ y un diagnóstico temprano y oportuno de la misma, les permite una vida totalmente normal (Lamont, 1994).

La Citología exfoliativa cervicovaginal (frotis cervicovaginal o prueba de Papanicolaou) es el método más ampliamente usado, para el diagnóstico temprano y oportuno de esta neoplasia. Fue desarrollado inicialmente hace más de 60 años; no es doloroso, fácil de practicar y tiene alta efectividad, a un costo relativamente bajo.

El papanicolaou, es capaz de identificar en los portaobjetos, células cancerosas, en pacientes con cáncer del útero, sin otras manifestaciones visibles, el método se ha perfeccionado y utiliza muestras del cervix y la vagina. La toma, se realiza en posición ginecológica y antes de cualquier otro procedimiento, se coloca un espejo vaginal y se hace una toma, en tres sitios diferentes con una espátula pequeña en la parte superior y parte lateral de la vagina, en las porciones externa e interna del cuello; ésta última toma, es la más importante, ya que la parte interior del cuello, es el sitio donde con mayor frecuencia, se inician las lesiones previas al cáncer cervicouterino. Este estudio, se puede realizar durante el embarazo y de preferencia después del ciclo menstrual, se requiere que la mujer no haya tenido relaciones sexuales, ni se haya realizado lavados

vaginales ni administrado un medicamento vaginal, en las últimas 24 horas. Es importante mencionar que el papanicolaou no duele, ni presenta molestia alguna. (Strauz, 1998)

2.1 Causas del cáncer cervicouterino.

En México, la lucha contra el cáncer cervicouterino, involucra la modificación de ciertos patrones culturales, entre los que podemos citar: la multiparidad y una adecuada educación sexual, que dificultan, no sólo la aceptación de la prueba de detección, sino también el conocimiento sobre la existencia de enfermedades sexualmente transmisibles, específicamente las producidas por el papiloma virus, herpes simple y las verrugas genitales, ocasionadas por el debut sexual a temprana edad y varias parejas sexuales. También existen estudios que relacionan este tipo de cáncer con estilos de personalidad.

Los estudios que existen sobre el cáncer (Escandón, Benitez, Navarrete, Vasquez, Martínez, Escobedo, 1992; Miller et al., 1996) ubican el cáncer del cérvix, como una de las causas de muerte en la mujer, a pesar de los avances en la tecnología de la salud. La marginación social y prejuicios del sexo femenino, se hacen evidentes con la mortalidad manifiesta a causa de esta enfermedad. La naturaleza que antecede a la prevención, es de carácter multifactorial, así como la dificultad para establecer medidas de prevención específica, la detección de factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y tratamiento certero, creencias sobre salud y el acceso a los servicios de salud, así

como, la educación en comportamientos proactivos para promover la salud, sin tratar de solucionar los problemas con tratamiento irreversibles e innecesarios. (Burak y Meyer, 1997). La tasa de incidencia de cáncer en las mujeres hispanas y grupos femeninos, de indios americanos, es aproximadamente el doble que en la población blanca. (Devesa, Pollack, Young, 1984) Se ha demostrado que afecta a clases bajas (Hendricks, 1993; Shaw, Tesaro, Herman y Giese, 1997) por lo que consideramos que el comportamiento de prevención, no está incluido en la educación informal de las mujeres, es más, existen prejuicios y tabúes, que impiden a las mujeres llevar a cabo comportamientos de prevención, como lo es el papanicolaou (Hiatt, Pasick, Pérez, McPhee, 1996; Pérez, Eliseo, Otero, Sabogal y Nápoles, 1996) Se ha identificado también, que diversos grupos religiosos, tales como: monjas católicas, mormones y vudús, tienen una baja frecuencia de esta enfermedad, podemos suponer que los patrones de conducta de estos subgrupos y la presencia de circuncisión en los varones (Strauz, 1998) reducen la posibilidad de contraer la enfermedad; existen estudios que han puesto de manifiesto, la relación que existe con otros factores, como son: la actividad sexual a edades tempranas y la relación con varias parejas sexuales, en ambos sexos (Harris, Brintton, Lazcano y Cawdell, 1980). Hay otros aspectos ginecológicos y obstétricos que se han relacionado con la enfermedad, dentro de los cuales se encuentran: la edad de la menarca, la menopausia, la multiparidad, (Miller, et al., 1996; Montiel y Urquidi, 1998) y el uso de anticonceptivos hormonales, durante mas de una década, en las mujeres sexualmente activas. (Castañeda, Toledo. Aguilera, 1998; Montiel y Urquidi,

1998). Se han implicado algunos agentes infecciosos en este proceso neoplásico, como son: los virus del papiloma humano y el del herpes tipo II, también asociados a patrones sexuales, falta de higiene y tabaquismo (Price, Easton, Telljohann y Wallace, 1996).

También existen estudios, que relacionan el cáncer cervicouterino, con ciertos rasgos de personalidad. En estudios longitudinales realizados con el Test Multifásico de la Personalidad Minnessota (MMPI), entre la década de 1966 y 1976 en una población de 14,000 habitantes en Yugoslavia, encontraron que las mujeres que percibían a su madre como dominante y no expresaban sentimientos positivos, habían reportado cáncer cervicouterino, también en este caso se encontraban las mujeres que tenían tendencias sadomasoquistas y depresivas. (Grossarth, Eynsenck, Pfeifer, Schmidt y Koppel, 1997). En México, también se reporta un estudio utilizando el instrumento denominado The Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire, en mujeres de 19 a 79 años, en donde se reportó que las mujeres con cáncer cervicouterino, tenían una historial asociado a síntomas depresivos, ansiedad, percepción de enfermedad grave, ansiedad cognitiva y escasos recursos para enfrentar el padecimiento (Valderrama, Carbellido y Domínguez, 1995) Otro reporte indica la presencia de correlatos neuróticos, en mujeres propensas a contraer este tipo de cáncer (Bandyopadhyay, Chattopadhyay, Ghosh y Basu, 1988).

Es importante mencionar al respecto que durante los últimos 30 años, el Instituto

Mexicano del Seguro Social, ha realizado investigaciones sobre esta neoplasia, misma que se ha mantenido estable e incluso se predice la tendencia a aumentar en un 20 % para el año 2000. Recientemente, no se ha observado el descenso que se esperaba con las acciones de detección. El promedio de detecciones hechas por el IMMS, en los últimos 10 años, es cercano al millón de estudios anuales, sin embargo, esto representa sólo una cobertura del 10 a 20 % de las mujeres mayores de 25 años, amparadas por el IMSS. (Escandón et al., 1992).

Los antecedentes mencionados nos indican que si se desea impactar, en la mortalidad causada por esta neoplasia, es necesario modificar en forma sustancial los programas de control existentes, dado que las coberturas actuales, no están hechas en función de las mujeres en riesgo, sino de la disponibilidad de citotecnólogos y en las unidades de atención médica, por lo que sería deseable, que el universo de trabajo, se centrara en aquellas mujeres con un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad. Desde los trabajos iniciales, publicados en la literatura médica, en las décadas de 1960 y 1970, están identificados los grupos de alto riesgo, lo que indudablemente debiera regir la planeación y operación de las acciones en salud (Escandón et al., 1992).

Para los estudiosos de este tipo de cáncer, la edad es de los principales factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino. Los hallazgos reflejan un claro efecto de esta variable, ya que las tasas de incidencia se incrementan progresivamente

a partir de los 40 años (Hendryx, 1993; Henning y Knowles, 1990; Strauz, 1998). Estos resultados, muestran consistencia con la información del registro nacional del cáncer (Fraumeni, Lloyd y Smith, 1981). En estos estudios se menciona, que la edad condiciona una mayor exposición a los factores de riesgo conocidos, así como una mayor probabilidad de cambios mutagénicos celulares, que puedan condicionar la presencia de neoplasias.

En base a los anteriores hallazgos, podríamos concluir que para combatir el cáncer se requiere, inicialmente, del conocimiento veraz de su frecuencia y distribución en las diferentes regiones del país.

Actualmente, existe una carencia de estudios confiables, que permitan establecer la magnitud y distribución del problema, misma que ha hecho que los servicios médicos para la atención del cáncer, no se hayan desarrollado idealmente. Es indispensable identificar, a nivel local, grupos de alto riesgo, que sean prioritarios para la aplicación de las medidas de intervención, que el desarrollo tecnológico en salud, permite realizar (Bostick, Sprafka, Virning y Potter, 1994).

Considerando que en esta etapa, el compromiso de las instituciones de salud, es consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica, en donde el seguimiento nominal de los casos, sea una constante de trabajo intra e interinstitucional, y el desarrollo de

investigaciones, sea un propósito prioritario, donde se aborden los aspectos biomédicos, clínicos y operativos, con especial énfasis en el enfoque epidemiológico. Así mismo, es necesario proseguir con la capacitación; en tanto que la evaluación debe ser de carácter cualitativo, con el propósito de incidir sobre los factores causales y de riesgo y poder incidir en la prevención de este problema que afecta a las mujeres.

A la fecha, el estudio del comportamiento preventivo, se ha realizado principalmente en el ámbito de la medicina y solo, recientemente, se han presentado aportaciones desde la perspectiva de la Psicología (Flores, Díaz Loving, Guzmán, Bárcenas y Godoy, 1992; Lara, 1994;). En otros países, se ha investigado ampliamente el impacto de los valores culturales, en la percepción y evaluación de cambios que se presentan en mujeres al final de su período reproductivo; además del establecimiento de programas, para ampliar la información y educación sobre las medidas preventivas, en cuanto a cáncer y osteoporosis (Bowles, 1986). Existen estudios realizados, con poblaciones hispanas en E.U., en donde han encontrado la presencia de creencias, como el "fatalismo", que influye como una barrera, para la prevención de enfermedades, entre ellas el cáncer, ya que muchos México-Norteamericanos y latinos, creen que el cáncer, es un "castigo de Dios" "y es muy poco lo que uno puede hacer para prevenirlo" "y las personas que contraen cáncer, no lo comunican, por considerarlo una enfermedad vergonzosa" (Pérez Stable et al., 1992).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La American Cancer Society, en 1994, reportó que únicamente el 35% de las mujeres, en los Estados Unidos, se realizaban revisiones periódicas, aunque el porcentaje de mujeres blancas fue de 80% contra el 59% en Mujeres afroamericanas e Hispánicas (Paskett, Rushing, D'agostiono, Tatum y Velez, 1997). Así mismo, estudios realizados por centros de investigación oncológica, como el Beaston Oncology Center (BOC) de Inglaterra, han declarado, que en el mundo, el cáncer cervical es el cáncer femenino más importante y que los países subdesarrollados tienen practicas de detección inapropiada, por lo que es necesario investigar nuevas estrategias educativas y métodos efectivos de detección, para reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. En poblaciones de Indios Americanos en E.U, se ha identificado que existen comportamientos, creencias y valores, que desarrollan barreras, para la practica preventiva del papanicolaou (Michielutte, Sharp, Dignan y Blison, 1994).

Por ello en México, como en el resto del mundo, se requiere hacer evidente la poca intencionalidad y los prejuicios existentes, en cuanto a estos comportamientos preventivos, a fin de implementar acciones más efectivas que formen parte de la educación de mujeres, desde edades tempranas. El comportamiento preventivo, incide también en las condiciones de salud en la vejez; conviene destacar que aunque las mujeres sobreviven en mayor proporción que los hombres; el deterioro funcional (incapacidades físicas) es mayor en ellas (CONAPO, 1995).

2.2 Psicología de la Salud y Comportamiento Preventivo.

Hasta hace poco tiempo, prevalecía una concepción de la salud; reduccionista, mecanicista, dualista y orientada hacia la enfermedad (Bernard y Krupat, 1994). Tradicionalmente, el énfasis recaía en lo curativo, obviando la prevención y promoción de la salud. En las últimas décadas, ha habido un giro en la concepción de la salud, considerando a la misma, como un fenómeno biopsicosocial, que implica, además, la posibilidad de obtener un estado óptimo mediante el empleo de ciertas estrategias comportamentales. Es decir, como lo apuntan Moscoso y Obiitas (1994), se considera que la salud es un estado de bienestar que se adquiere o se deteriora de acuerdo con ciertas conductas; desde esta perspectiva, los psicólogos estarán orientados a promover una salud integral, por lo que sus tareas se agruparían en tres grandes categorías: la investigación, las aplicaciones y la formación de recursos humanos capacitados en esta área (Weiss, 1982).

Por otra parte, Matarazzo (1984), ha sugerido cuatro objetivos del campo de la Psicología de la salud. 1) Promover y mantener la salud, realizando estudios que expliquen los factores involucrados en los comportamientos de riesgo, por ejemplo, el porqué la gente fuma o se resiste a usar condón en sus relaciones sexuales ocasionales. La información derivada de estos estudios, se utiliza para fundamentar campañas públicas y escolares sobre salud. 2) Establecer, qué otra parte de los esfuerzos

profesionales de los psicólogos, puede estar encaminado a la prevención y al tratamiento de las enfermedades, mediante la aplicación de programas orientados a evitar los comportamientos de riesgo. 3) Ubicar la necesidad de identificar las enfermedades y determinar sus causas de tipo comportamental. Esto se refiere, entre otras cosas, al estudio de los factores de personalidad, asociados a la enfermedad, las conductas predisponentes hacia ellas y la manera en que son percibidas por los sujetos. 4) Mejorar los sistemas de cuidado y las políticas de salud, que se centra en el estudio de la labor de los hospitales, los sistemas de cuidado y la relación de médicos y enfermeras con el paciente. Así mismo, propone encontrar procedimientos, que garanticen el seguimiento a programas de tratamiento, acorde a las necesidades de los enfermos (Karl, 1975; Rosentock,1974,1988).

En los países en vía de desarrollo, como los países que conforman América Latina, se presenta un bajo índice de prevención y acceso a los servicios de la mayor parte de la población, y aún se mantienen altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas, transmisibles y carenciales y se empiezan a incrementar las enfermedades propias del desarrollo (Rodríguez y Rojas, 1998). Los índices de esta morbilidad se podrían reducir considerablemente, si se modificaran comportamientos que no promueven la salud (hábitos de higiene, conducta sexual y revisiones periódicas) y se hiciera énfasis en la cultura de la prevención primaria (Santos, 1998).

La investigación en el campo de la prevención, de comportamientos que dañan o

no promueven la salud y que pueden ocasionar baja calidad de vida y un número considerable de defunciones, se considera como una prioridad (INEGI mujeres y hombres en México 2001) en el desarrollo de la línea de Investigación en Psicología de la Salud.

Es importante mencionar, la importancia que adquiere la Psicología de la Salud en la investigación de comportamientos preventivos que expliquen el porqué las personas no le atribuyen importancia a las conductas preventivas que les evitan un mal mayor. El estudio en este campo, incrementa el impacto de la investigación y la práctica de los profesionales de la Psicología de la Salud, de tal modo que, los conocimientos y productos tecnológicos de esta actividad, incidan efectivamente en la salud de la población (Rodríguez y Rojas, 1998).

También se contempla prioritario, sobre todo en México, el análisis funcional de los riesgos que conlleva la ausencia de la cultura que promueva la salud y el diseño de intervención, en prevención, identificando la validez funcional que se relaciona con la conducta de salud. (Sánchez, 1998; Sanchez-Sosa y Hernandez-Guzman,1995).

Con el propósito de realizar investigaciones, orientadas a explicar el porqué las personas tienen hábitos saludables o hábitos no saludables, se han desarrollado diversas teorías como el el Modelo de las Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la autodiscrepancia y las relacionadas con control psicológico

y Autoeficacia que se describen enseguida.

2.2.1 Modelo de creencias de salud

Bernad y Krupat, (1994) clasificaron tres categorías de conductas relacionadas con la salud, la primera de ellas, es la conducta de salud, que consiste en la prevención de enfermedades, por medio de comportamientos que promueven el sentirse bien, física y psicológicamente; la segunda, es la conducta de enfermedad, en la que un sujeto, se preocupa por conocer su estado de salud y las causas de su malestar; la tercera categoría, es el rol del enfermo; en el cual, los individuos a quienes han diagnosticado una enfermedad, realizan acciones para restaurar su salud. Para el objetivo de éste trabajo, nos centraremos a la forma en que se adquieren conductas para mantener la salud o preventivas. El Modelo de Creencias en Salud (Bernad, y Krupat, 1994). Se compone de tres variables esenciales: Amenaza Percibida, Autoeficacia y Eficacia de la Conducta, que intentan predecir un comportamiento saludable. La primer variable mencionada, se compone a su vez de otras dos, la severidad percibida de una enfermedad y la vulnerabilidad percibida del sujeto, hacia esa enfermedad. La Autoeficacia, se refiere a la creencia de una persona, acerca de si es capaz o no de alcanzar una meta. Por último, la eficacia de la conducta, está compuesta por los beneficios percibidos de la conducta a desarrollar y los obstáculos percibidos para realizarla. La influencia de este modelo, ha sido muy extendida, pero se le critica que se centra en procesos psicológicos,

tales como: las creencias individuales, y deja de lado, factores de tipo social que también influyen en el comportamiento, por ejemplo: disponibilidad y calidad de los servicios médicos y la automedicación. (Burak, Meyer, 1997). No obstante, lo que se ha aprendido de este modelo, es que el conocer lo que constituye un riesgo a la salud es un requisito esencial para adquirir comportamientos saludables, ya que percibir el riesgo personal, parece ser más importante que el conocimiento objetivo para motivar cambios de comportamiento y que se necesita poner énfasis en la capacitación del individuo, para desarrollar habilidades que mejoren la autoeficacia (Rodríguez, et al., 1998).

Ferraro y Farmer, (1997) consideraron que la salud percibida, puede reflejar el conocimiento preclínico de problemas asociados a la enfermedad. Este conocimiento, actúa la mayoría de las veces, en favor del tratamiento y prevención de problemas más serios. También, la percepción de salud puede reflejar la orientación psicológica de la persona (optimismo - pesimismo) y ésta orientación, puede reflejar su estatus futuro de salud. También en sus estudios, han encontrado que la conducta de prevención, requiere de la presencia de estrés psicológico que orienta a la persona a generar comportamientos proactivos. Así mismo, ha encontrado que las personas de mayor edad, tienen mas predisposición a la prevención y que las mujeres gustan de reportar altos niveles de enfermedad y expresiones de incapacidad (Ferraro, et al., 1997). Otros autores como Wilcox (1994), han encontrado que la depresión, es una variable que

predice la posibilidad de generar recursos para atacar la incapacidad y la posible prevención de enfermedades más graves.

2.2.2 La Teoría de la Acción Razonada

La Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), es otra aproximación para explicar y comprender los motivos por los cuales, la gente emprende acciones saludables, sin embargo, éste modelo se desarrolló con la finalidad de establecer un marco general explicativo de las acciones que desarrollan los humanos. En esta teoría, se dice, que el mejor predictor de una conducta es la Intención de realizarla; antes de una intención, existen tres factores que la componen. El primero de ellos es la Actitud hacia la Conducta, que consiste en el balance entre los resultados que se obtendrán con la acción y la valoración subjetiva de tales resultados. En segundo lugar, se encuentra la Norma Subjetiva, que orienta el comportamiento de la gente, en el sentido de que existen creencias acerca de lo que los otros esperan de uno y la motivación de cumplir con estas expectativas. Finalmente, se halla el Control Percibido, que es un concepto cercano al de Autoeficacia. Por lo tanto, desde este punto de vista, para explicar el porqué una persona, efectúa una modificación en su conducta, orientándola hacia una meta saludable, se dice que además de la valoración del objetivo, de la influencia que ejerce la norma subjetiva y de la Autoeficacia del sujeto, se encuentra con un gran valor predictivo, la intención de realizar la conducta de interés. A esta

postura se le opone la sostenida por Prochaska (1994), basada en las etapas del cambio de comportamiento, en donde la intención de realizar un comportamiento es solo un momento del proceso compuesto por cinco etapas: Preintención, Intención, Planeación, Acción y Mantenimiento.

Hasta éste punto, puede apreciarse que los factores esenciales, implicados en el comportamiento preventivo, están relacionados con: las creencias de los sujetos acerca de la enfermedad, de la posibilidad que tienen de enfermarse, de su capacidad para realizar acciones encaminadas a evitar una enfermedad y, como se apunta en la teoría de Fishbein y Ajzen, con las expectativas de los otros sobre el comportamiento del sujeto. (Barling y Moore, 1996). Es decir, la influencia de otras personas y del entorno en las conductas de salud; acerca de esto último, Acuña (1997), señaló que aquellas personas que cuentan con apoyo social, tienden a enfrentar y tratar de solucionar los problemas, ya sea conductual o cognitivamente; mientras que los que no cuentan con apoyo social tienden a evitar los problemas. En su estudio, la feminidad correlacionó positivamente con el afrontamiento conductual y cognitivo de los problemas y, dice el autor, acorde con los hallazgos de la Etnopsicología mexicana, también se relaciona con la salud. Los estudios de cambios de actitudes, ponderan la importancia que tiene la información y las creencias en la interpretación de la realidad de cada individuo y es evidente que el espacio que no tiene información verídica, se llena con estereotipos y prejuicios (Allport, 1954). Allport, definió el estereotipo como una creencia exagerada

asociada a una categoría y su función es justificar (racionalizar) nuestra conducta en relación con esa categoría; incluso la categoría satura todo lo que contiene con conductas emocionales.

Otros autores, señalan que la disposición a cambiar o llevar a cabo un nuevo comportamiento se sustenta en la información o creencias y pros-contras que tiene la persona sobre un objeto o acción. También las opiniones y creencias de los otros, influyen para que la persona tome la decisión de actuar de tal o cual forma, se le ha llamado normatividad social (Fishbein y Ajzen, 1975, 1980, Ajzen y Fishbein 1987, 1980) y ésta, regula también las creencias de practicar un comportamiento, en nuestro estudio el llevar a cabo un comportamiento de prevención como el papanicolau, es probable que este influido por la información y las creencias sobre las consecuencias de realizarselo, y por las opiniones de los agentes sociales significativos para la mujer, en edad de riesgo.

2.2.3 Teoría de la autodiscrepancia.



Esta teoría, propuesta por Higgins (1994-96), intenta explicar el valor de importancia que adopta una meta, en el caso de la prevención; en sus estudios, ha encontrado que cuándo la meta se percibe como una responsabilidad, se convierte en un factor que determina el valor, que la persona le da a la importancia del cambio, como realizarse

estudios periódicos. Las personas, en este caso, dirigen su acción a realizar el cambio, sin importar si es posible hacerlo. En el caso del enfoque de prevención, cuando la meta implica lograr la seguridad, se supone que el logro es mayor. En otro sentido, cuando las personas perciben la meta a lograr como un ideal, la expectativa de logro es considerada menos valiosa y se hace referencia a los posibles obstáculos para lograrla, en este caso, realizarse los estudios preventivos. (Higgins, 1996; Higgins, et al., 1994; Shah, Higgins, y Friedman, 1997).

2.2.4 Control psicológico.

El término controlabilidad, alude a un tipo de relaciones particulares entre un organismo y su medio, más específicamente, a las relaciones de contingencia entre sus respuestas y los eventos ambientales potencialmente significativos. Seligman, (1975), defendió, que un evento es controlable por una conducta, cuando su probabilidad puede ser modificada con la emisión u omisión de dicha conducta. A la inversa, será incontrolable, cuando la conducta no influye en la probabilidad de su ocurrencia.

Es decir, se considerará el control en relación con los diferentes tipos de relaciones de contingencia que pueden darse entre una respuesta y sus consecuencias. Estas pueden ser: reales o imaginarias, positivas o negativas. Cabe distinguir dos tipos de control sobre las contingencias ambientales o eventos: conductual u objetivo y

subjetivo o percibido; así mismo, el concepto de control percibido, ha sido usado en la literatura, al menos de dos maneras diferentes: como control percibido sobre los eventos y como control percibido sobre las reacciones emocionales para atenuar el impacto de las situaciones aversivas.

Sin embargo, no puede inferirse una relación isomorfa entre controlabilidad objetiva y la forma en que los individuos la perciben. Parece que algunos elementos, pueden modular dicha percepción; incluso, se ha señalado que las personas normales (por oposición a los sujetos con tendencias depresivas) tienden a sobrestimar el grado de controlabilidad percibida, fenómeno denominado ilusión de control (Langer, 1976).

Otro concepto importante es el de predecibilidad; mientras en la controlabilidad se alude a las relaciones conducta medio, la predecibilidad se define en función de las relaciones entre eventos ambientales. Según Seligman y cols.(1971), un evento puede predecirse a partir de otro, cuándo la probabilidad de su ocurrencia esta relacionada con la presencia o con la ausencia del otro evento; es decir, le permite al sujeto saber, cuándo algo va a suceder.

Controlabilidad y predecibilidad, son pues, constructos independientes, es decir, un evento puede ser predecible pero incontrolable o bien controlable pero no predecible. Con todo, es evidente que en ciertas ocasiones están estrechamente relacionados. La

predecibilidad puede facilitar la controlabilidad de un evento al proporcionar información sobre cuándo es más efectiva la emisión de la respuesta, para controlar tal evento.

Los individuos forman expectativas relativas a la controlabilidad o incontrolabilidad de los eventos que, al generalizarse, se convierten en sus creencias sobre la controlabilidad. Así, algunos individuos creen que el mundo es controlable y ello es solo cuestión de esfuerzo, mientras otros, consideran que es básicamente incontrolable y que el ser humano es víctima de las circunstancias externas o del destino.

En relación con las expectativas, una distinción importante fue la realizada por Bandura, (1977) entre expectativas del resultado y de autoeficacia, puesto que es posible que un individuo perciba como controlable una situación (expectativa del resultado) pero siente que carece, en su repertorio, de una respuesta efectiva para ejercer tal control (expectativa de autoeficacia). Así, la dificultad de la tarea, puede convertirse en una variable perturbadora importante. (Morales, et al.,1995)

Tolman (1932), confirmó la importancia de la finalidad en el aprendizaje y escribió un libro *Comportamiento hacia una meta en animales y humanos*, en el cual afirmó que la comprensión de la información, es la esencia del aprendizaje. Bandura (1961), hizo hincapié en la influencia que ejercen los modelos sociales en el aprendizaje de nuevos comportamientos; aprendemos habilidades específicas observando como lo

hacen otras personas y también aprendemos simplemente mirando y escuchando a la gente (Bandura, Ross y Ross, 1961). También ha señalado la importancia de los modelos en su teoría del aprendizaje social y ha identificado cuatro pasos de aprendizaje por observación: 1. Prestar atención, percibir los aspectos relevantes del comportamiento. 2. Recordar el comportamiento a través de palabras o imágenes mentales. 3. Convertir en acción la observación recordada. 4. Estar motivado para adoptar el comportamiento. (Bandura, 1977).

O'Connor (1972), demostró que el modelado puede ser más efectivo que el moldeamiento, para promover conductas sociales aceptables. El modelado ha resultado ser un agente de cambio más rápido y con cambios más duraderos. El modelado ejerce una influencia tan poderosa, en el comportamiento de los niños y adultos, que se ha convertido en la base para un enfoque psicoterapéutico en el tratamiento de las fobias.

El concepto autocontrol, también llamado autorreforzamiento es importante desde el punto de vista cognitivo del aprendizaje, ya que se ha comprobado, que los individuos, ejercen gran influencia sobre su propio entorno; son capaces de recompensarse y castigarse a sí mismos, de manera que les ayude a desarrollar nuevas pautas de comportamiento. Bandura (1977) utilizó el término de autocontrol para abarcar tanto las influencias del refuerzo, como del castigo, que uno se impone a sí mismo.

Las personas regulan su comportamiento, principalmente, creando modelos y

esforzándose a vivir de acuerdo a ellos. Si podemos aprender como aprende la gente, podemos ayudarles a hacerlo de forma mas satisfactoria y mas productiva socialmente.

2.2.5 Autoeficacia y Comportamientos de Salud.

El Modelo de creencias de salud, enfatiza las percepciones de vulnerabilidad y creencias, acerca de la importancia de conductas de salud particulares. Sin embargo las conductas de salud, también requieren de una percepción de control personal, es decir, la creencia de que, uno puede realizar el comportamiento de salud. El impacto del control personal sobre los comportamientos de salud, han sido mas claramente demostrados en las investigaciones de Albert Bandura (1977-1986), quien postuló que un determinante fundamental en la práctica de comportamientos de salud es la percepción de Autoeficacia, termino mediante el cual, se expresa la creencia que uno es capaz de controlar la propia práctica de una conducta particular. Por ejemplo, un fumador que cree que no es capaz de cambiar su hábito, probablemente no tratara de abandonar el cigarro, a pesar de que sepa que fumar es riesgoso y que detener este comportamiento, es deseable. La Investigación ha mostrado que la Autoeficacia, afecta a comportamientos de salud que implican abstinencia, como fumar (Proschaska y Di clemente, 1983), la intención de tratar de detener comportamientos y en la promoción de comportamientos, tales como: el control de peso y el uso de condones (Strecher, De Vellis, Becker y Rosenstock, 1986).

En una revisión reciente, de la Autoeficacia, en el logro de cambio de comportamientos de salud, se encontraron fuertes relaciones entre Autoeficacia y cambio de comportamiento de salud y mantenimiento. Quizá más importante, la literatura derivada de la experimentación, ha demostrado que la manipulación de las percepciones de Autoeficacia, pueden ser exitosas en el cambio de comportamiento. (Strecher, et al., 1986) en suma: el que una persona practique una conducta particular de salud, depende de sus creencias y actitudes, la amenaza percibida de la propia salud, la efectividad, facilidad y deseabilidad percibida de una particular conducta y la percepción de Autoeficacia sobre la misma.

2.3 Estudios de Prevención en México

Sobre comportamiento sexual y prevención, se han realizado importantes y variados trabajos, por ejemplo, Villagrán y Díaz Loving, (1996) en un estudio acerca de los valores y la intención de usar el condón, consideran que hacer uso de los valores subyacentes en las poblaciones blanco, puede hacer más efectivas las campañas de prevención. Al mismo tiempo, Givaudan, Pick, Aldaz y Saldívar-Garduño, (1996) subrayaron la necesidad de realizar campañas de información y orientación, que disminuyan las prácticas de riesgo y favorezcan la aceptación de medidas preventivas en diferentes grupos de la población. A pesar del impacto, que la aparición del SIDA ha tenido en las prácticas sexuales, persiste la idea de que lo más importante es evitar el

embarazo y las mujeres atribuyen a los anticonceptivos, propiedades preventivas respecto de la transmisión del VIH. La información difundida, parece no haber sido suficiente para modificar creencias y prácticas de riesgo. Coincidiendo con lo anterior, Pick, Saldívar-Garduño y Givaudan, (1996), en un estudio acerca de las normas y valores en las conductas sexuales de los varones adultos de la Cd. de México, encontraron que la falta de educación influye en la percepción de riesgo y en las actitudes y conductas relacionadas con prevención de VIH/SIDA y uso de condón. Entre la población adolescente, de ambos sexos, aparecen resultados similares en los estudios que realizaron Aldaz y Pick, (1996) con mujeres y Pick y Alvarez, (1996) con varones. En estos estudios, los entrevistados muestran tener conocimientos generales acerca del SIDA, pero esta información se encuentra entremezclada con una serie de mitos y creencias sobre el origen, formas de transmisión y medidas preventivas. Uno de estos mitos, es el que aparece entre los varones y que se refiere a la ubicación del riesgo entre grupos específicos, tales como: prostitutas y homosexuales. Entre las adolescentes, se encuentra que persisten valores, creencias y actitudes que fomentan los roles tradicionales de género, donde el cuerpo y la sexualidad de la mujer, constituyen un medio para satisfacer a "otros". Por lo que en ambos casos se recomienda, iniciar un proceso educativo de prácticas preventivas, modificando las creencias anteriores.

Lara y Acevedo, (1995), en otro contexto, realzaron la importancia de la educación de las mujeres, como medida para fomentar comportamientos preventivos de la

depresión; por eso participaron en la implementación de un Proyecto de Educación para la Salud, como estrategia de prevención dirigida a mujeres. Al igual que el cáncer, la depresión femenina es un padecimiento que tiene una alta incidencia y se ve acentuada por que las mujeres dicen desconocer dónde se solicita ayuda, además de que, frecuentemente, no la buscan por temor o vergüenza.

Asimismo, se ha dado impulso a un desarrollo de la Psicología Oncológica (Grau, Knapp, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1997) que incluye, además de la prevención y del manejo curativo temprano, propiciar un programa para la vida del enfermo de cáncer a través de un mensaje de esfuerzo, esperanza y solidaridad, tendiente a elevar la calidad de vida de los enfermos avanzados y terminales, en los que a más de la curación, se busca su bienestar físico y subjetivo. Por eso, entre otras cosas se han implementado procedimientos psicológicos de intervención en los pacientes, para el alivio del dolor, en un marco orientado a la elaboración de "programas de vida", para los pacientes cancerosos (Grau, et al., 1997). También los modelos Psicosociales de factores de riesgo, hacen hincapié en la importancia que tiene un inadecuado apoyo social, la percepción de desamparo generada cognitivamente y una inadecuada expresión de las emociones negativas en el riesgo de no mejorar con los tratamientos médicos indicados a los pacientes con cáncer. (Berkman & Syme, 1979, Funch & Mettlin, 1982, Funch & Marshall, 1983).

2.4 El estudio del comportamiento preventivo de la salud en Chihuahua.

Esta investigación, tiene como antecedentes dos estudios (Valdés, Barrera y Méndez, 1997 y 1998) en los que se buscó identificar variables relevantes que permitieran comprender la percepción de estados de salud en mujeres, así como la práctica preventiva de enfermedades como el cáncer. En estos estudios se identificó el factor "Estoicismo", el cual podría ser análogo al de "fuerza personal" propuesto por Díaz-Guerrero, (1994), definido como, el potencial que los sujetos tienen para automodificarse, aguantar y resistir los embates de la vida. Dicho factor se asoció con fuerza, que tienen las mujeres para resistir el dolor y molestias asociadas con la enfermedad. Otros autores relacionan la conducta estoica con el riesgo de progresión del cáncer, especialmente el de la mama. (Pettingale, Morris, Greer & Haybittle, 1985)

Otros autores, como Davis Mechanic (1978) en estudios transculturales han encontrado diferencias entre México - Americanos, Judíos - Americanos y otros grupos, documentando la tendencia al soporte estoico del dolor, en la cultura con ascendencia mexicana y han concluido que estas diferencias, demuestran el poder de los efectos de socialización entre la enfermedad y el rol del enfermo en cada una de las culturas. Los grupos culturales tienen diferentes valores sobre el manejo de la enfermedad y en consecuencia, del manejo de las conductas preventivas.

Los resultados de estos trabajos, indican que, de las consecuencias percibidas cuándo se está enferma, únicamente la percepción de consecuencias emocionales, determina la preocupación de enfermarse y permanecer enfermo, además se asocia con afirmaciones de alto contenido afectivo y emocional, tales como: "me deprimó", "me siento desanimada" y "estoy más irritable". Estas consecuencias emocionales explican que no se consulte al médico como medida preventiva, es decir, que el comportamiento preventivo, se queda en mera preocupación y soportan estoicamente las consecuencias de la enfermedad. El hecho de que los sujetos, que no perciben consecuencias emocionales de la enfermedad, tampoco consultan al médico cuándo se sienten enfermos, indica que las mujeres más emocionales y menos instrumentales, tienen el valor estoicismo altamente ponderado y no toman precauciones para prevenir la enfermedad ni para combatirla.

Como ya se mencionó, en México, es notoria la poca información sobre la importancia del cuidado proactivo de la salud de manera integral, durante todas las etapas de la vida. Se destaca el arraigo cultural de la mujer, en donde la abnegación, como un estilo de afrontamiento pasivo, es típicamente utilizado por las mujeres mexicanas para resolver problemas (Díaz-Guerrero, 1994).

También, otros estudios realizados en México, fundamentan la afirmación de que las mujeres consideran como un valor más importante que la salud, la conducta de

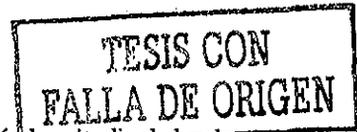
sacrificio y resignación, asociada con el mensaje cultural de abnegación (Flores, et al., 1992). Incluso, es una creencia que las convierte en seres más importantes, desde el momento en que ofrecen su sacrificio en beneficio de otros y obtienen el beneficio de realizar una acción que les satisface psicoculturalmente, sin considerar el daño que su ausencia puede causar dentro de la familia, en caso de enfermarse o morir (Avendaño, et al. 1992). Por otro lado, las mujeres instrumentales, con características tales como: capacidad, decisión e independencia (Díaz Loving, Ruiz, Cárdenas, Alvarado y Reyes, 1994), muestran una tendencia a consultar al médico, cuándo tienen los primeros síntomas de la enfermedad. Para el cuidado de la salud, es de importancia fundamental, la creencia de que realizar una medida de salud particular puede ayudar a evitar el enfermarse. Además, la percepción de la salud, es influida por valores generales de salud y creencias específicas, acerca de la vulnerabilidad a determinada enfermedad y la seriedad de las consecuencias de esa enfermedad. Un gran número de estudios, sostienen, que los modelos de creencias de salud, de cada grupo social, explican el porqué la gente utiliza los servicios médicos. (Karl, 1975; Rosentock, 1974, 1988).

Estos antecedentes, coinciden en privilegiar la detección temprana de la enfermedad, así como la importancia de incluir en programas educativos, contenidos de educación preventiva de la salud, además de buscar mejores alternativas para capacitar a los agentes sociales: maestros y padres de familia para el manejo adecuado de dichos programas. Es impostergable, desarrollar en México más investigaciones,

que permitan profundizar en el esclarecimiento de las variables psicológicas y sociales, inmersas en el cuidado y prevención de la salud.

2.5 Información sobre campañas en otros países.

En algunos países del mundo, se han diseñado campañas para informar y hacer evidentes los riesgos del cáncer cervicouterino e invitar a las mujeres a realizarse el estudio.



En el hospital Grauz de Austria, se reporta una investigación longitudinal donde la información verbal, apoyada por videos y gráficas, incrementaron en los siguientes meses la asistencia de las pacientes para practicarse el estudio de papanicolaou. (Greimel, Gappmayer, Girardi, Huber y Locker, 1997). En los Estados Unidos reportan, en el Cáncer Research Center, que el enviar cartas de recordatorio a las mujeres acerca de su cita para el estudio preventivo y llamar por teléfono ha incrementado el compromiso de éstas con su salud acudiendo a practicarse el Papanicolaou (Marcus, Crane, 1998).

En otros centros como el Department of Family and Community Medicine, Christian Care Health Services, de Wilmington DE; se realizó una investigación, con pacientes femeninos, en la que se midió el efecto de un Programa de prevención, que incluía Conferencias de educación y tutoría por parte del personal de asistencia de salud. Este programa, incrementó en un 37 % la asistencia a los servicios preventivos, como el

papanicolaou. (Gill, McClellan, 1998). Otro programa, que se ha llevado a cabo con éxito en Inglaterra, es el de mostrar los resultados de computadora (fotografías) a las mujeres que se practican el papanicolaou, utilizando sistemas computarizados (Laming, 1995). También se reportan programas en los que se da retroalimentación, utilizando las fotografías de los resultados de cada mujer, con una frecuencia de seis meses; este tipo de programa se consideró como muy efectivo, ya que las mujeres reportaron sentirse "bien" (Wardle, Pernet, Stephens, 1995).

Algunos de los métodos que se reportan como efectivos en los programas de otros países, pueden resultar ineficaces en nuestro país, considerando el costo y competencia del personal que los llevaría a cabo.

Por esta razón y tomando en cuenta las barreras que inhiben la percepción de riesgo con el Modelo de creencias de Anderson, & Rosenqu Coast (1987), se identificaron las creencias y valores de nuestro grupo cultural, para ser sensibles a las actitudes y valores éticos inmersos en el mismo, y se realizó un programa acorde a los resultados de la investigación, basado en el modelo de cambio de comportamiento, enunciado en los modelos teóricos de Tuomilehto, y Puska, (1987) de intervención en comunidades. Para este efecto, se seleccionó el enfoque de cambio de comportamiento en comunicación. En esta aproximación se utiliza la comunicación y técnicas interpersonales para difundir un mensaje y por lo general, se entrenan líderes comunitarios con prestigio

dentro de un grupo, y éstos, instruyen a las otras personas, acerca del tema a comunicar, que en este caso, serán las ventajas de realizarse el papanicolaou. Se selecciona a las mujeres con características similares a las demás sociodemográficamente, que ocupen un espacio jerárquico dentro de su grupo social (directoras de escuela, supervisoras de grupo en maquilas, jefas de centros de desarrollo de comunidad etc.) que se interesen por ser entrenadas y así puedan ellas impartir el curso.

2.6 Planeación de Campañas de Salud .

Kotler, Andreasean y Alan, 1987, afirmaron que un programa de planeación de campañas de prevención, se puede conceptualizar como un programa de mercadeo comercial, señalando que la audiencia objetivo, será la que reciba los beneficios del programa, en éste caso intangibles, como: cambios de creencias y hábitos, así mismo, *qué es lo que el programa está tratando de cambiar en la audiencia objetivo.*

Díaz Guerrero, R y Morales, M.L., 1976 sugirieron, en forma técnica, hacer más efectivas las campañas del sector salud, presentando una investigación sobre el significado de la palabra paternidad responsable y las actitudes hacia la procreación. Tal investigación informó que paternidad responsable significaba el interés en el desarrollo personal de los hijos y no necesariamente planeación familiar. Esto sugirió que relacionar conceptos con lemas que tengan significados distintos en la población,

no ejerce ningún tipo de influencia, por lo que es importante un análisis de los significados en la población blanco, para orientar las campañas de educación y prevención que se pretenden realizar y así obtener resultados eficaces.

Fishbein y Ajzen, (1975), señalaron que las actitudes son predecesoras importantes a la acción y un paso importante hacia la conducta influida, por lo que una campaña, requiere de una investigación de las actitudes de las audiencias objetivo y subsecuentemente, se procede a identificar posibles cambios actitudinales.

Según el enfoque de los investigadores de la Universidad de Yale (Hovland y cols. 1949,1953,1959) para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta, tiene que cambiar previamente los pensamientos o creencias del receptor del mensaje. Los teóricos de Yale, consideraban que este cambio en las creencias se produciría siempre que el receptor recibiera unas creencias distintas a las suyas y además, éstas fueran acompañadas de incentivos. Los receptores analizarán los mensajes y si los entienden y los encuentran aceptables a su marco de referencia, los aceptarán, si no, se resistirán.

La eficacia del mensaje persuasivo, depende fundamentalmente del efecto que produzcan en el receptor cuatro elementos clave: a) la fuente (experiencia, sinceridad, atractivo, semejanza con el receptor poder etc. b) el contenido del mensaje (calidad de los argumentos, incentivos que promete, organización, claridad, si pone énfasis en los

aspectos emocionales o racionales, etc.), c) el canal comunicativo (visual o auditivo, directo o indirecto), d) el contexto relajado o serio, agradable o desagradable, distracciones, etc.

Es importante mencionar que estos cuatro elementos, están mediatizados por características de los receptores, como: susceptibilidad ante la persuasión, edad, nivel educativo, creencias previas, autoestima, etc. Y para que un mensaje persuasivo sea efectivo, debe ser atendido, comprendido, aceptado y retenido, el mensaje debe ser motivacional desde el punto de vista perceptual, para que sea atendido, directo y sencillo para que sea comprendido y para que sea aceptado, es necesario que ofrezca incentivos que compitan con las creencias del receptor. La retención es una etapa necesaria, si se pretende que la comunicación persuasiva tenga un efecto a largo plazo.

De acuerdo con McGuire, (1981) en una campaña de prevención, es importante seguir los pasos para que un individuo sea persuadido a asimilar una conducta deseada: exposición al mensaje, atención, interés personal en el mensaje, entendimiento del mensaje, recuerdo del mismo, toma de decisión basada en el mensaje, conducta reforzada y aceptación de la conducta en la vida personal. Según la teoría de la respuesta cognitiva (Greenwald, 1968) siempre que un receptor reciba un mensaje persuasivo, compara la fuente con sus conocimientos, sentimientos y actitudes previas, respecto al tema en cuestión, generando de esta manera respuestas cognitivas; estos mensajes

autogenerados especialmente en su aspecto evaluativo, son los que determinan el resultado final del mensaje persuasivo. Si los pensamientos van en la dirección indicada por el mensaje; la percepción tendrá lugar, en cambio si van en dirección opuesta, no habrá persuasión o incluso puede darse un efecto boomerang (Petty, Cacioppo, 1981). Los receptores no son persuadidos por la fuente o el mensaje sino mas bien por sus propias respuestas ante lo que la fuente o el mensaje dicen (Trenholm, 1989). Por lo tanto, para la teoría de la respuesta cognitiva, resultó fundamental determinar qué factores y de que manera influyen en la cantidad de argumentos que el receptor genera a favor o en contra. La cantidad de argumentos generados, dependen de la distracción (que disminuye el número de argumentos generados), así como, la implicación personal del receptor en el tema que aumenta el número de argumentos generados. Los argumentos son a favor del mensaje si la distracción tiene un efecto negativo.

Rogers, (1983), en su texto de difusión de las innovaciones, sugirió, que los medios de comunicación son la ruta más rápida y efectiva para introducir información novedosa o para el manejo de influencia de las actitudes especialmente, cuándo la audiencia, esta predispuesta a aceptar nuevas ideas; el autor, sugiere que para introducir un mensaje, es necesario utilizar una estrategia de comunicación, especialmente para grupos que no adoptan rápidamente, las nuevas conductas.

Considerando la creciente incidencia de el cáncer cervicouterino y el aumento de morbilidad y mortalidad del mismo, es importante incluir en las campañas el miedo a un

evento castigante (enfermedad y muerte). Ya N.E. Miller (1948) demostraba que el miedo como anticipación presente de un futuro dolor, puede actuar como un poderoso motivo secundario. Las señales asociadas con un evento aversivo educen un nuevo y aprendido motivo, llamado miedo aprendido, que en sí motiva un comportamiento de evitación a situaciones externas aversivas. El miedo y el alivio se asocia con un evento aversivo (Ley del efecto) y se puede lograr la evitación activa condicionando nuevas conductas que evitan un mayor daño (Mowrer, O.H. y Vick, 1950, Mowrer, O.H., 1960). En el caso que nos ocupa de prevención puede ser asociada con este miedo a modelos (mujeres en edad de riesgo) que hayan padecido o incluso fallecido por este tipo de cáncer. También se debe hacer referencia a las cifras estadísticas.

La Asociación de Mujeres Médicas Americanas, en febrero del año 1999, iniciaron una campaña educativa para informar y educar a la mujer, acerca del cáncer cervical y el virus del papiloma humano, apoyándose en varias organizaciones cívicas, a través de todo el país, para repartir información básica a las mujeres americanas. En encuesta posterior, se corroboró, que el 76 % de las mujeres encuestadas, en los Estados Unidos, nunca había oído hablar de éste tópico. Ha sido muy discutida en la literatura psicológica la utilización de escalas de auto- reporte, por lo que hay que considerar los limitantes de las escalas y cuestionarios que se utilizan en este tipo de estudios ya que, existe predisposición del sujeto a dar un mismo tipo de respuesta o similar a cada pregunta con gusto o indiferencia, considerando que las respuestas de los sujetos son

deliberadamente asignadas y la respuesta es limitada. Situación que permite registrar situaciones otro tipo de indicadores anecdóticos o aspectos relacionados con el lenguaje corporal. (Kerlinger 1989, Hernández S.R. 1991)(Craig K.D. 1992)

2.7 Aportación para iniciar una campaña de prevención de cáncer cervicouterino en la Cd. de Chihuahua.

El objetivo del proyecto, es identificar las variables psico-socio-culturales, que explican la incidencia de comportamientos preventivos en el cáncer cervicouterino.

El proyecto contempla la realización de 4 estudios:

El primer estudio consiste en la elaboración de un instrumento, para identificar las variables psicosocioculturales, que se muestran en un modelo hipotético preliminar, con objeto de explorar las mismas.

El segundo estudio, tiene como objetivo fundamental, validar los constructos conceptuales que componen el modelo hipotético y confiabilizar los factores en una muestra más amplia.

El tercer estudio, pretende fundamentar la validez predictiva de las variables, que constituyen el modelo a través de la comparación de grupos equivalentes, un grupo de 50 de mujeres que se practicaron el papanicolaou durante los tres años cuándo menos una vez al año y otro grupo de 50 que no se lo practicó.

Un cuarto estudio, que consiste, en un modelo cuasi-experimental 2x2x2 de dos medios de intervención y un grupo control. Se elaboraron un folleto, y un video, que incluyen las fuentes de motivación, derivadas de los resultados de los tres estudios anteriores, comunicados en forma gráfica y analógica, valorando sus efectos en grupos de mujeres, que no se hayan practicado el papanicolaou. También se pretendió medir el aprendizaje de la información relevante, acerca del cáncer cervicouterino y su prevención, incluida en ambos, con un pre-test -post-test y la percepción que tienen las derechohabientes de la prestación del servicio del Papanicolau, de dos instituciones públicas de salud.

3.0 ESTUDIO I

3.1 OBJETIVO

Construcción, validación, factorización y confiabilización de un cuestionario que pretende evaluar 10 variables psicológicas y sociodemográficas, que han resultado en el comportamiento preventivo y que se muestran en un modelo hipotético (Fig 1)

3.2 MÉTODO

Para la elaboración de este instrumento, se reunió una muestra de mujeres no aleatoria por accidente, en una sesión de "grupos focales" (Krueger, 1986) con edades entre los 35 y los 50 años aproximadamente. El grupo se integró con: mujeres solteras,

Un cuarto estudio, que consiste, en un modelo cuasi-experimental 2x2x2 de dos medios de intervención y un grupo control. Se elaboraron un folleto, y un video, que incluyen las fuentes de motivación, derivadas de los resultados de los tres estudios anteriores, comunicados en forma gráfica y analógica, valorando sus efectos en grupos de mujeres, que no se hayan practicado el papanicolaou. También se pretendió medir el aprendizaje de la información relevante, acerca del cáncer cervicouterino y su prevención, incluida en ambos, con un pre-test -post-test y la percepción que tienen las derechohabientes de la prestación del servicio del Papanicolau, de dos instituciones públicas de salud.

3.0 ESTUDIO I

3.1 OBJETIVO

Construcción, validación, factorización y confiabilización de un cuestionario que pretende evaluar 10 variables psicológicas y sociodemográficas, que han resultado en el comportamiento preventivo y que se muestran en un modelo hipotético (Fig 1)

3.2 MÉTODO

Para la elaboración de este instrumento, se reunió una muestra de mujeres no aleatoria por accidente, en una sesión de "grupos focales" (Krueger, 1986) con edades entre los 35 y los 50 años aproximadamente. El grupo se integró con: mujeres solteras,

casadas, divorciadas, coordinadoras de centros de salud, amas de casa, trabajadoras de la maquiladora, maestras de nivel básico, medio y universitarias. La sesión del grupo focal, consistió, en la presentación del objetivo de la reunión, introducción al tema sobre cáncer cervicouterino y posteriormente, la formación de grupos. Finalmente, se realizó la visualización y narrativa de lo que sucede cuándo van al médico a realizarse el estudio de Papanicolaou, (qué pensaron y sintieron antes, durante y después del estudio). En esta sesión, de aproximadamente tres horas, se les pidió a las mujeres que visualizaran el estudio del Papanicolaou, expresando las sensaciones acerca del mismo y hablando sobre las ventajas y desventajas de hacerse el estudio; se les pidió que realizaran un modelo típico de conducta y dramatizar a una mujer que va hacerse el Papanicolaou. Este estudio se realizó en noviembre de 1998, en una sala de trabajo de la Escuela Libre de Psicología de Chihuahua, a donde se les invitó personalmente.

Las conclusiones de la reunión fueron escritas en un pizarrón, para lograr enriquecer la información, actitudes, ventajas y desventajas percibidas por las asistentes, antes de finalizar, se les cuestionó si querían agregar algo más a lo ya escrito. Una estudiante de maestría funcionó como relator, escribió las conclusiones, para proceder a incluir esta información en un primer instrumento.

Con el estudio de grupos focales, se pretendió encontrar relaciones cualitativas con los constructos teórico-conceptuales que componen el modelo hipotético (Fig 1)

y encontrar los posibles reactivos a incluir en el primer instrumento, en las partes correspondientes a: apoyo social, desventajas, ventajas, autoeficacia, posibilidad de costear el estudio de papanicolau, información sobre la enfermedad y práctica preventiva efectiva (práctica del papanicolau en el último año). Las otras variables, que integraron el Modelo Hipotético, fueron variables derivadas de la investigación psicológica y se tomaron de instrumentos ya probados en la investigación aplicada. En el *apéndice 1.a.* se muestran los reactivos que se utilizaron inicialmente, para confiabilizar las medidas, para evaluar el comportamiento preventivo.

3.2.1 Modelo Hipotético de la investigación.

Con el fin de investigar las variables relevantes involucradas en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino, con base en los antecedentes teóricos se construyó un modelo hipotético que nos permitiera predecir el comportamiento preventivo.

Considerando que la aproximación teórica utilizada, en estudios al respecto, no está asociada con variables comportamentales, y por lo tanto, no es adecuada para realizar una explicación completa del objeto de estudio, se revisaron los antecedentes empíricos reportados por la literatura especializada y se identificaron las variables psicológicas y sociodemográficas que se relacionan con la base teórica y lógica de la variable: comportamiento preventivo, de tal forma que se construyó un modelo

hipotético que permitió, en principio, abordar el problema a investigar.

Pretendemos que las variables que constituyen este modelo, sean solo aquellas, que nos permitan predecir la varianza del comportamiento preventivo de manera significativa.

Así mismo, a través de los estudios propuestos y el tratamiento de reducción de factores, intentamos discriminar aquellas variables del modelo que en este caso, resulten relevantes para explorar el comportamiento preventivo que consiste en realizarse la prueba del Papanicolau, cuando menos una vez al año.

(Fig 1).

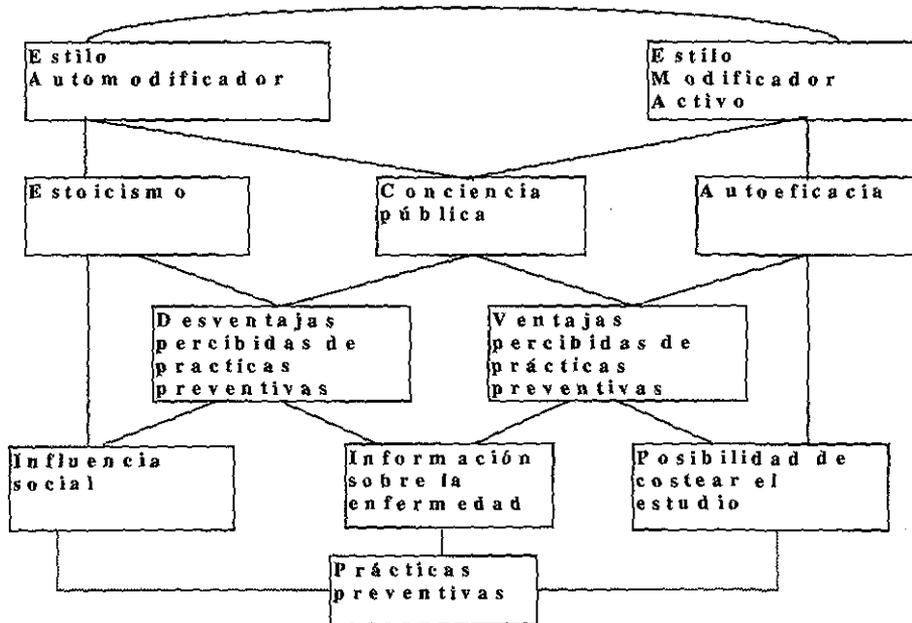


Figura 1. Modelo Hipotético de la investigación

3.2.2 Definición de Variables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estilo automodificador. Enfrentamiento de las situaciones que producen angustia, modificándose a sí mismo, a su yo o a su cuerpo. (Díaz Guerrero, et al. 1994) (Díaz Loving y Melgoza 1994)

Estilo modificador activo. Enfrentamiento que se caracteriza por producir cambios en la situación, más que a sí mismo, ante situaciones amenazantes. (Díaz Guerrero, et al.

1994) (Diaz Loving y Melgoza 1994)

Resistencia a la enfermedad. Soportar el dolor físico y emocional, sin intentar modificar activamente al estresor. (Valdés, et al.1996.)(Ware, J.E. 1976)

Autoeficacia. Creencia de que la conducta propia, tiene un efecto en las consecuencias y dirección de la enfermedad, en este caso, la creencia de que las medidas preventivas, puedan, efectivamente, disminuir el riesgo de contraer cáncer. (Bandura, 1989) (grupo focal)*

Desventajas percibidas de prácticas preventivas. Percepción de que el tratamiento, puede llevar a consecuencias negativas: dolor, amenaza, turbación, vergüenza, etc.) (grupo focal)*

Ventajas percibidas de prácticas preventivas. Beneficios percibidos de practicar las medidas preventivas, consideradas en este estudio. (grupo focal)*

Información sobre el cáncer cervicouterino (grupo focal)*

Conciencia pública. Preocupación sobre, como, las perciben otros (Buss1980).

Apoyo social. Demandas, promoción o presión social por parte de familiares o grupos de trabajo, para presentar comportamientos preventivos. (Goodkin, Antoni, Michael, Helder, Sevin,1996) (grupo focal)*

Posibilidad de costear el estudio. Percepción de tener los recursos económicos o prestacionales, para practicar los comportamientos preventivos y jerarquizarlo, como importante, para sí misma. (grupo focal)*

Prácticas preventivas. Practicarse el "papanicolaou" y el examen preventivo de

mama, al menos una vez al año, durante los últimos tres años. (grupo focal)*

*Estos datos fueron obtenidos de la sesión de grupos focales.

3.2.3 Instrumento

Se construyó un instrumento de 107 reactivos, acorde con las variables que se muestran en el modelo hipotético. En total, estuvo compuesto por 4 escalas Likert y dos cuestionarios, uno de respuestas cerradas y otro de respuestas abiertas, para efectos de codificación, los ítems, se agruparon por subescalas, (Parte I, II, etc) de acuerdo al tipo de escala, calificándose independientemente.

La aplicación de cada instrumento duró aproximadamente 25 minutos por persona.

El instrumento se construyó con reactivos de la Escala de filosofía de vida (Díaz Guerrero, 1986) Se incluyeron reactivos de la escala de Autoeficacia, (Bandura, 1986) y afirmaciones obtenidas de los grupos focales, Conciencia Publica (Buss, 1980). Estilo Automodificador y Estilo modificador Activo (Díaz Loving, Melgoza, 1994) Estoicismo (Valdés, et al. 1994) y Ventajas, Desventajas, Apoyo Social, y Posibilidad de costear el estudio e Información sobre el cáncer cervicouterino, que resultaron de la sesión de grupos focales. VER APÉNDICE 1a.

Se incluyeron variables sociodemográficas, considerando el número de hijos, y el servicio médico del que gozaban. También se incluyó una pregunta que exploraba la fecha del último Papanicolaou, y la frecuencia con la que se lo habían realizado en los últimos tres años. VER APÉNDICE 1b

3.2.4 Sujetos

El instrumento se aplicó a una muestra de 103 mujeres de la ciudad de Chihuahua, con la finalidad de validar cada una de las subescalas y obtener un instrumento factorizado y optimizar la discriminación de cada reactivo, así como, la eliminación de los que no resultaron adecuados a la investigación.

3.2.5 Procedimiento

Las escalas se aplicaron a una muestra no aleatoria accidental, en mujeres que se mostraron dispuestas a contestar el instrumento, de diferentes grupos sociales que se encontraron en supermercados, escuelas, clubes deportivos, parques, cafeterías etc. Se les ofreció asistencia para resolver las dudas que tuvieran, con el fin de cuidar la validez de sus respuestas. Los datos recabados se sometieron a un análisis factorial de rotación Varimax; se calculó la confiabilidad a través del coeficiente α de Cronbach. Para éstos análisis, se utilizó el SPSS. 6.0

3.3 RESULTADOS

El análisis factorial derivó los siguientes factores, que se pueden ver en la tabla 1.

Tabla 1. Validación escala factores psicosocioculturales que influyen en el comportamiento preventivo.			
Instrumento 1			
Subescalas Factores	Eigen Value	Varianza explicada *	Ejemplo de un reactivo
Estilo automodificador	1.80	37.10 α .42	13. Los problemas de uno, se deben más a la mala suerte que a que uno se los busca.
Estilo modificador activo	2.04	25.50 α .60	02. No necesariamente, una hija, debe siempre obedecer a su madre.
Resistencia a la enfermedad	2.30	56.80 α .74	.03 Me considero muy resistente a enfermarme.
Conciencia pública	2.30	31.30 α .71	22. Usualmente, me preocupa causar una buena impresión
Autoeficacia 1	2.40	17.60 α .63	05. Me siento con decisión, para realizarme chequeos médicos, cuándo menos una vez al año.
Autoeficacia 2	1.23	34.80 α .62	11. Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad, no dudo en consultar al médico.
Apoyo social	2.10	57.50 α .73	0.06 Me siento apoyada por mi pareja, para practicarle el estudio del Papanicolaou.
Desventajas	5.49	64.70 α .85	43. Temor de ser lastimada.
Ventajas	10.32	52.60 α .92	62. Detectar a tiempo, cualquier anomalía.
Posibilidad de el estudio	1.72	57.30 α .26	89. No tengo problemas para pagar el estudio del Papanicolaou.
Práctica preventiva efectiva		n=103	Se realizaron el estudio 65% No se realizaron el estudio 35% (en el último año)
Pueden costear el estudio		85%	
No pueden costear el estudio		13.50%	

*

α = Coeficiente α de Cronbach.

En esta muestra utilizada para validar la escala, apareció un factor muy consistente en la escala de resistencia a enfermarse (2.30 var 56.8 ∞ 74). característica de actitud manifiesta, de una mujer, a anteponer cualquier otra actividad, antes que practicarse estudios preventivos. Otro factor que resultó de importancia, fue el de conciencia pública; (2.30 var. 31.30 ∞ 71) esta escala, se refiere a la preocupación que manifiestan las mujeres, de como las perciben otros. El apoyo social, fue un factor muy fuerte en la dirección del comportamiento preventivo en la mujer (e.v. 2.10 var. 57.60 ∞ 73). Especialmente en la influencia que ejercen, en orden de importancia: la madre, la pareja, las hermanas y amigas, para que la mujer tenga un comportamiento preventivo, ante la presencia de enfermedad. Se manifiesta aquí la percepción de desventajas, como un factor importante (5.49 var. 64.70 ∞ 85) ya que las desventajas están asociadas a la realización del papanicolau, a través de tabúes y creencias que no contribuyen al comportamiento preventivo efectivo. El 65 % de las mujeres, de esta muestra, reporta haberse realizado el estudio en el último año, situación que no podemos comprobar empíricamente, puesto que la metodología utilizado, no esta exenta de imprecisión debida al recuerdo, deseabilidad social y voluntad para responder con sinceridad.

4.0 ESTUDIO II

4.1 OBJETIVO

En este estudio, se buscó validar o disconfirmar los constructos teórico-conceptuales que componen el modelo hipotético y confiabilizar las medidas diseñadas para estimarlos.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Sujetos

El Instrumento 1, Revisado, se aplicó a una muestra accidental de 400 mujeres de la ciudad de Chihuahua, seleccionadas en forma no aleatoria, con un rango de edad de 30 a 65 años.

4.2.2 Medidas

El instrumento utilizado en éste estudio, resultó de los hallazgos del primer estudio. Consta de 6 subescalas; en la primera, se incluyeron los reactivos en base a los resultados de ∞ Cronbach. Los reactivos que se incluyeron, fueron aquellos que presentaron una correlación significativa con el factor y una alta variabilidad con respecto al mismo. Únicamente se incluyeron aquellos con eigenvalues superiores a 4

y se agruparon por factores asociados al Modelo Hipotético. En la Parte Uno, con 28 ítems, se incluyeron cuatro reactivos de Estilo Automodificador, cinco reactivos de Estilo Modificador activo, cuatro de Resistencia a la Enfermedad, cuatro de Conciencia Pública, siete de Autoeficacia y cuatro de Apoyo Social, éstos reactivos asociados a variables psicológicas. En la segunda parte, se incluyeron Desventajas (24 reactivos); en la tercera, Ventajas (20 ítems); reactivos asociados a creencias de salud; la Parte Cuatro, se refiere a la información sobre la enfermedad (18 ítems), y la Parte Cinco, pretende medir la práctica preventiva efectiva, con 3 ítems. Por último las variables sociodemográficas con seis ítems. Los primeros 28 reactivos de la Parte I se midieron con una escala de Likert, las partes II y III fueron evaluadas con pregunta cerrada independiente y respuesta dicotómica, la parte IV con pregunta cerrada independiente con alternativas de respuesta y las Partes 5 y 6 con pregunta independiente con varias alternativas de respuesta. (Hernández, S.R. 1998; Kerlinger, F.N. 1984). Y fueron tratadas estadísticamente de manera individual, con la variable independiente. Se elaboró una plantilla de respuestas esperadas, indicándose los valores de acuerdo a cada respuesta, para el efecto de interpretación de datos. VER APÉNDICES 2 y 2a.

4.2.3 Procedimiento

Las medidas, se aplicaron a mujeres que voluntariamente accedieron a participar. Se les indicó que se trataba de recabar opiniones, con relación a la salud y a cuestiones

que pudieran ser personales, asegurando libertad y anonimato en la respuesta. Se capacitó a un grupo de 20 estudiantes del 6° semestre de psicología, en el manejo de la encuesta, se les pidió que la aplicaran en forma individual y se abstuvieran de hacer comentarios durante la aplicación. Se les otorgaron 22 encuestas a cada uno y se les solicitó, que buscaran mujeres con edades superiores a los 35 años y menores de 65, en maquiladoras, oficinas públicas y privadas, escuelas, supermercados, centros comunitarios, hospitales y parques. Se recabaron en total 424 escalas, pero solo se consideraron para efecto del análisis de datos, aquellas que estaban contestadas en su totalidad.

Posteriormente, se procedió a realizar el análisis de datos; éstos se hicieron por partes, considerando el tipo de escala utilizada. Este realizó con análisis Factorial, con Rotación Varimax. Se analizó el efecto de la Variable Comportamiento Preventivo Efectivo, con cada uno de los factores que se derivaron de los datos, utilizando Anova y Regresión Múltiple, así como, Regresión Logística de la variable (CPE) con cada uno de los reactivos y con los factores que resultaron significativos en el modelo de regresión, este último tratamiento a los datos, permite obtener relaciones causales entre cada variable independiente, con las dependientes, así mismo, el método *forward* permite identificar cual variable tiene mayor peso en relación con la variable independiente, también se incluye el tratamiento estadístico de χ cuadrada con todas las variables requeridas para modelar la regresión logística; este análisis se realizó con

el paquete estadístico SPSS 9.0. Para realizar la regresión logística, la base de datos de los primeros 28 reactivos (Parte I) se transformó en datos dicotómicos, considerando que la variable independiente solo tiene dos valores. (0-1). Para el efecto, las dos primeras alternativas de respuesta de la escala Likert, se tomaron como negativa (0) y las tres posteriores como positivas (1). La razón por la que se modificó esta escala, fue por el interés que tenían los médicos de las instituciones participantes, en entender los datos en las estadísticas que ellos manejan.

En este segundo estudio, se exploró el modelo, en una muestra de 400 mujeres, se aplicó la escala ya factorizada, donde se eliminaron reactivos con base a los resultados del alfa de Cronbach y se modificó el formato, en una presentación más corta y accesible de contestar. En la nueva versión (Apéndice2), se incluyeron los reactivos que tuvieron una correlación significativa con el factor y una alta variabilidad, en las respuestas al instrumento.

4.3 DISCUSIÓN Y RESULTADOS.

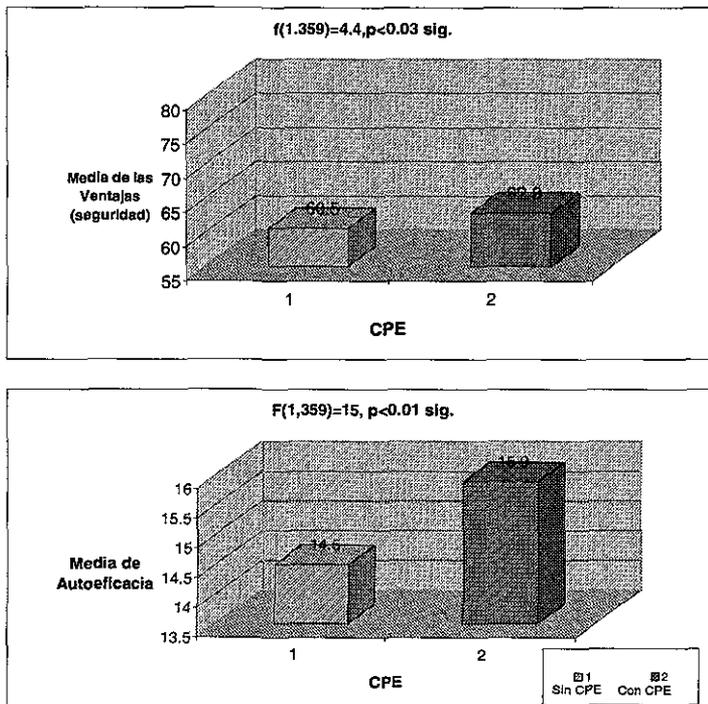


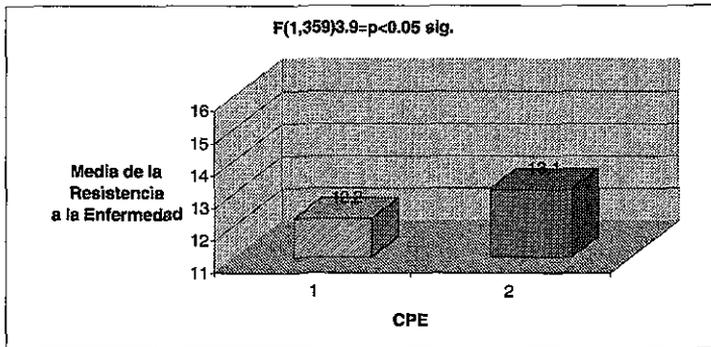
Aquí observamos, que las mujeres que manifestaron tener CPE (comportamiento preventivo efectivo) $F(1,359) = 4,4, P < .03 \text{ sig.}$ perciben mas ventajas y consideran que, pueden modificar los resultados de lo que les pase en la vida, a través de su propio comportamiento (autoeficacia) (Bandura, 1989.) $F(1,359) = 15, P < .01 \text{ sig.}$ Esto, puede

ser análogo a los estudios de Prochaska y Fishbein (1975), en los que los resultados apuntaron que las personas más eficaces, perciben más ventajas. Pero hay una aportación interesante de este estudio y es el hecho de que las mujeres, que presentaron CPE, se perciben más resistentes a enfermarse ($M_0=12.2$ y $M_1=13.1$) $F(1,359)=3.9$, $p<.05$. Así mismo, esta resistencia a la enfermedad correlacionó con información ($r=.102$, $p<.05$) y con apoyo social ($r=.341$ $p<.00001$). Resistencia, correlacionó positivamente con modificador activo ($r=.146$ $p<.05$) y ventajas percibidas de realizarse el estudio ($r=.195$ $p<.0001$). (ver fig. 2)

Figura 2

1 = SIN CPE 2 = C P E





Los resultados, indican, que aquellas mujeres que se percibieron resistentes a enfermarse (fuerza personal), tuvieron más comportamiento proactivo (autoeficacia) más información, son modificadoras activas de su ambiente y perciben más ventajas al realizar el comportamiento preventivo, así mismo, perciben tener apoyo social., principalmente de la madre (R.M=2.82 sig .01) y consideran las ventajas de tener una vida mas tranquila (R.M=3.60 sig .047) y evitar gastos económicos mas fuertes (R.M:=1.2 sig .000). Aquí nos enfrentamos a la influencia de la normatividad social (Fishbein y Ajzen 1975) que orienta el comportamiento de las mujeres hacia el estudio.

De acuerdo a estos resultados, sería conveniente dirigir la educación de la mujer, desde la escuela primaria, hacia la realización de comportamientos preventivos, en pro de la salud (Santos, 1998) y formar las **destrezas cognitivas**, que le permitan modificar su ambiente e informarse constantemente de las ventajas del comportamiento preventivo, en relación al cáncer cervicouterino y otros riesgos de salud, en la mujer adulta y así como crear redes de apoyo social, promovidas por las mismas mujeres, como el Centro

George Papanicolaou, que actualmente funciona en el Estado de Sonora, el cual promueve y motiva a las mujeres, a realizase el estudio.

Resultados de la Regresión Logística. Estudio II

ANÁLISIS BIVARIADO CON PRÁCTICA PREVENTIVA EFECTIVA CHI CUADRADA

6	Me siento apoyada por mi madre para practicar el estudio de Papanicolaou	$X^2 = 13.13$ $p < .01$
13	Uno debería de ir de acuerdo con la opinión de la mayoría que actuar de acuerdo a la opinión de uno mismo.	$X^2 = 13.18$ $p < .022$
18	Me siento apoyada por mi pareja para practicar el estudio de Papanicolaou	$X^2 = 15.05$ $p < .01$
21	Pienso que cuando me enfermo me curo rápido	$X^2 = 14.67$ $p < .01$
24	Me siento apoyada por mis amigas para practicar el estudio de Papanicolaou	$X^2 = 15.24$ $p < .009$
25	Creo que la vida es para gozarla más que para sobrellevarla	$X^2 = 12.25$ $p < .031$
34	Tengo temor a ser lastimada cuando me practican el estudio	$X^2 = 10.55$ $p < .061$
50	El realizarme el estudio me inhibe	$X^2 = 13.18$ $p < .022$
63	Considero una ventaja el poder evitar gastos económicos más fuertes	$X^2 = 11.70$ $p < .03$
65	Considero una ventaja el tener mi vida más tranquila	$X^2 = 9.92$ $p < .07$
66	Considero una ventaja el tener una vida sin molestias	$X^2 = 9.66$ $p < .08$
67	Es una ventaja el no tener que exponerme a ir a tratamiento horrible	$X^2 = 9.66$ $p < .08$
68	Considero una ventaja no tener que hospitalizarme	$X^2 = 11.97$ $p < .035$
73	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres de clase media.	$X^2 = 17.16$ $p < .004$
81	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido varias parejas sexuales.	$X^2 = 11.22$ $p < .047$

Regresión logística de las variables anteriores con mujeres que declaran CPE

R. M.		
6	Me siento apoyada por mi madre para hacerme el estudio de papanicolaou	$\beta 2.82$ sig.001
63	Considero una ventaja el poder evitar gastos económicos más fuertes	$\beta 1.27$ sig .000
65	Considero una ventaja el tener mi vida más tranquila	$\beta 3.60$ sig.047

Con estos resultados se confirmó la importancia de la influencia social especialmente de la madre en las hijas adultas. (β 2, 82 sig 001) La cultura, asociada a cuidados de salud, ha sido orientada por el modelo de la madre y es altamente probable que la madre modele el comportamiento relacionado con cuidados materno infantiles e íntimos de la mujer adulta.

Del grupo de 400 mujeres 250 (62.5%-69.3) manifestaron su intención de hacerse chequeos cuando menos una vez al año, 70 de ellas consideraron prudente hacerlo cada dos o tres años (17.5 %-19.4) y el resto del grupo después de 4 años.

Las variables más relevantes, tomando en consideración los análisis de Regresión Logística, señalan que las mujeres que no tienen la intención de realizarse chequeos médicos, cuando menos una vez al año, presentan un riesgo dos veces(1.9) mas alto que aquellas que manifestaron su intención de realizarse el PAP, cuando menos una vez al año.

En lo que se refiere a apoyo social, existe 1.5 más riesgo de no realizarse el papanicolau si la pareja (esposo) no apoya a la mujer para que se lo realice. Así mismo existe mas riesgo (1.3) de no realizarse el PAP, en aquellas mujeres que declaran que no tienen problema para pagar el estudio. Este, podría resultar un dato irrelevante, considerando que el estudio es gratuito en todos los servicios de salud pública, pero hace evidente la preferencia del estudio pagado y el temor a acudir a un servicio de salud pública.

5.0 ESTUDIO III

5.1 OBJETIVO

Fundamentar la capacidad predictiva del modelo y de las medidas precisadas en el estudio anterior, a través de un diseño de investigación de grupos equivalentes, sociodemográficamente. (Figura 3).

Figura 3

GRUPO DE MUJERES, ESTUDIO III

Todas Derechohabientes del IMSS.

N = 100

ESTADO CIVIL			
Estado Civil	No CPE	Sí CPE	TOTAL
Soltera	9	6	15
Casada	34	38	72
Divorciada	4	5	9
Unión libre	1		1
Viuda	1	1	2
Madre soltera	1		1
TOTAL	50	50	100

μ

1.08 No CPE

1.04 Sí CPE

EDAD

μ

45.10 No CPE

37.82 Sí CPE

No. HIJOS

μ

2.50 No CPE

2.74 Sí CPE

EDAD HIJO MENOR.

μ

7.30 No CPE

7.08 Sí CPE

ENFERMEDADES GRAVES

μ

.20 No CPE

.20 Sí CPE

No enfermedades graves. Sí enfermedades graves

40 No CPE. 10 No CPE

40 Sí CPE. 10 Sí CPE

5.2 MÉTODO.

5.2.1 Sujetos

Participaron en el estudio 50 mujeres (grupo experimental), de 30 a 65 años, que se hubieran practicado, al menos una vez al año, durante los tres últimos años el "papanicolaou" y 50 que nunca se lo hubieran practicado (grupo control) basándose en los expedientes del área de Medicina Preventiva, en la Clínica 33 del IMSS de la Cd. De Chihuahua. Se buscó que los sujetos seleccionados, formaran grupos equivalentes en sus características sociodemográficas.

5.2.2 Medidas.

Se aplicaron dos tipos de medidas para la obtención de los datos: A) las escalas que se diseñaron y confiabilizaron en el estudio I y II, y B) y una cédula de entrevista, que incluyó información sobre historia de vida y creencias, en relación con las medidas preventivas del cáncer, que se contemplan en el estudio.

5.2.3 Procedimiento

Se identificaron los expedientes del IMSS de las mujeres que en los tres años anteriores, cada año, se han practicado voluntariamente el "Papanicolaou" y seleccionar las mujeres ubicadas en todas las categorías de edad, que se contemplan en el estudio.

Una vez identificadas, se invitó a 60 mujeres a participar en el estudio (se esperaba que acudieran al menos 50). Las mujeres del grupo de comparación, se seleccionaron entre aquellas que no se han practicado el "Papanicolaou" y que son equivalentes, sociodemográficamente, al grupo de estudio. En este caso, se invitaron también 60 mujeres. A ambos grupos se les aplicaron las escalas mencionadas en los rubros A y B del apartado de medidas. Los datos, fueron tratados con análisis Factorial con Rotación Varimax. Se analizó el efecto de la Variable, Comportamiento Preventivo Efectivo, con cada uno de los factores que se derivaron de los datos, se utilizó para el análisis: Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson, Anova y Regresión Múltiple. (SPSS 6.0) También se analizaron los datos con Regresión Logística.

5.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este tercer estudio, se demuestra que, "la influencia social" asociada con "información sobre la enfermedad" ($r=.29$ $p<.05$) origina que las mujeres perciban más ventajas ($r= .253$ $p<.01$) y a su vez tengan mas práctica "preventiva eficaz"($r=.253$ $p<.01$). La influencia social, principalmente de la madre, aumenta la probabilidad de que las mujeres, de esta muestra, se realicen el PAP.($r=.251$ $p<.01$)

Podemos identificar que la influencia de la madre (1.03 mas probabilidades de realizarse el estudio) apéndice (19.3) es una variable crítica en las mujeres en edad de

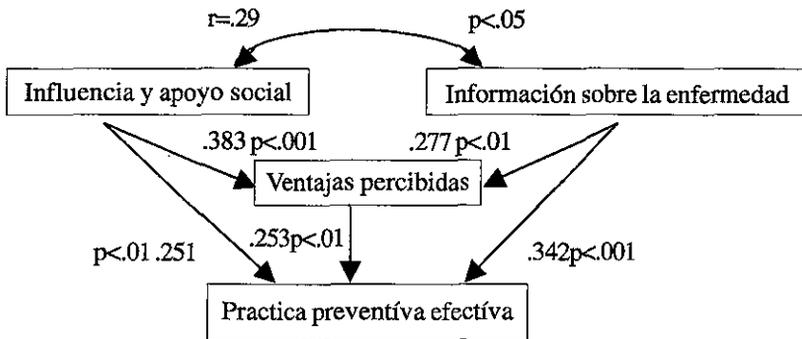
riesgo. También es importante mencionar que las declaraciones "mi estado de salud se debe a mi misma", (1.34 veces) "casi nunca me enfermo" (1.54 veces) y "yo programo los examen médicos que me son prescritos" (2.6 veces) están asociados en este grupo a la probabilidad de no realizarse el papanicolau, situación que puede estar relacionada a la percepción de "fuerza personal" inmersa en la cultura de "a mi no me pasará nada". Otras variables que afectan la probabilidad de realizarse el estudio del PAP, es la desventaja percibida por las mujeres del grupo "de sentir pudor o vergüenza durante el estudio" (1.57 veces) y "malestares y dolor después del mismo" (1.34 veces). De las mujeres que se realizan el PAP existe una proporción de 2.1 veces, de que manifiesten que "el estudio las inhibe". (ver apéndice 19.3)

Así mismo, aumenta considerablemente la probabilidad de realizarse el estudio, el que la mujer perciba como ventaja "prevenir a tiempo el cáncer", "evitar gastos económicos más fuertes" y tener una "vida sin molestias". (ver apéndice 19.3).

En lo que se refiere a las creencias, es importante destacar, que la probabilidad de no realizarse el Pap es 1.9 veces mayor en las mujeres que creen que la incidencia del cáncer cervicouterino es menor en mujeres de clase media. Y de 1.5 veces más en las que creen que este tipo de cáncer les da solo a mujeres de piel blanca. (ver apéndice 19.3).

También se encontró que aquellas mujeres que tienen creencias que científicamente sí están asociadas al cáncer cervicouterino como lo son "la poca higiene genital en las parejas" y "el haber contraído el virus del papiloma humano" tienen una probabilidad de 1.9 veces de realizarse el estudio del papanicolau. (ver apéndice 19.3).

Figura 4



REGRESIÓN LOGÍSTICA DE COMPORTAMIENTO PREVENTIVO EFECTIVO CON LOS FACTORES.

N= 100 MUJERES.

El factor de mayor peso con el método forward condicional en el estudio III fue Información sobre la enfermedad.

$\beta=1.21$ sig. .0164

REGRESIÓN LOGÍSTICA DE AUTOEFICACIA.

N= 100 MUJERES.

<i>Variables críticas de los resultados de autoeficacia con el CPE.</i>	<i>Metodo enter. R.M.</i>
5 Creo que una de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para mantenernos sanos.	$\beta= 1.62$ $p< .0490$
11 Mi estado de salud se debe a mi misma	$\beta= 1.55$ $p< .0265$
23 Me siento con decisión para realizarme chequeos medico cuándo menos una vez al año.	$\beta= 1.62$ $p< .0056$
28 Mi salud se debe a que soy capaz de hacer lo que me hace bien y evitar lo que me daña. Soy incapaz de hacer lo que hace bien y evitar lo que me daña.	$\beta= -.55$ $p< .0177-$

VARIABLES CRITICAS EN EL TOTAL DE LOS ITEMS. Metodo enter.

<i>Ventajas</i>	<i>R.M.</i>	
<i>Tener una vida mas prolongada</i>	$\beta=4.6$	<i>sig. 008</i>
<i>Desventajas</i>		
<i>Tengo temor a ser lastimada con los instrumentos</i>	$\beta=1.93$	<i>sig. 008</i>
<i>El realizarme el estudio me inhibe</i>	$\beta=2.72$	<i>sig. 008</i>

Con los resultados en este estudio y los derivados de los anteriores, podemos integrar la información en un programa preventivo, de la siguiente forma:

1. - Establecer estrategias para asociar la salud integral y la seguridad de la mujer actual y futura, con la práctica del Papanicolau. Que aunque no es una prueba cien por ciento confiable, es un indicador de anomalías. (Hoffrage, U, Lindsey, S., Hertwig, R., Gigerenzer, G. 2000)
2. - Como las personas que se lo practican tienen más "información sobre la enfermedad"; establecer campañas de información verídica y adecuada al nivel de la gente, sobre la práctica e importancia del estudio del Papanicolau.

Y desterrar con campañas de información a corto plazo, mitos y prejuicios, en torno al mismo

3. - Como un elemento esencial, establecer redes de apoyo e influencia social, así como utilizar los agentes sociales con influencia en la mujer, para promover y mantener el comportamiento preventivo efectivo, haciendo hincapié en la importancia de que la mujer este sana, para seguir apoyando a su familia y la responsabilidad que ella tiene, de tener comportamientos preventivos en torno a su salud, especialmente en la prevención de este tipo de cáncer, que es tan frecuente en la población. También, es importante, generar motivación hacia la práctica del estudio de papanicolaou en "la información social informal", a través del intercambio de ideas, que es muy frecuente en la mujer Latina.

6.0 FOLLETO

Se elaboró un folleto derivado de los resultados, el cual, contiene información sobre el cáncer cervicouterino y resalta las ventajas de realizarse el estudio preventivo. Así mismo, contempla las variables relevantes de los tres estudios realizados.

Para elaborar el "folleto", se consideró la teoría de McConnell, (1984) con respecto a la resistencia al cambio, por lo que el folleto, se diseñó y elaboró con un lenguaje que hace hincapié en la responsabilidad (Higgins, 1996) de la mujer a realizarse

Y desterrar con campañas de información a corto plazo, mitos y prejuicios, en torno al mismo

3. - Como un elemento esencial, establecer redes de apoyo e influencia social, así como utilizar los agentes sociales con influencia en la mujer, para promover y mantener el comportamiento preventivo efectivo, haciendo hincapié en la importancia de que la mujer este sana, para seguir apoyando a su familia y la responsabilidad que ella tiene, de tener comportamientos preventivos en torno a su salud, especialmente en la prevención de este tipo de cáncer, que es tan frecuente en la población. También, es importante, generar motivación hacia la práctica del estudio de papanicolaou en "la información social informal", a través del intercambio de ideas, que es muy frecuente en la mujer Latina.

6.0 FOLLETO

Se elaboró un folleto derivado de los resultados, el cual, contiene información sobre el cáncer cervicouterino y resalta las ventajas de realizarse el estudio preventivo. Así mismo, contempla las variables relevantes de los tres estudios realizados.

Para elaborar el "folleto", se consideró la teoría de McConnell, (1984) con respecto a la resistencia al cambio, por lo que el folleto, se diseñó y elaboró con un lenguaje que hace hincapié en la responsabilidad (Higgins, 1996) de la mujer a realizarse

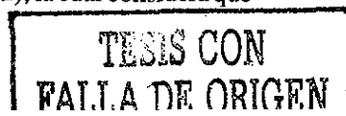
el estudio y pretende involucrarla, en el proceso de prevención, a través del establecimiento de compromisos y cronogramas, con respecto a tener comportamiento preventivo efectivo.

Se evitó utilizar un lenguaje coercitivo, considerando las investigaciones de Jaffe (1985) donde explica las barreras de comunicación que implican los programas autoritarios y que incluyen coerción.

7.0 ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LAS FUENTES DE MOTIVACIÓN DERIVADAS DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS.

El folleto derivado de los resultados, contiene información esencial sobre el cáncer cervicouterino y resalta las ventajas de realizarse el estudio preventivo, así mismo, contempla las variables relevantes en los tres estudios realizados. Se incluyeron en el mismo, aspectos de influencia y apoyo social, como lo son la influencia de la madre en la prevención y la influencia de conductas materno infantiles en comportamientos preventivos y afirmaciones de autoeficacia, las más relevantes en el estudio II, variables que pueden identificarse, como una fuente de motivación.

Para la elaboración del folleto se utilizaron los trabajos y programas de comunicación para la salud (guía de planeación Mc.Graw, 1992), la cual considera que



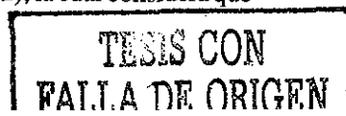
el estudio y pretende involucrarla, en el proceso de prevención, a través del establecimiento de compromisos y cronogramas, con respecto a tener comportamiento preventivo efectivo.

Se evitó utilizar un lenguaje coercitivo, considerando las investigaciones de Jaffe (1985) donde explica las barreras de comunicación que implican los programas autoritarios y que incluyen coerción.

7.0 ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LAS FUENTES DE MOTIVACIÓN DERIVADAS DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS.

El folleto derivado de los resultados, contiene información esencial sobre el cáncer cervicouterino y resalta las ventajas de realizarse el estudio preventivo, así mismo, contempla las variables relevantes en los tres estudios realizados. Se incluyeron en el mismo, aspectos de influencia y apoyo social, como lo son la influencia de la madre en la prevención y la influencia de conductas materno infantiles en comportamientos preventivos y afirmaciones de autoeficacia, las más relevantes en el estudio II, variables que pueden identificarse, como una fuente de motivación.

Para la elaboración del folleto se utilizaron los trabajos y programas de comunicación para la salud (guía de planeación Mc.Graw, 1992), la cual considera que



ambos; el canal y el propósito de comunicación, se deben diseñar como un mensaje de influencia, para dar a conocer nuevos hechos, cambiar actitudes, cambiar conductas, incrementar participación y toma de decisiones. Los pasos conocidos son: el público recibe la información, la entiende, la cree y actúa conforme a esta información. Para que el mensaje sea efectivo, deben tomarse en cuenta los siguientes factores:

- Claridad.- La información debe contener pocas palabras o términos técnicos científicos y burocráticos.
- Consistencia.- Lo que se informe, debe estar fundamentado.
- Las informaciones que consideran importantes en todo el mensaje, se deben repetir estratégicamente
- El Tono puede ser: tranquilo, alarmante, informativo, todo depende del impacto deseado, pero siempre debe ser verdadero, completo y honesto.
- Credibilidad.- La fuente de información debe ser confiable.
- Necesidades del público.- El mensaje debe basarse en lo que el público percibe como importante para él, lo que quiere saber y no lo importante que resulta para la institución (en este caso hacer hincapié en la importancia de no morir de cáncer).
- Mensaje de salud.- Antes de la producción final, deben ser **evaluados** con audiencias pequeñas, para asegurarse que el público esta recibiendo y entendiendo el mensaje y sus consecuentes respuestas.

El folleto, se elaboró tomando en consideración la estrategia anterior; además de la utilización de un lenguaje acorde al grupo social al que va dirigido, letra legible, con evitación de frases complicadas y términos científicos, dibujos atractivos y cotidianos que incluyen los resultados de los estudios previos, apoyo e influencia social, autoeficacia e información cotidiana sobre la enfermedad. (McGraw,1992) (Ver Anexo 10.7)

7.1 ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL FOLLETO

Se procedió a evaluar varias formas de comunicación, con una muestra no aleatoria accidental de 160 mujeres, que de acuerdo a su expediente, no se habían practicado el estudio del papanicolaou en el último año; para este estudio, se tomaron dos grupos, 80 mujeres de la clínica 33 del IMSS y 80 mujeres de Pensiones Civiles del Estado. A quienes se invitó a participar vía telefónica, y cuando se encontraban en la sala de espera, ambos grupos fueron divididos en cuatro grupos de 20 mujeres cada uno, quedando el tratamiento de la siguiente forma: (figura 5)

Figura 5
TRATAMIENTO MUJERES SIN CPE
IMSS (80)
PENSIONES (80)

Folleto (solo lectura) Encuesta	Folleto Retroalimentación Cara a cara Encuesta	Comunicación Telefónica de la misma información del folleto Encuesta	Únicamente encuesta
20	20	20	20

7.2 MÉTODO.

7.2.1 Sujetos

Grupo 1. El folleto (solo lectura) (ver fig.5), se presentó a un grupo de 20 mujeres, se les hizo una encuesta con preguntas sobre el mismo, acerca de: si les resultaba atractivo, si conocían la información, si habían recibido información por otros medios, lugares donde se habían practicado el estudio del Papanicolaou; se incluyeron algunas preguntas sobre datos demográficos y sugerencias sobre los programas y sobre el mismo folleto (se anexa encuesta, fig.6).

Grupo 2. A otro grupo, se le presentó el folleto, acompañado de un asistente que podía ampliar la información; si ellas preguntaban sobre la enfermedad, las dudas referentes al PAP, el cáncer y los procedimientos de prevención; a este grupo, también se le aplicó la encuesta.

Grupo 3. De los expedientes, se obtuvieron los números telefónicos de las 20 mujeres que no se habían practicado el estudio del PAP y se les comentó, durante aproximadamente media hora, sobre el contenido del folleto y dentro de la plática, se les hizo la misma encuesta que a los demás grupos, tratando de conservar homogeneidad de la información contenida en el folleto y la encuesta.

Grupo 4. Grupo control, solo se le aplicó la encuesta sobre la información obtenida por los medios de comunicación tradicionales, sin la presentación del folleto.

Figura 6

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL FOLLETO.

Cuestionario del folleto. (EVALUACIÓN).

1. ¿Sabía usted de esta información?
2. ¿Ha visto esta información por otro medio?. ¿Donde? ¿Cómo?
3. ¿Cree usted que es efectivo el folleto? ¿Por qué?
4. ¿Se haría el estudio del papanicolaou? ¿Por qué?
5. ¿De esta información que fue lo que impactó? ¿Por qué?
6. ¿En que lugar se lo ha practicado el estudio del papanicolaou? ¿Por qué?
7. ¿Cuándo fue la última vez que se lo practicó el estudio del papanicolaou?
8. ¿Que cambio le haría al folleto?
9. ¿Usted se haría el papanicolaou? Sí, No ¿Por qué?
10. Edad: _____
11. Estado civil: _____
12. Escolaridad: _____
13. Ingreso mensual: \$1,000 - \$ 4,000 ()
 \$5,000 - \$ 8,000 ()
 \$9,000 - \$12,000 ()
 \$13,000 - \$ ()
14. ¿El folleto sirve para convencer a la mujer de realizarse el estudio o cree usted que hay otro medio?
 ¿Que otro medio de información sugiere, apunte este. ?

7.2.2 Procedimiento.

Esta evaluación se llevó a cabo en una sesión por tratamiento, que tuvo una duración aproximada de 30 minutos, y se les citó en diferentes fechas, considerando la disponibilidad del lugar, que asignó cada una de las instituciones. Al grupo (por teléfono) se les llamó desde la Escuela de Psicología; para este efecto, fue una persona

entrenada la que llamó, Los grupos uno y dos del IMSS, recibieron el **tratamiento** la tercera semana de Febrero de 1999. En la primera semana de marzo, se realizó el tratamiento al grupo tres, y también del grupo control, al que se le dió sólo la encuesta.

En el mismo orden, se trató al grupo de Pensiones, durante los meses de Mayo y Junio de 1999.

Las sesiones de trabajo se realizaron en la clínica 33 del IMSS, en la sala de Trabajo Social de Medicina Preventiva y en Pensiones, en la sala de audiovisual de Detección Oportuna de Cáncer.

En ambos casos, se contó con la aprobación de las autoridades médicas y el comité de ética de las instituciones en donde se realizó el estudio.

Se pretendió evaluar los efectos de las fuentes de motivación, (Información sobre la enfermedad, prevención por otros medios y datos demográficos) (fig. 6) por vía folleto en la variable comportamiento preventivo; pasados tres meses se verificó en los expedientes de las integrantes de los cuatro grupos, quienes se habían realizado el PAP, después del tratamiento. Se consideraron tres meses, ya que se esperó que las mujeres pudieran cumplir con los trámites correspondientes del IMSS, para obtener una cita con el médico familiar para practicarse el PAP y la inclusión de los resultados

en el expediente, esta comprobación se realizó en la primera quincena de junio de 1999. Para Pensiones Civiles, esta comprobación se realizó en el mes de Septiembre de 1999.

Los datos de los grupos fueron tratados con Chi cuadrada, con el paquete estadístico SPSS. 9.0. Se analizó, si existían diferencias entre grupos, en relación con la variable Comportamiento Preventivo Efectivo y Medios de Comunicación y su percepción acerca del folleto.

7.2.3 Resultados. Evaluación del folleto.

A finales del mes de junio de 1999, se revisaron los expedientes de las mujeres que habían participado en el estudio del IMSS y se encontró que no se habían realizado el estudio (PAP). El personal de Medicina Preventiva explicó que esto se debía a que los resultados "tardaban aproximadamente dos meses en llegar" y recomendaron que "se les llamara por teléfono para preguntarles si se lo habían hecho en otro lugar", también podía ser que "no hubieran cumplido los requisitos para realizarse el estudio en el momento en que fueron y por eso no se les practicó". Así mismo, podía deberse a que "era necesario tramitar una cita con el Médico Familiar y luego ir por el expediente, cumplir con los requisitos y realizarse el estudio en el horario de 8:00 a.m. a 1:00 p.m."

Ante esta condición de requisitos administrativos se considera importante medir

en otro estudio futuro las posibles limitantes administrativas institucionales.

A finales de septiembre de 1999, se revisaron los expedientes del IMSS, encontrando lo siguiente: tres personas se habían realizado el PAP y todas ellas habían recibido folleto.

En lo que se refiere al grupo de Pensiones a finales de Octubre de 1999, se habían realizado el estudio un total de quince, cuatro del grupo de apoyo y folleto, cuatro de folleto, tres del grupo de teléfono, y cuatro de solo encuesta, aún cuando se presumió que con estos datos, era difícil encontrar varianza. Se procedió a realizar los siguientes análisis en todas las encuestas aplicadas, Prueba de Hipótesis de diferencia entre Proporciones en las mujeres que se practican el PAP y Medios de Comunicación. (apéndice 19.4).

Se hizo un análisis de las diferentes respuestas entre los dos grupos; para realizar estos análisis, únicamente se consideraron 70 mujeres del grupo del IMSS y 60 del grupo de Pensiones, utilizando para esto, solo los cuestionarios que estuvieran contestados en su totalidad. Se hicieron comparaciones entre proporciones, de las que se habían realizado el Pap en el IMSS (3) y las respuestas de cada uno de los grupos, lo mismo se hizo en Pensiones (CPE 15) con las respuestas de todos los grupos de esa institución. (Fig 6)

RESULTADOS EVALUACION DEL FOLLETO

Fig. 6

IMSS

Chi Cuadrada

$$X^2(1) = 30.6511 (n=70) \quad p < .00$$

El conocimiento de la información depende de los medios de comunicación a través de los cuales se transmite la información.

PENSIONES

$$X^2(1) = 18.91 (n=60) \quad p < .000$$

El conocimiento de la información depende de los medios de comunicación a través de los cuales se transmite la información.

IMSS

$$X^2(1) = 36.45 (n=70) \quad p < .00$$

Las razones por las que se realizarían el P.A.P, depende de la información que posea cada mujer de esta muestra.

PENSIONES

$$X^2(1) = 43.08 (n=60) \quad p < .000$$

Las razones por las que se realizarían el P.A.P, depende de la información que posea cada mujer de esta muestra.

IMSS

$$X^2(1) = 55.17 (n=70) \quad p < .00$$

Las declaración "hacer cambios al folleto" depende de la información que posea cada mujer.

PENSIONES

$$X^2(1) = 46.20 (n=60) \quad p < .000$$

Las declaración "hacer cambios al folleto" depende de la información que posea cada mujer.

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 14 EN AMBOS GRUPOS DE LA CONDICION "SOLO FOLLETO"

Fig. 7

IMSS

14. ¿El folleto sirve para convencer a la mujer de realizarse el estudio ó cree usted que hay otro medio?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	12	85.7	85.7	85.7
	No sé	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

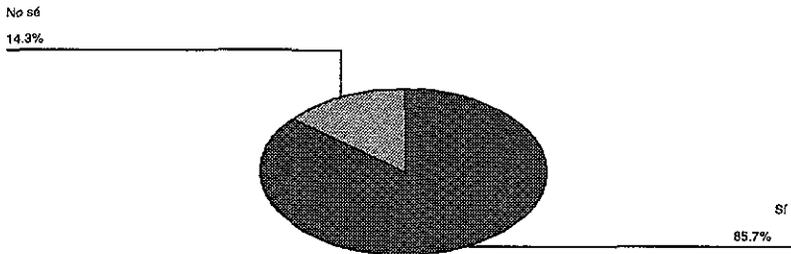
PENSIONES

folleto de pensiones

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No sé	1	6.7	6.7	6.7
	No.	1	6.7	6.7	13.3
	Sí	13	86.7	86.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Grupo sólo folleto

N= 14

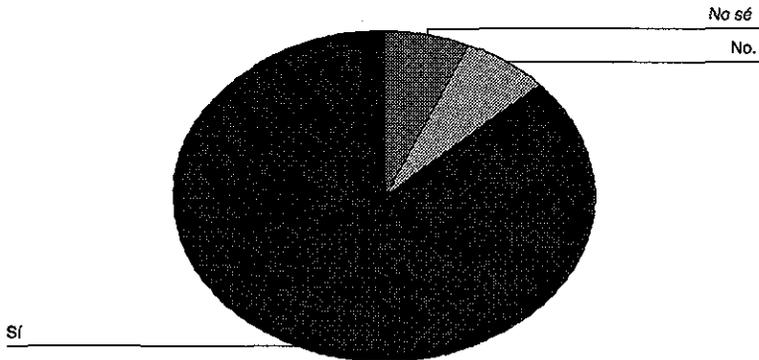


IMSS



PENSIONES

folleto de pensiones

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE DIFERENCIAS ENTRE PROPORCIONES.****MUJERES QUE SE PRACTICARON EL PAP Y
MEDIOS DE COMUNICACIÓN****IMMS***N= 14 (cada grupo)*

"La proporción de mujeres que se hace PAP pertenecientes al grupo de recibe la información por medio del folleto, es mayor que la proporción de mujeres que recibe la información por comunicación telefónica".

Z = -.524 p < .15

N= 14 (cada grupo)

"Del grupo de mujeres que reciben la información por medio del folleto, la proporción que se practican el PAP, no es diferente de aquella que recibe la información por medio del folleto y de retroalimentación cara a cara".

$$Z = .2858 \quad p = .05 \%$$

PENSIONES

N= 14 (cada grupo)

"La proporción de mujeres que se hace PAP pertenecientes al grupo de recibe la información por medio del folleto, es menor que la proporción de mujeres que recibe la información por comunicación telefónica".

$$Z = -.6210 \quad p > .15$$

N= 14 (cada grupo)

"Del grupo de mujeres que reciben la información por medio del folleto, la proporción que se practican el PAP, es diferente de aquella que recibe la información por medio del folleto y de retroalimentación cara a cara".

$$Z = 1.639 \quad p < .05 \%$$

De acuerdo a los siguientes resultados, las mujeres del grupos IMSS, que se habían realizado el PAP tenían conocimiento de la información y recibieron el folleto, dos manifestaron que "por decisión personal" y otra "por orden del médico", ninguna de las tres había visto la información por otros medios. En virtud de la poca asistencia al realizarse este estudio por parte de las mujeres que recibieron el folleto, se analizó la percepción sobre el folleto y los cambios sugeridos al mismo (Fig 7). Con respecto a esto, encontramos que las personas que le harían cambio al folleto, son aquellas que

tenían más conocimiento de la información, $\chi^2(1)=55.17$, $p<.000$, las razones por las que se realizan el PAP, depende de la información que posean, $\chi^2(1) = 36.45$, $p<.000$, y el conocimiento de la información, $\chi^2(1)=30.6511$, $p<.000$.

De las razones que dieron las 130 mujeres del total de la muestra IMSS y Pensiones, para hacerse el estudio, solo un 77% opinó, que se lo harían por decisión personal, un 18.6% por orden del médico y un 4.3% que no se lo harían. Así mismo, la mitad de las mujeres de esta muestra, han obtenido la información por medio de la televisión.

El número de mujeres que se practicó el PAP en el grupo de pensiones fue de 12 considerablemente mayor que el del IMSS. De este grupo de Pensiones con CPE las mujeres declararon obtener la información por la Televisión (56.7%) y solo un 3.3% nunca había escuchado la información referente a este tipo de cáncer. Con respecto a las razones por las que se realizaron el estudio, es similar al grupo del IMSS, "por decisión personal"(73.39%) Es interesante hacer notar que con respecto al lugar en el que se practicaron el estudio, casi todas las pertenecientes al grupo Pensiones se lo practicó ahí (94.5%).

Suponemos que la organización de los servicios administrativos y el trato del personal asociado al servicio de detección y prevención de cáncer, puede ser percibido como "bueno" por las derechohabientes, y eso pueda influir en que se practiquen el estudio y los resultados aparezcan oportunamente en el expediente.

Considerando el supuesto anterior, se realizó el estudio IV que a continuación se describe.

8.0 ESTUDIO IV

8.1 OBJETIVO

Explorar los efectos de la modalidad de presentación de la información en un folleto y video-interactivo, preparados con los resultados de los estudios previos (I a III) y los efectos de las dos variables juntas. Se evaluaron también los servicios administrativos de dos instituciones de salud pública. (Fig. 8)

8.2 MÉTODO

8.2.1 Sujetos

Un cuarto estudio se realizó utilizando un Folleto y un Video, resultado de las variables investigadas (información, ventajas, desventajas, influencia social etc.). Se estudió una muestra no aleatoria intencional de dos grupos de 80 mujeres sin CPE uno del Instituto Mexicano del Seguro Social y otro de Pensiones Civiles del Estado, la razón de que participaran dos grupos de diferentes instituciones de salud, fue con la finalidad de explorar la percepción de servicios administrativos en torno a la práctica del examen del PAP en ambas instituciones. A las 80 mujeres de cada institución se les

suministraron los siguientes tratamientos: un primer grupo de 20 mujeres, únicamente se les dió a leer el folleto y el video; en un segundo grupo de 20 mujeres, se les suministró el folleto únicamente. Un tercer grupo de 20 mujeres que únicamente vieron el video. Y un cuarto grupo control de 20 mujeres a las que no se les dió tratamiento. Todos los grupos fueron evaluados con una escala que mide las variables relevantes de los tres primeros estudios (información sobre la enfermedad, ventajas, desventajas, influencia social y autoeficacia). También se incluyeron preguntas sobre la percepción de los servicios administrativos. Esta escala se aplicó antes y después del tratamiento con cada grupo. (Figura 8)

Se pretendía medir los efectos de la variable **medio de comunicación** en la variable comportamiento preventivo efectivo, por lo que se localizaron, los expedientes de las integrantes de los cuatro grupos; tres meses después del tratamiento, para comprobar si se realizaron el estudio, en ese lapso de tiempo.

Así, se intentó medir **la adquisición de información** y probable modificación de creencias sobre ventajas y desventajas, también la **percepción de los servicios administrativos en torno a la prueba del papanicolau**.

Los datos fueron tratados con Análisis Factorial, Análisis de Varianza y Chi cuadrada, en el paquete estadístico SPSS 9.0. Se analizó, si existían diferencias entre grupos en relación con la variable, Comportamiento Preventivo Efectivo.

8.2.2 Procedimiento

Se utilizó el Folleto, derivado de los resultados y que contenía información sobre el cáncer cervicouterino y resaltaba las ventajas de realizarse el estudio preventivo, el cual, contempló las variables relevantes de los primeros tres estudios realizados. Se elaboró también, un Video, que incluyo, materiales persuasivos, información e historias de mujeres que han tenido este tipo de cáncer y que pudieran tener influencia social en el comportamiento preventivo, así mismo, se usaron los modelos de la madre, pareja, amigas y una mujer médico. Se hizo énfasis en la información esencial sobre la mortalidad del Cáncer Cervicouterino y su adecuada prevención (Todos estos, basados en los resultados relevantes obtenidos de los estudios anteriores). Ver Anexo 10.6 Guión del Video.

Aplicación de la siguiente forma:

Condiciones Experimentales

20	Si + Si + Pensiones	20	No + Si + Pensiones
20	Si + Si + IMSS	20	No + Si + IMSS
20	Si + No + IMSS	20	No + No + Pensiones
20	Si + No + Pensiones	20	No + No + IMSS

ESTUDIO IV

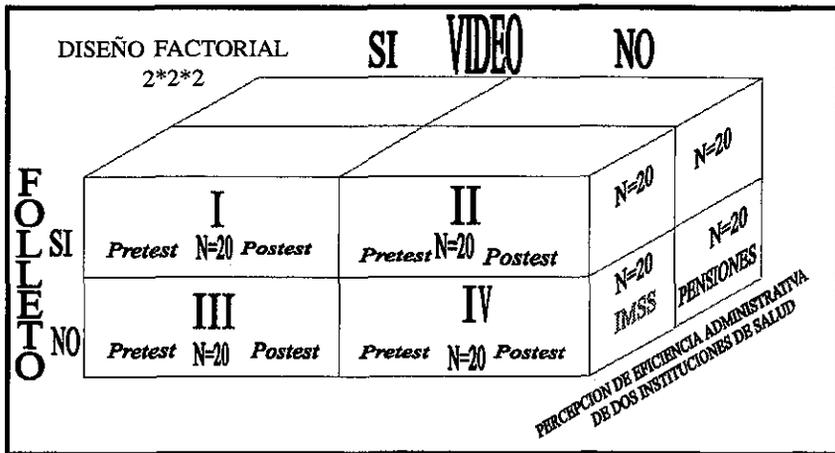


FIGURA 8

*N = 160 Mujeres en edad de riesgo, de 35 a 60 años de edad.
Sin Comportamiento preventivo efectivo*

DISEÑO FACTORIAL 2 X 2 X 2
(Folleto x Video x Servicios Administrativos)

HIPÓTESIS METODOLÓGICA.

Hi1 = P1a > P3a, Ho1= P1a ≤ P3a

Hi2 = P3a > P1a, Ho2= P3a ≤ P2a

Hi3 = P2a > P4a, Ho3= P2a ≤ P4a

Donde:

IMSS

P1a= Proporción de PAP en condición + Folleto + Video.

P2a= Proporción de PAP en condición + Folleto.

P3a= Proporción de PAP en condición + Video.

P4a= Sin tratamiento.

PENSIONES.

P1b= Proporción de PAP en condición + Folleto + Video.

P2b= Proporción de PAP en condición + Folleto.

P3b= Proporción de PAP en condición + Video.

P4b= Sin tratamiento.

Se realizó un análisis de Poder (Cohen, 1988), para determinar un impacto de intervención de .40 y se determinó $N=68$, con $\alpha=.05$ y $N=97$ con $\alpha=1$. Por lo que la muestra de 160 sujetos, resultó adecuada, en este caso, considerando la posible pérdida de datos (Mortandad Experimental).

8.2.3 Procedimiento del Cuarto Estudio.

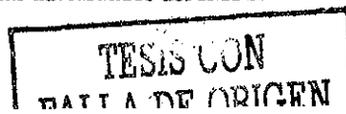
Una vez elaborados tanto el folleto como el vídeo, procedimos a realizar el cuarto estudio, según se presenta en la figura 8.

Se hicieron las gestiones en Pensiones Civiles del Estado y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para la intervención en los cuatro grupos referidos en el estudio cuatro.

Se inició con Pensiones Civiles del Estado en el mes de noviembre del 2000, contando con la accesibilidad del Director y el jefe del Departamento de Detección Oportuna de Cáncer a los que se les mostró el video y el folleto, así como las encuestas (pre-test y post-test) (ver apéndice 17.1) con las que se evaluaron los servicios administrativos, en torno al PAP.

Después de varias gestiones, nos fue facilitada información acerca de aquellas mujeres que no se realizaron el PAP en los últimos tres años. Contando con una base de datos demográficos de 98 mujeres a las cuales se les llamó por teléfono y se les invitó asistir a una plática sobre temas relacionados con "enfermedades de la mujer".

Después de realizar las llamadas telefónicas durante dos semanas, finalmente se llevó a cabo a la sesión a las 18:00 hrs. del día 29 de noviembre del 2000 en el departamento audiovisual de Pensiones Civiles del Estado. En esta ocasión asistieron únicamente 15 personas de las 98 mujeres. En virtud de la baja asistencia se consideró importante realizar una segunda sesión y llamarles de nuevo a las personas para invitarlas al curso en esta ocasión se insistió de forma persuasiva. Desafortunadamente se acercaban las fechas decembrinas y la mayor parte de las personas a las que se les llamó declinaron la invitación; por lo tanto se tomó la decisión de iniciar gestiones con el Jefe de Enseñanza de la Clínica 44 del Seguro Social, mismo que nos pidió dos semanas para revisar los documentos y nos indicó que ellos *no* contaban con una base de datos de las mujeres que no se habían realizado el PAP en los últimos tres años. Ante estas circunstancias, se recabaron los datos (dirección y teléfono) en el mes de enero del 2001, en las salas de consulta durante la mañana y la tarde. En este caso, se aplicó una encuesta de datos demográficos (ver apéndice 15) de 104 mujeres, mismas a las que se les envió un telegrama (ver apéndice 16) invitándolas a un curso para el día 23 de Febrero del 2001, fecha que consideraron conveniente las autoridades del IMSS.



8.2.3.1 SESIÓN DE TRABAJO.

La sesión de trabajo, consistió en entregar un pre-test (apéndice 17.1) que explora información referente a las variables que resultaron relevantes en los tres estudios precedentes como: información de la enfermedad, las personas que influyen en la realización del PAP, la fecha del último estudio y el tipo de servicio que recibieron cuando se practicaron el estudio y su percepción acerca de éste.

También en el pre-test y post-test se incluye una pregunta que actúa como estímulo situacional con el comportamiento de realizarse el "Papanicolaou" "Me voy a realizar el estudio del Papanicolaou para que no se me olvide: En mi cumpleaños, Dos días antes de mi cumpleaños, dos días antes de mi aniversario de bodas, En el cumpleaños de mi primer hijo, Otro (cualquier otra fecha). (Ver apéndice, 17; 3.1 y 3.2. Esta pregunta fue clave para "enlazar" el comportamiento con la intención, haciendo específica la tarea y más probable de que se comprometiera la persona a realizarla. (Gollwitzer y Markowitz, 1996; Bergh y Gollwitzer, 1994). Posteriormente se da el tratamiento (video-folleto, solo-folleto, solo- video y únicamente encuesta).

8.2.4. SESIONES SEGURO SOCIAL

Para realizar los diferentes tratamientos, en las 80 mujeres previstas para el grupo del Seguro Social, fue necesario realizar 4 sesiones, en las fechas del 1, y 9 de febrero,

1 de marzo y 9 de abril del 2001. Los grupos se conformaron en las condiciones previamente establecidas en el diseño, donde:

IMSS

P1a= Proporción de PAP en condición + Folleto + video.

P2a= Proporción de PAP en condición + Folleto.

P3a= Proporción de PAP en condición + video.

P4a= Sin tratamiento.

A las 80 mujeres de la base recabada, se les invitó telefónicamente a un curso sobre enfermedades de la mujer, solicitándoles confirmar su asistencia. Las personas que no asistieron a la sesión, que fueron un número aproximado de seis, se les hizo la invitación nuevamente. También, una vez identificado su expediente, se invitó a las mujeres de “sala de espera”.

Conformado el grupo, se inició la aplicación de la encuesta Pretest 3.1, una vez realizada la encuesta, recibieron el tratamiento según lo determinado para cada sesión. Al final se aplicó el Postest 3.2. Este procedimiento fue igual para todas las condiciones establecidas.

8.2.4.1 SESIONES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

Para realizar los diferentes tratamientos en las 80 mujeres previstas para el grupo de Pensiones Civiles del Estado, fue necesario realizar 8 sesiones, debido a la baja

asistencia, estas se llevaron a cabo en las fechas del 1, 3, 8, 15 de marzo, 24 de abril, 3, 8 y 14 de mayo del 2001. Los grupos se conformaron en las condiciones previamente establecidas en el diseño, donde:

PENSIONES.

P1b= Proporción de PAP en condición + Folleto + video.

P2b= Proporción de PAP en condición + Folleto.

P3b= Proporción de PAP en condición + video.

P4b= Sin tratamiento.

A las 80 mujeres de la base recabada, se les invitó telefónicamente, a un curso sobre enfermedades de la mujer, se les pidió confirmar su asistencia. A las personas que no asistieron a la sesión (4), se les hizo la invitación nuevamente, y también previa identificación del expediente, se invitó a las mujeres de “sala de espera” que reunían los requisitos de la muestra.

Una vez conformado el grupo, se inició la aplicación de la encuesta Pretest 3.1, una vez terminada la encuesta se recibieron, tratamiento, según lo determinado para cada sesión. Al final de la sesión se aplicó el Postest 3.2. Este procedimiento fue igual para todas las condiciones establecidas.

8.3 RESULTADOS

Contando con el total de los datos, se procedió a tratarlos con Análisis Factorial, Análisis de Varianza, Chi Cuadrada, Prueba T y Pruebas de Homogeneidad, utilizando el paquete estadístico SPSS 9. Considerando el efecto que podría tener el Medio de Comunicación en la adquisición de información y probable modificación de creencias sobre ventajas y desventajas del Papanicolau, así como la percepción de servicios administrativos en la prueba del papanicolau, medidos con un pre test - post test.

Para efectos de analizar la información de la muestra total y de las que se realizaron la prueba del papanicolaou, se presentaron primero los resultados finales del total de los grupos y posteriormente los análisis del grupo de mujeres que tuvieron comportamiento preventivo efectivo.

8.3.1 RESULTADOS FINALES.

Una vez terminado el procedimiento que se señaló para el estudio cuatro, se procedió a hacer los siguientes análisis estadísticos para la muestra total de 160 mujeres:

Estadísticas descriptivas de las mujeres que se realizaron el PAP.

La media de edad para las 160 mujeres, fue de 45 años (μ 44.81), el número de

hijos fue de 3 (μ 3.17) el nivel de escolaridad fue 29.9% de primaria, 21% de secundaria, 33.1% de comercio y curso secretarial y el 12% de nivel medio superior y superior.(Fig. 9) El 86.5 % fueron casadas, el 10.3% viudas, divorciadas y unión libre y 3.2% solteras. La edad promedio del hijo menor, fue de 14 años (μ 14.38).

Así mismo se realizó la confiabilidad de la escala de Percepción de Servicios Administrativos que se incluye en el Pretest, obteniendo una alpha de Cronbach α .6236.

Escolaridad del Total de la muestra de 160 Mujeres IMSS Y Pensiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de validez	Porcentaje Acumulativo
Válidos	Primaria	47	29.4	29.9	29.9
	Secundaria	33	20.6	21.0	51.0
	Preparatoria	8	5.0	5.1	56.1
	Comercio	25	15.6	15.9	72.0
	Curso secretarial	27	16.9	17.2	89.2
	Otros	8	5.0	5.1	94.3
	Enfermeras	9	5.6	5.7	100.0
	Total	157	98.1	100.0	
Perdidos	-999	3	1.9		
Total		160	100.0		

Se consideraron los resultados obtenidos, inmediatamente después de cada tratamiento en todos los grupos, en los que se exploraron variables de apoyo social de la madre, y la pareja, autoeficacia, información y percepción de servicios administrativos en cada una de las condiciones en ambos grupos, (ver Pre-test 3.1, Post-test 3.2) para esto, se utilizó la Prueba de Homogeneidad, misma que resultó significativa, lo cual

nos indica que los grupos fueron diferentes entre sí, en relación al tratamiento y la percepción de servicios administrativos. (Fig 10).

Test de homogeneidad de varianzas

PERCEP

Estadísticas Levene	G.L.1	G.L.2	Sig.
4,413	3	155	,005

Fig 10

Así mismo, se encontraron diferencias significativas únicamente en **institución y percepción de servicios administrativos**. Y no significativas en ninguno de los grupos en los que se refiere apoyo social y pareja, ni autoeficacia.

ANOVA

PERCEP

	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrada	F	Sig.
Entre grupos	867,257	1	867,257	11,665	,001
Intra grupos	11672,076	157	74,344		
Total	12539,333	158			

En lo que se refiere a Percepción Positiva de Servicios Administrativos, ésta variable resultó con una diferencia entre las Medias, lo cual reflejó una **imagen de percepción Positiva mas alta en las mujeres del grupo de Pensiones Civiles del Estado.** (f(1)=11.665,p=0.001)

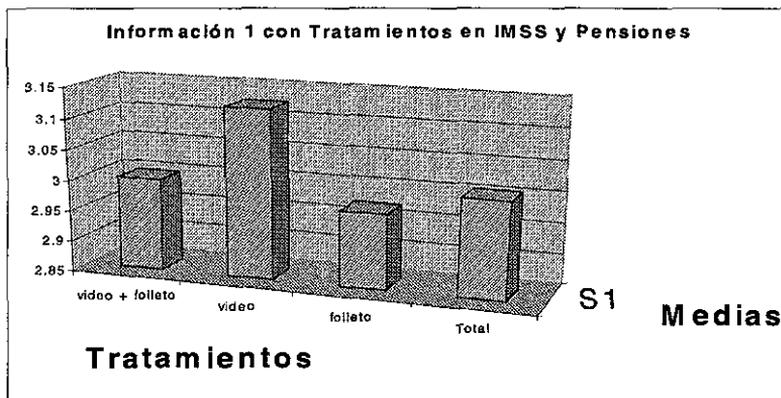
Figura 11

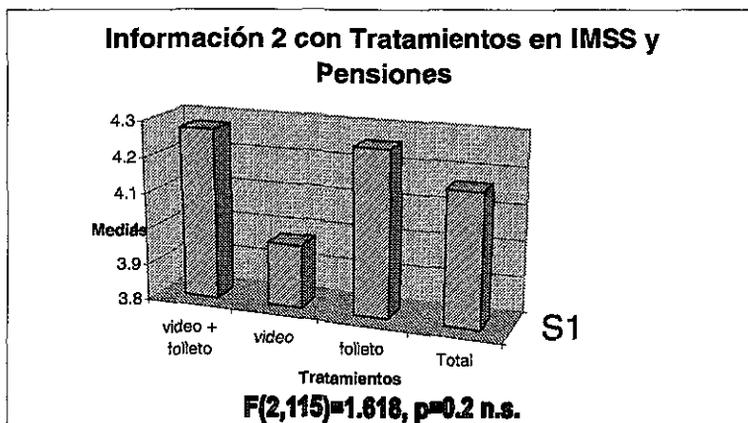
	N= 160
Percepción	f(1)=11.665, p=0.001



Se reportan las medias de información en los grupos de IMSS y Pensiones (inf. 1 y 2) y se puede observar cambios moderados de información en todos los grupos después de cada tratamiento aunque no fueron significativos. (Figura 12).

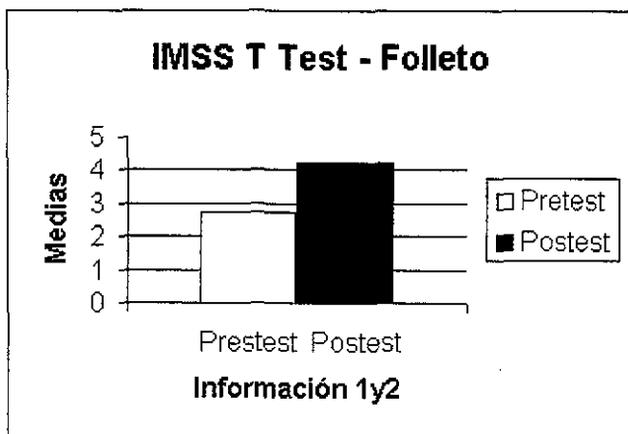
Figura 12.





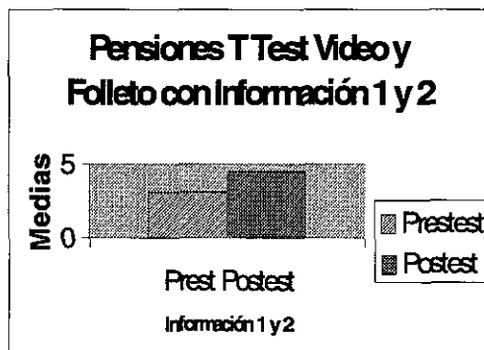
Pero si, existen diferencias de información por tratamiento en ambas instituciones, lo cual nos habla de un aprendizaje después del mismo. Siendo en el grupo " Folleto" en IMSS el que registró diferencias mayores entre medias y grupo " Video y Folleto" en Pensiones (Figura 13)

Figura 13



	N= 20
Info1	t(19)=17.120, p=0.00
Info2	t(19)=23.267, p= 0.00

Fig 13



	N= 20
Info1	t(19)=14.323, p=0.00
Info2	t(19)=26.449, p= 0.00

Por otro lado, resulta importante señalar que, **existen diferencias significativas de tratamiento con percepción de servicios administrativos en los grupos de control en ambas instituciones**, esto se puede interpretar como, que el solo hecho de invitar y poner atención a las mujeres, en lo que se refiere a su salud, cambió la percepción de los servicios administrativos.

En cuanto a la pregunta que actúa como estímulo situacional, con el comportamiento de realizarse el papanicolau que en este caso fue la variable 9 y dice: "Me voy a realizar el papanicolau en mi cumpleaños, dos días antes de mi cumpleaños..."(ver apéndice 3.2) "pregunta clave para enlazar el comportamiento con la intención", la frecuencia de respuestas más altas en el caso del Seguro Social fue de 11, dos días antes de mi cumpleaños y 9 en mi cumpleaños; en lo que se refiere a Pensiones, la frecuencia mas alta fue; en mi cumpleaños (14), y (6) dos días antes de mi cumpleaños. Por lo tanto, el 50 % (40) de las mujeres de esta muestra, pueden enlazar su intención con el comportamiento, haciendo alusión a una fecha de fácil mnemotécnia, tomando como referencia el día de su cumpleaños. (Fig 14).

Me voy a realizar el estudio del Papanicolaou para que no se me olvide.
 Pregunta 9 del No. 3.2
 IMSS Y PENSIONES

var9 * institucion Crosstabulation

Count		institucion		Total
		IMSS	PENSIO NES	
var9	en mi cumpleaños	9	14	23
	dos dias antes de mi cumpleaños	11	6	17
	en el aniversario de mi boda	2	2	4
	en el cumpleaños de mi primer hijo	1		1
	otro	35	37	72
Total		58	59	117

Figura 14

** Nota: Sólo cuestionarios con esta respuesta.*

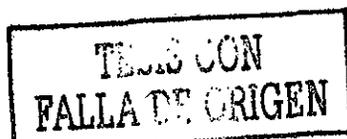
8.3.2 ANALISIS DEL GRUPO DE MUJERES QUE TUVIERON COMPORTAMIENTO PREVENTIVO EFECTIVO

Como se había previsto, tres meses después del tratamiento se procedió a investigar en los expedientes médicos de ambos grupos, de quienes se habían realizado el PAP y encontramos que se habían realizado éste, 19 mujeres del IMSS y 23 de Pensiones. El total de 42 mujeres, presentó las siguientes características:

Edad promedio de 48 años (μ 48.50), casadas 34 (81.%), 2 solteras (4.8%) y 5 viudas, divorciadas y en unión libre (11.9%), el numero de hijos fue de 3 (μ 3.41), la edad del hijo menor de 17 años (μ 16.68), escolaridad primaria 28.57%, comercio 26.19%, secundaria 16.67% y 21.42% nivel medio superior y superior.(Fig 15)

Al realizar la prueba de homogeneidad en este grupo, se comprobó que eran homogéneos, estadísticamente hablando, (MH 0.707)(P=.48). La prueba de homogeneidad, también fue homogénea en tratamiento, por lo que **no existen diferencias de algún tratamiento en relación al grupo de CPE (MH=1.50)(p=.132)** La variable escolaridad, presenta una relación importante en relación al comportamiento preventivo efectivo $X^2(6)=10.82$ (p=.09).

Las pruebas de Chi cuadrada, señalan una relación significativa entre las



mujeres que tuvieron CPE y apoyo social de la madre y de la pareja. Pretest $X^2(3)=15.66(p=.001)$. Posttest $X^2(3)=7.28(p=.026)$. La significancia es mas alta en el pretest. En lo que se refiere a la variable autoeficacia, hay una relación negativa entre el grupo de mujeres del IMSS que se realizaron el estudio y las que no se lo realizaron. (MH= -6.487(p=.000))

En cuanto a la percepción de servicios administrativos, resulto significativa la buena percepción de los servicios para realizarse el PAP. En los grupos de ambas instituciones. En la pregunta 12 "me agrada que me realice el PAP una doctora" $X^2(3)=8.03(p=.00)$ encontramos también valores de significancia.

Hay una relación importante y significativa entre las mujeres que reportaron haber tenido enfermedades graves y realizarse el PAP $X^2(2)=8.31(p=.01)$. Confirma la máxima cultural de cuidarse, cuando se ha tenido una mala experiencia.

En cuanto a las razones para hacerse el estudio el 42% (18) opinó que, se lo hicieron para prevenir el cáncer.

Las mujeres que reportaron comportamiento preventivo efectivo, reportaron confianza en que los materiales e instrumentos para el estudio son higiénicos $X^2(4)=8.73(p=.068)$. Y también se presento una asociación significativa, entre el

comportamiento preventivo efectivo y la percepción de que la atención que les brindó el personal, fue buena. $X^2(4)=8.29$ ($p=.08$).

Figura 15

	IMSS	Pensiones
Primaria	9	3
Secundaria	3	4
Preparatoria	1	4
Profesional	0	4
Comercio	3	8
Otros	1	0
TOTAL CPE	17	25

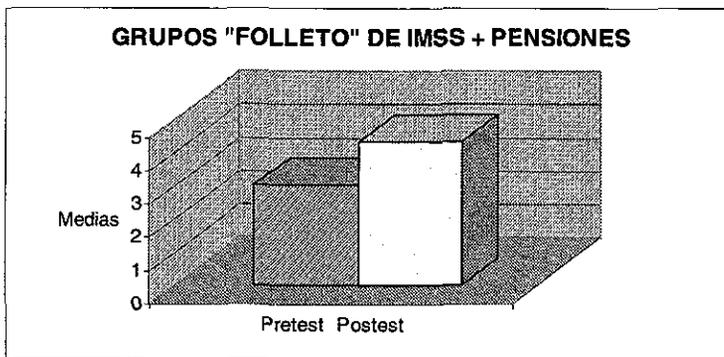
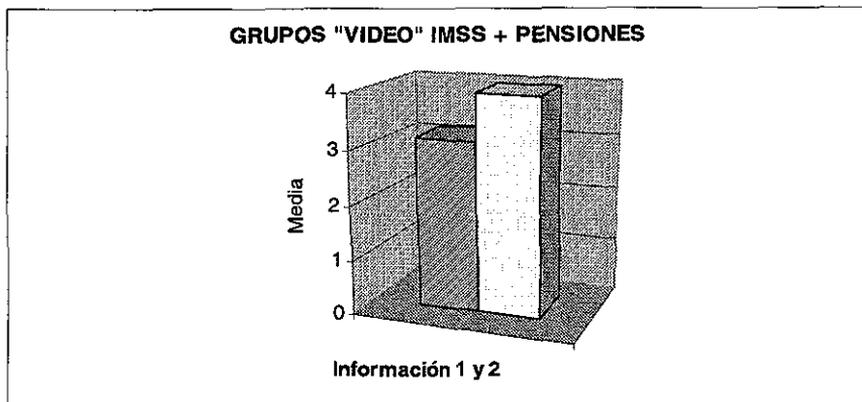


Figura 16

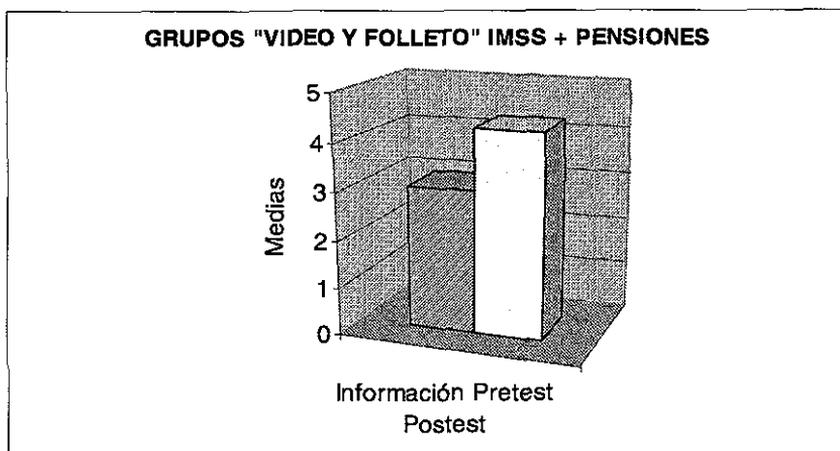
	Pre	Post
Medias	2.98	4.28

	N= 40
Info	t(39)=-8.07, p=.00



	Pre	Post
Medias	3.13	3.98

	N= 40
Info	t(39)=-5.83, p=.00



	Pre	Post
Medias	3.00	4.28

	N= 40
Info	t(39)=-8.07, p=.00

PERCEPCIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS IMSS Y PENSIONES

Figura 19**Comparaciones Múltiples**

Dependent Variable: PERCEP

Tukey HSD

(I) tratamiento	(J) tratamiento	Diferencia entre medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confiabilidad	
					Limite bajo	Limite alto
video + folleto	video	-3,63	1,947	,245	-8,63	1,38
	folleto	-,69	1,960	,985	-5,72	4,35
	control	-5,48*	1,947	.025	-10,48	-,47
video	video + folleto	3,63	1,947	,245	-1,38	8,63
	folleto	2,94	1,960	,439	-2,10	7,97
	control	-1,85	1,947	,778	-6,85	3,15
folleto	video + folleto	,69	1,960	,985	-4,35	5,72
	video	-2,94	1,960	,439	-7,97	2,10
	control	-4,79	1,960	,069	-9,82	,25
control	video + folleto	5,48*	1,947	,025	,47	10,48
	video	1,85	1,947	,778	-3,15	6,85
	folleto	4,79	1,960	.069	-,25	9,82

* La diferencia entre medias es significativa al nivel de .05

8.4 DISCUSIÓN.

Considerando la inversión de tiempo y trabajo, en este último estudio, se puede decir que los resultados no fueron dramáticos ya que del grupo de 160 mujeres que recibieron el tratamiento, únicamente 42 (26.2%) se realizaron el estudio de papanicolau. La expectativa de los servicios médicos en el IMSS y en pensiones es en promedio del 13% el que haya acudido un porcentaje en 13 puntos más, es un logro importante, considerando que solo se reportaron datos de los tres meses posteriores al estudio. También, es importante mencionar (ver Fig. 19) que el solo hecho de haber

sido atendidas con una llamada o con la aplicación de la entrevista en el grupo control, las mujeres mejoraron la percepción de los servicios administrativos de ambas instituciones.

Un logro importante de este estudio fue el aprendizaje de información, que las mujeres de la muestra, adquirieron, con referencia al cáncer cervicouterino y a la importancia de realizarse el estudio; considerando los resultados todos los tratamientos incrementaron el aprendizaje de la información de las mujeres al respecto al CACU, siendo la sesión de video con folleto, la que presentó medias más altas en las mujeres con CPE. (pre test μ 3.0 y post test μ 4.28). Es importante hacer notar que las mujeres que tuvieron comportamiento preventivo reportaron tener una influencia positiva de la madre y la pareja y contaron con una percepción de control personal para acudir a realizarse el estudio.

También fue evidente la importancia que tuvo la *percepción positiva de servicios administrativos relacionados con el PAP* para que las mujeres presentaran comportamientos preventivos efectivos. (Fig. 11) Es evidente que la institución que obtuvo puntajes más altos, en percepción de servicios administrativos, (Pensiones μ 4.5) fue en la que más número de mujeres (23) se realizó el PAP, es probable que influyera la creencia de que los instrumentos eran higiénicos y la atención del personal mejor $X^2(4) = 8.73$ ($p = .06$) para que se presentara el comportamiento de CPE. También la

percepción de la mujer cambia en cuanto a la realización del estudio, cuando éste, fue realizado por una mujer médico. $\chi^2(4) = 8.03$ ($p = .00$)

El que se hayan realizado el PAP, mujeres que declararon haber tenido enfermedades graves como fibromas y miomas, que están asociadas con el cáncer, pueden ser una limitación del presente trabajo, ya que estos antecedentes personales, pueden haber refrescado su memoria y funcionar como una motivación extra, cuando se les invitó a participar a nuestro grupo. Como lo señaló Wilcox (1994) el haber sufrido una depresión, es una variable que predice la posibilidad de generar recursos para atacar la incapacidad y la posible prevención de enfermedades más graves. Aquí se confirmó la máxima cultural de acudir al médico, no por prevención, sino para comprobar la presencia de alguna enfermedad.

Aún con sus limitaciones, este último estudio (IV), reafirma la importancia de informar y divulgar los aspectos relacionados con el cáncer. Hace evidente la influencia social de la madre, la pareja y las amigas. La importancia de que sea realizado por una mujer médico y divulgar una buena imagen de estos servicios, así como mantener calidad en los mismos. Esta situación será relevante para aumentar la proporción de mujeres que se practiquen el PAP en el futuro.

9.0 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

Una vez concluida la investigación, es necesario analizar si el propósito del estudio y las hipótesis planteadas están a la altura de las expectativas de la investigación y si los resultados, corresponden a las mismas.

Durante la realización del trabajo, además de evidenciar un problema de relevancia para la psicología de la salud, se inició la exploración empírica de variables psicosocio culturales, que pudieran estar asociadas con la prevención del cáncer cervicouterino.

El método utilizado en este proyecto, contempló cuatro estudios, todos con la finalidad de hacer evidente, a través de la detección, el análisis de la observación y el estudio cuasi-experimental, aquellas variables inmersas en la cultura, que impiden llevar a cabo conductas que conserven y promuevan la salud, en este caso, la prevención del cáncer cervicouterino.

Partiendo de una información escasa, desde el punto de vista psicológico, en lo que se refiere a la prevención primaria, (Rodríguez y R. 1998) fue muy optimista el pretender que con un estudio como el que se presenta, se pudieran hacer cambios dramáticos, ya que estábamos casi condenados a caer en el error tipo dos, considerando que la población estudiada, carece culturalmente de comportamientos dirigidos a la

prevención de la salud (especialmente las mujeres en cuanto al cáncer cervicouterino). Pero los resultados ofrecieron información relevante, asociada al comportamiento preventivo-efectivo del problema planteado

En un principio, con el fin de investigar las variables relevantes involucradas en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino, se construyó un modelo hipotético, basado en los antecedentes teóricos de otras culturas, el cual permitiría predecir el comportamiento preventivo y abordar el problema a investigar. De estas nueve variables, que teóricamente se identificaron, las únicas que se asociaron durante todos los estudios con el **comportamiento preventivo efectivo** fueron, en orden de importancia: *la información sobre la enfermedad, el apoyo o influencia social, y la autoeficacia*, variables que como se ve a través de este trabajo, se distinguieron por ser las más relevantes para explorar y predecir el comportamiento preventivo efectivo.

Con respecto a la *información de la enfermedad*, fue evidente la importancia de la educación formal e informal, para transmitir este tipo de información, que previene a la mujer de una muerte segura, (Ferraro y Farmer 1997) considerando los modelos que se transmiten a través de la televisión y la radio, es importante, incluir materiales persuasivos que contengan información realista (Morales, et al.,1995) y acorde con la escolaridad media de nuestro país tomando en cuenta las fuentes de motivación que se señalaron en el proyecto, así como las experiencias de mujeres que han tenido este tipo

de cáncer, y hacer hincapié en los riesgos que conlleva el no realizarse el papanicolaou, oportunamente.

Así mismo, entrenar a los médicos y personal de atención a los usuarios, de las medidas preventivas para evitar el cáncer cervicouterino y la frecuencia de la realización del estudio del papanicolaou, ya que acorde a un estudio publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000, la media en una escala del 1 al 10, el nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer cervicouterino, el personal de salud del Estado de Morelos fue de $\mu 4.74$ y la muestra incluyó médicos familiares, especialistas en áreas clínicas, enfermeras y especialistas generales. La mayor diferencia se observó entre los médicos de especialidades clínicas de $\mu 5.21$ (Arillo, E., Lazcano, E., Peris, S., Martínez, E., Salmeron, J., Alonso de Ruiz, P. 2000). Datos que hacen evidente, la falta de información en el Sistema Mexicano de Salud y necesaria la realización de una educación médica continúa para el desarrollo de un programa óptimo de detección oportuna de cáncer, a través de la actualización, capacitación del personal de salud. Además de que se deberán mejorar los programas académicos de aunados a los del presente estudio evidencian la urgente necesidad de información sobre el virus del Papiloma y la prevención del cáncer cervicouterino a nivel masivo.

Si se consideran los resultados aquí obtenidos, y se toma en cuenta la escolaridad de las mujeres que se realizaron el PAP, es importante diseñar y ampliar estrategias que

presenten esta información ya que en este estudio los porcentajes más altos de mujeres que se realizaron el PAP estuvieron en nivel primaria (28.57%), comercio (26.19%) y secundaria (16.67%) pero tenemos todavía un 10.1% de mujeres "sin instrucción" en México y un 5.1 % en el Estado de Chihuahua (INEGI 2000), por lo que es importante, hacer intensas campañas de información sobre esta enfermedad por radio y televisión para poder llegar a las mujeres que tienen menos acceso a la información y que están confinadas únicamente al hogar o a un trabajo que no las expone a esta información. Es importante recordar el aprendizaje que reportaron las mujeres en el Estudio IV, cuando se presentó el video y el folleto, ya que, aunque en todos los tratamientos se incrementó la **información** de las mujeres asistentes, con respecto al cáncer cervicouterino, este tratamiento fue el de puntajes más altos. Por lo que sería conveniente utilizar el video y el folleto de este estudio, a nivel masivo, en la Ciudad de Chihuahua, y probar su eficacia en la región.

En las sesiones de video y folleto, de ambas instituciones, se pudo constatar la carencia de información (pre-test μ 2.98-post-test μ 4.28) con respecto al cáncer cervicouterino, por parte de las mujeres que asistieron al tratamiento, ya que sus respuestas sobre datos que han sido difundidos en diferentes medios de información eran incorrectas y solicitaban ayuda al respecto e incluso desconocían que tipo de cáncer se detecta con el PAP, ni la frecuencia con la que este se tiene que realizar. Después de recibir cualquier tipo de los tratamientos del estudio IV, la mayoría de las

asistentes, frecuentemente se mostraban interesadas en aclarar sus dudas y comentaban sobre historias personales o de amigas que habían padecido esta enfermedad e incluso solicitaban folletos para llevar a sus casas y lugares de trabajo, e inclusive solicitaban más información para transmitirla a otras mujeres y mostraron su preocupación respecto de la enfermedad, así mismo, exponían sus dudas referente a la menopausia y otros trastornos propios de la mujer, esto, evidenció la necesidad de contar con campañas que cubran la demanda, no nada más a nivel centros de salud, sino en el ámbito social.

Con respecto a la variable *influencia social*, dentro de nuestra cultura son muy importantes los modelos familiares y las creencias que estos tengan y transmitan a las personas que están a su alrededor ya que es muy importante la influencia de otras personas y del entorno, en las conductas de salud; aquellas personas que cuentan con apoyo social tienden a enfrentar y a tratar de solucionar los problemas ya sea conductual o cognitivamente; mientras que los que no cuentan con apoyo social, tienden a evitar los problemas. (Acuña 1997), (Barling y Moore 1996) es muy común que sí la madre; que como ya se observó a través del estudio, es el modelo de motivación para la mujer adulta, manifiesta una creencia en contra de la prevención con el ejemplo, o de manera verbal, el trabajo de las campañas de salud que presenten información, es casi nulo. Por esta razón hay que incidir en la mujer adulta, evidenciando esta influencia *afectiva-cognitiva-conductual* que tiene sobre sus hijas y tratar de incrementar una actitud

positiva en estos modelos educadores (madre) para que promuevan la prevención, especialmente en esta enfermedad que en el año 2001 cobró 23 muertes en la Ciudad de Chihuahua. (Enero - junio COESPO 2001).

Aunado a este problema, está la influencia y control que ejerce la pareja en la mujer adulta, ya que con la creencia de que el hombre es un "buen guía" y está más informado que la mujer, casi siempre se impide a la mujer acudir al médico para tratamientos ginecológicos, que no estén asociados con un embarazo, creencia, que orilla a las mujeres a callar hemorragias e infecciones y todo tipo de trastornos, para no incomodar la forma de pensar de su pareja. Es crucial, también, informar a las parejas, del daño que ocasiona esta enfermedad y de la posible pérdida física (del ser querido) por no prevenir a tiempo.

En este tema de la influencia social, se encuentran las amigas, estas son una influencia normativa de gran importancia para la mujer adulta, ya que en los círculos informales de reuniones y fiestas de las mujeres adultas, es muy común la exposición de creencias evaluativas acerca de la prevención, en donde la exposición afectiva de tipo negativo hacia la prevención es muy común, frases como: "para que pierdes tu tiempo si ahorita estas muy sana" o las pláticas acerca de la incomodidad y daños que les ha causado el acudir a una cita de Papanicolaou.

En lo que se refiere a la variable autoeficacia, (Bandura 1991) señala que se adquiere cuando las personas logran formar expectativas en cuanto a la controlabilidad o incontrolabilidad de un evento o bien que hayan experimentado dicho control. Otros teóricos han argumentado que la manipulación de las percepciones de la autoeficacia, pueden ser exitosas en el cambio de comportamiento (Strecher, et al 1986) en suma: el que una persona practique una conducta particular de salud, depende de : sus creencias y actitudes, la amenaza percibida de la propia salud, la efectividad, facilidad y deseabilidad percibida de una particular conducta y la percepción de autoeficacia sobre la misma. En este estudio, la variable de autoeficacia se manifestó en las participantes , tanto en el pre-test, como en el post-test, respondiendo a los enunciados de autoeficacia y en el comportamiento preventivo efectivo.

El haber incluido en el video y en el folleto, frases como: "tu estado de salud se debe a ti misma" evidenció la responsabilidad del autocuidado de la salud y el que la salud no se debe a circunstancias externas o del "destino", sino al comportamiento efectivo eficaz. Por otro lado, si tomamos en cuenta que las percepciones de control personal en las expectativas de las personas, contribuyen a un ajuste adaptativo (Sheir y Carver 1985) y las percepciones de control personal reflejadas en expectativas son habilidades que dan significado a la vida. (Grant N, Lang, L. 1990). El introducir mensajes de autoeficacia, como modelos en las campañas de prevención de cáncer

cervicouterino, es de vital importancia.

Por lo que en todas las campañas, es importante mencionar la expectativa de control que tiene la mujer sobre su cuerpo (Seligman 1975). Es también importante que las mujeres manifiesten su compromiso de acudir al médico y hacerse un chequeo una vez al año. Para hacer este compromiso evidente, puede ayudar, el asociarlo a contestar una pregunta, clave, para enlazar el *comportamiento con la intención*, por ejemplo: "me voy a realizar el PAP, dos días antes de mi cumpleaños" (Gollwitzer et al 1996), ya que retomando a Higgins (1994-96) cuando la meta se percibe como una "responsabilidad personal" se convierte en un factor que determina el valor y la importancia que las personas dan a realizarse estudios periódicos. También de acuerdo a los resultados obtenidos, en cuanto a la exploración de fechas de fácil mnemotecnia, para promover la prevención del cáncer cervicouterino, en el presente estudio, las mujeres de la muestra, mencionaron como estímulo clave la fecha de su cumpleaños, sería importante orientar las campañas de salud haciendo hincapié en esta "fecha de preferencia" y pedirles a los médicos familiares y a los ginecólogos que soliciten a las mujeres, recordar la fecha del Pap, alrededor del día de su cumpleaños como meta de vida.

A través del estudio, las variables relevantes, asociadas con la prevención como: la resistencia a enfermarse, la influencia social, conciencia pública y la autoeficacia, correlacionaron altamente con la información sobre la enfermedad.

La influencia de la madre, que orienta la vida preventiva de la mujer adulta, y que se manifestó en este estudio, puso en evidencia las máximas culturales dentro de la *normatividad social*, (Fishbein y Ajzen, 1975,1980,y1987) así mismo, se evidencia que la falta de información sobre la enfermedad, ha permitido que se formen creencias erróneas en la interpretación de la realidad individual, ya que es evidente que el "espacio" sin información verídica, se llena con estereotipos y prejuicios (Allport 1954) y la gente tiende a buscar significado en los eventos y hace juicios a través de las creencias y eventos ordinarios (Sommer y Baumeister 1991). La falta de información sobre la enfermedad ha impedido por años la realización de comportamientos preventivos en pro de la salud, situación que motivó a orientar el trabajo a formar destrezas cognitivas, que permitan a las mujeres modificar su ambiente e informarse de las ventajas del comportamiento preventivo, con relación al cáncer cervicouterino y otros riesgos de la mujer adulta. También, este trabajo alerta a las campañas de salud, sobre la importancia de tomar en consideración la cultura matriarcal, que en nuestro medio, modela el comportamiento de cuidados materno- infantiles e íntimos de la mujer adulta.

Con el modelo de análisis planteado, y los métodos utilizados, se puso en evidencia que las creencias de la población influyen en las medidas de prevención específica, así mismo, la importancia de la información, la educación en comportamientos

proactivos para promover la salud, y la importancia de la percepción de las instituciones de salud, que ofrecen en nuestro caso, el exámen del papanicolaou.

De este estudio, se derivó una aportación muy importante, que fue la elaboración de dos instrumentos que comunican las variables relevantes implicadas en la investigación, (Bernad y Krupat, 1994). Ambos fueron evaluados en situaciones cuasiexperimentales y también, se pudo comprobar la eficacia de estos materiales, ya que la proporción de asistencia al PAP, se incrementó en los Centros de Salud. En el Seguro Social se atendieron en el año del 2000, únicamente 643 mujeres en edad de riesgo por primera vez y en este año, de enero a junio, de acuerdo a datos proporcionados en la clínica 44, por el Jefe de Estadística, se habían atendido 922 mujeres en edad de riesgo, lo cual elevó la cifra en un 30%; la intervención en este estudio, se inicio en enero del 2001, aunque no podemos establecer una relación causal hasta el momento es posible que este porcentaje haya sido influido por la intervención nuestra.

Es relevante mencionar, que a pesar de que se ha incrementado la asistencia al estudio del PAP, todavía se conserva en Chihuahua, la responsabilidad social de 23 mujeres que han muerto por este mal en lo que va del año 2001 y a raíz de la información del número de mujeres que han fallecido por este mal, el Instituto de Pensiones Civiles del Estado, solicitó el vídeo y lo esta pasando regularmente en las salas de espera de la institución; ya que en Pensiones Civiles del Estado, de 5,932 mujeres en edad de riesgo, se registró una muerte por cáncer cervicouterino en el 2001.

Si nos referimos a la utilidad práctica de este estudio, se puede considerar que reside en la posibilidad de diseñar campañas de prevención, acordes a la cultura de la región, y reducir gastos que se originan en tratamientos largos y costosos, por no detectar a tiempo este tipo de cáncer. Se pueden utilizar técnicas de modelado, para promover conductas sociales aceptables a través de la utilización del video y el folleto, ya que este, ha resultado en otras investigaciones, ser un agente más rápido y con cambios mas duraderos (O'Connor 1972). Como ya se mencionó, el video utiliza modelos a imitar y que pretenden ser motivantes y manipular las percepción de autoeficacia. (Strecher et al 1986).

También se obtiene un gran ahorro económico y social al orientar las campañas para prevenir este mal, el video y el folleto son materiales relativamente baratos en comparación a lo costoso de los videos tradicionales y los cursos organizados, también si se logra incidir en que las mujeres se realicen el Pap, se obtendría un ahorro considerable ya que el costo del Papanicolau en una institución pública de salud es de \$70.00 pesos y una histerectomía, por cáncer invasor, tiene un costo de \$15,000.00 (IMSS 1998) por supuesto, en el sistema de salud privado es mayor, pero conserva la proporción.

Incluyendo los hallazgos de este estudio asociándolo a estrategias para afrontar el estrés que produce el papanicolaou, nos referimos especialmente a la *inoculación*,

estrategia que consiste en prepararse para el estrés, antes de que ocurra (Janis, 1984). Esta estrategia elaborada principalmente para prevenir los problemas emocionales postquirúrgicos entre los pacientes de hospitales, prepara a las personas para situaciones estresantes de naturaleza física o emocional; utilizando la explicación con el mayor detalle posible del tratamiento que con probabilidad tengan que pasar y se instruye como parte del proceso que imaginen como se sentirían al respecto en ésta circunstancia; y que consideren varias formas de enfrentar sus reacciones, todo esto antes de que ocurra la experiencia, en este caso el Papanicolaou. Es crucial, proporcionar a las mujeres, estrategias objetivas y claras para reducir el estrés. Algunos autores han probado que las personas que han recibido tratamientos de inoculación, antes de enfrentar sucesos estresantes afrontan de manera más efectiva el estrés que aquellos que no la han recibido (Rosenthal et al 1988)

Con respecto al **conocimiento adquirido**, relativo al objetivo del estudio, análisis y resultados podemos mencionar los siguientes.

1. El estudio logró alcanzar un buen nivel de realismo experimental, porque los participantes implicados en el IV Estudio tomaron en serio el tratamiento y este tuvo impacto en ellos.(Aronson y Carlsmith 1968, Walster, Aronson y Abrahams 1966). Así mismo tiene realismo mundano porque las tareas que realizaron en el experimento fueron actividades que están presentes en sus

vidas cotidianas, en este caso ver un vídeo, leer un folleto y tener una plática común. Por último, tiene realismo psicológico, porque los procesos psicológicos que se activaron en los participantes, son los procesos psicológicos esperados que se activan en la vida real al recibir folletos, videos o pláticas. (Aronson, Wilson y Akert 1994).

2. El trabajo destaca la relevancia del diseño de programas preventivos contra el cáncer cervicouterino en mujeres con características culturales y sociodemográficas como las de la muestra.
3. Es posible Identificar grupos de mujeres en riesgo.
4. Identifica aspectos en los cuales debe insistir el diseño de programas de prevención y tratamiento.
5. Aporta elementos hacia los cuales deben diseñarse y dirigirse programas psicoeducativos, en la lucha y prevención del cáncer cervicouterino.
6. Confirma y aporta evidencias de que el proceso de salud -enfermedad es un proceso bio-psico-social.
7. Con este estudio, se especifica la calidad del tipo de influencia y soporte social recibido. Es decir, no sólo importa la cantidad del soporte social, sino la calidad y la fuente que proporciona el soporte. En el estudio, se evidenciaron tres figuras significativas en la influencia social, en orden de importancia, la madre, la pareja y las amigas.
8. El que el Folleto haya presentado mas altas medias en información del total de

mujeres (80) que recibieron tratamiento en el IMSS (Fig. 12), nos invita a realizar una investigación al respecto del "significado" del folleto para este grupo. Pude ser que a las mujeres les motiva atender aquellos "papeles que les obsequian" y nos habla de "estilos de aprendizaje", considero que se abre una línea de investigación multidisciplinaria en cuanto a como dirigir las campañas diferenciadas.

9. En el estudio IV demostraron **comportamiento preventivo** efectivo 42 que representan el 26.25% del total de 160 mujeres participantes en el último estudio, de acuerdo a los reportes del expediente. También, existen 15 mujeres que se practicaron el Pap y que se reportó en su expediente en el estudio de Evaluación del Folleto y que corresponde al 11.54% del total de 130, que se incluyeron en ese estudio. En el estudio II manifestaron haberse realizado el estudio en el último año **sin comprobar** el 62.5 % de la muestra de 400 mujeres. En el estudio I manifestaron realizarse el estudio **sin comprobar** el 65% de las 103 mujeres entrevistadas.
10. Las mujeres que se realizaron el Pap dentro del estudio IV del grupo de Video y Folleto, fueron en total 14 (9 de Pensiones y 5 del IMSS), 13 de grupo de solo Video (5 de Pensiones y 8 del IMSS), 8 de Folleto (5 de Pensiones y 3 del IMSS) y 7 del grupo Control (4 de pensiones y 3 IMSS). El 64% (27) de estas mujeres vió el video y 22 (52.38%) tienen el folleto. Aunque estadísticamente,

- no existen diferencias entre grupos. Se puede documentar en el futuro, cuales fueron las fuentes de motivación de las mujeres del grupo control, ya que tenemos sus datos.
11. El tiempo que transcurrió entre el tratamiento Video y Folleto y el **comportamiento preventivo efectivo** fue de 2 días a 12 semanas, es importante comentar, que hubo mujeres que solicitaron cita en Pensiones Civiles, el mismo día en que se trabajo con ellas, ya que en este lugar existe un modulo de Detección Oportuna de Cáncer.
 12. Se cuenta con una base de datos detallada de los estudios incluso, con anotaciones anecdóticas, como el número de veces que se llamó a las integrantes de la muestra para invitarlas, comentarios realizados por las mujeres y tenemos una base de datos de un grupo de enfermeras del IMSS, que solicitaron ver los materiales y se les presentó la sesión de Video y Folleto, con Pre-test y Post-test. Esta información puede servir para continuar con investigaciones de seguimiento y fomentar esta línea de investigación.

Limitaciones y recomendaciones:

1. El estudio puede tener implicaciones importantes en las teorías de la persuasión y/o comunicación de mensajes persuasivos, así como en el diseño de éstos.
2. Es importante extender la investigación e involucrar una forma más directa para medir el apoyo social, a través de estudios o entrevistas a los sujetos

- que rodean al individuo blanco del estudio.
3. El apoyo o influencia social que se informa, sólo es el percibido por el sujeto de estudio. Es recomendable medirlo con otras técnicas e instrumentos.
 4. Es recomendable extender o profundizar en el tratamiento, e incluir una medida que permita estimar el impacto del mismo.
 5. Es posible que las fuentes de validez interna se hayan visto afectadas en el proceso de citar a las mujeres en el Estudio IV.
 6. En próximos estudios es necesario evitar que pertenezcan a la muestra, mujeres con antecedentes de enfermedades asociadas al cáncer.
 7. En estudios posteriores es importante estratificar por grupos de escolaridad.
 8. En estudios aplicados como éste, se incurre en limitaciones metodológicas, sobre todo cuando se carece de instrumentos psicológicos para medir la prevención de este tipo de cáncer, ante la imperiosa necesidad de resolver un problema empírico, construimos y utilizamos los que se presentan en la tesis, los cuales adolecen de una estricta psicometría, pero se considera que el haber utilizado una muestra total de 923 mujeres en todos los estudios (I=103, II=400, III=100, E:F=160, IV=160) y 603 a las que se aplicaron reactivos iguales, puede representar, en buena medida, la percepción de las mujeres Chihuahuenses, en cuanto al cáncer cervicouterino y al estudio del Pap.
 9. Considerando la prioridad del problema, es necesario continuar con estudios de seguimiento.

10. Las limitantes de las escalas y cuestionarios (Kerlinger 1989, Hernández S.R.

1991) utilizados en el presente estudio son:

- Las respuestas de los sujetos son deliberadamente asignadas, por lo que su respuesta es limitada.
- En las respuestas dicotómicas, generalmente no existe el falso o verdadero absoluto.

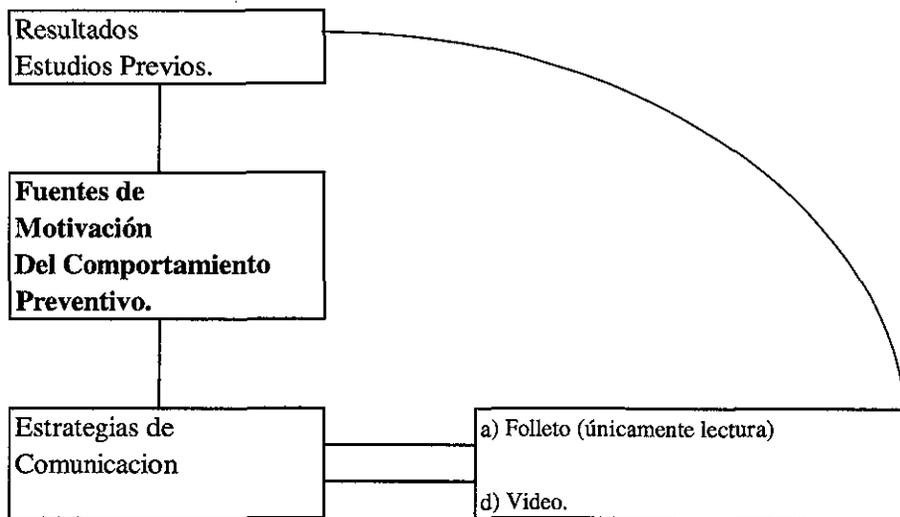
Reflexiones y comentarios.

Cuando se inició el estudio en el año de 1998, se supuso que las variables psicosocioculturales eran las más importantes dentro del fenómeno de prevención del cáncer cervicouterino, después de haber explorado las variables del modelo inicial (Fig 1), como psicólogos, resulta sorprendente que la variable "información" sea más relevante en el estudio que las variables psicológicas esperadas. Esto nos alerta de la necesidad urgente para los mexicanos, de formar grupos multidisciplinarios para investigar y promover una "cultura de prevención", e incluir en la educación formal e informal el "concepto de prevención", no nada mas de este tipo de enfermedad, sino en todas las relacionadas con la buena salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

10.0 DIAGRAMAS.

10.1 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN



10.2 Hipótesis Metodológica.

$$H1 = \hat{P}2 > \hat{P}1$$

$$H0 = \hat{P}2 \geq \hat{P}1$$

10.3 Hipótesis Metodológica. Estudio IV.

Comparación de P en condición administrativo.

Hi. Ho.

P1a <P1b	P1a ≥ P1b
P2a <P2b	P2a ≥ P2b
P3a <P3b	P3a ≥ P3b
P4a <P4b	P4a ≥ P4b

Comparación de P en condición en IMSS.

Hi. Ho.

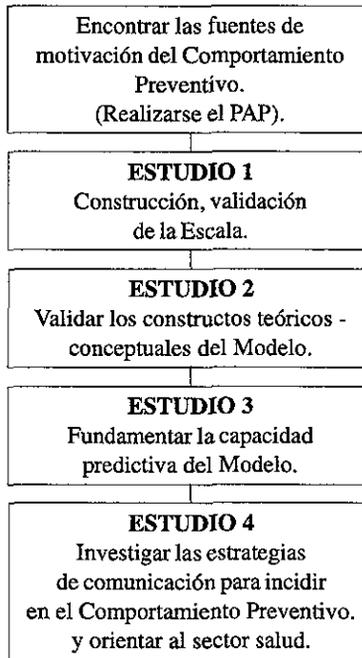
$P1a > P3a$	$P1a \leq P3a$
$P3a > P2a$	$P3a \leq P2a$
$P2a > P4a$	$P2a \leq P4a$

Comparación de P en condición en Pensiones.

Hi. Ho.

$P1b > P3b$	$P1b \leq P3b$
$P3b > P2b$	$P3b \leq P2b$
$P2b > P4b$	$P2b \leq P4b$

10.4 DIAGRAMA DE FLUJO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.



10.5 RESUMEN DE LOS RESULTADOS.

ESTUDIO I

HIPÓTESIS: Existen variables psicosocioculturales asociadas al comportamiento de prevención del cáncer cervicouterino y son susceptibles de medirse.

OBJETIVO: Construcción, validación, factorización y confiabilización de una escala que mide factores psicosocioculturales que influyen en el comportamiento preventivo. Muestra convencional de mujeres en edad de riesgo N=106

RESULTADOS: Subescalas que resultaron relevantes de acuerdo a la varianza explicada: Estilo Modificador Activo, Resistencia a la Enfermedad, Conciencia pública, Autoeficacia, Apoyo Social, Desventajas y Ventajas.

ESTUDIO II

HIPÓTESIS: El instrumento resultante del estudio I mide de manera confiable las variables psicosocioculturales asociadas al comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino.

OBJETIVO: En este estudio, se buscó validar los constructos teóricos-conceptuales del modelo hipotético y confiabilizar las medidas, diseñadas para estimarlos. Muestra no aleatoria de mujeres en edad de riesgo N=400

RESULTADOS: Se aplicó la escala ya factorizada donde se eliminaron reactivos con base a los resultados y se modificó el formato a una presentación más corta y accesible en contestar, la nueva versión, se incluyeron los reactivos que tienen una correlación significativa con el factor y una alta variabilidad en las respuestas al instrumento. Los resultados, nos indican, que aquellas mujeres, que se perciben resistentes a enfermarse (fuerza personal), tienen más comportamiento proactivo (autoeficacia), más información, son modificadoras activas de su ambiente, y perciben más ventajas, al realizar el comportamiento preventivo, así mismo, perciben tener apoyo social. Aquí las variables más importantes de acuerdo al modelo de regresión logística fueron, me siento apoyada por mi madre, para hacerme el estudio (R.M =2.82 sig .001) y consideran ventajas tener una vida más tranquila (R.M. =3.60 sig.047) y evitar gastos económicos más fuertes (R.M=1.2 sig.000)

ESTUDIO III

HIPÓTESIS: Las variables psicosocioculturales precisadas en este estudio fundamentan la capacidad explicativa y predictiva del modelo hipotético.

OBJETIVO: Fundamentar la capacidad predictiva del modelo y de las medidas precisadas en el estudio anterior, a través de un diseño de investigación de grupos equivalentes, *sociodemográficamente. Muestra 50 mujeres con CPE y 50 sin CPE, Todas derechohabientes del IMSSSe comprobo CPE con expediente. A todas se les aplicó la escala.*

RESULTADOS: Se demuestra que "la influencia social", asociada con "información sobre la enfermedad", origina que las mujeres perciban más ventajas y a su vez tengan mas práctica "preventiva eficaz". La influencia Social, es una variable crítica en las mujeres y demuestra, de nuevo, que ésta variable tiene más impacto, en los grupos femeninos. Por otro lado la "influencia Social positiva" esta asociada con "información sobre la enfermedad" y las personas que se realizaron el estudio son las que perciben la atribución de Seguridad. (Ventajas). De acuerdo a los resultados de regresión logística El factor de mayor peso con el método forward condicional en el estudio III fue Información sobre la enfermedad.

R.M. $\beta=1.21$ sig. .0164

VARIABLES CRITICAS EN EL TOTAL DE LOS ITEMS. Metodo enter.

Ventajas R.M.

Tener una vida mas prolongada $\beta=4.6$ sig. .008

Desventajas

Tengo temor a ser lastimada con los instrumentos $\beta=1.93$ sig .08

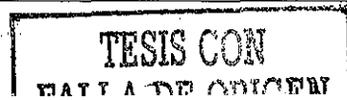
El realizarme el estudio me inhibe $\beta=2.72$ sig.08

ESTUDIO IV**HIPÓTESIS:**

Hi1. La estrategia de comunicación, información sobre la enfermedad, influencia y apoyo social y ventajas percibidas sobre el estudio, presentada a través del folleto aumentan la proporción de mujeres que se practican el papanicolau.

Hi2. La estrategia de comunicación, información sobre la enfermedad, influencia y apoyo social y ventajas percibidas sobre el estudio, presentada a través de un video aumentan la proporción de mujeres que se practican el papanicolau.

Hi3. La estrategia de comunicación, información sobre la enfermedad, influencia y apoyo social y ventajas percibidas sobre el estudio, presentada a través de un video y folleto



aumentan la proporción de mujeres que se practican el papanicolau.

Hi4. Existen diferencias significativas entre la proporción de mujeres que se realizan el papanicolau en el IMSS y en Pensiones Cíviles del Estado asociadas a la variable "percepción de eficiencia administrativa"

OBJETIVO: Investigar sobre las estrategias de comunicación para incidir en el comportamiento preventivo. Se evaluaron servicios administrativos en torno al CPE en 2 instituciones de salud. Y se realizó un test-postest después de cada tratamiento.(fig 7).

Diseño Factorial 2x2x2 N=160

Estudio con mujeres sin CPE.

RESULTADOS: Se exploraron los resultados de los tres primeros estudios, utilizando un "folleto" que incluye los hallazgos relevantes de los mismos. Se realizó una evaluación del folleto. Y se elaboró un video.

Un logro importante de este estudio es el aprendizaje de información que las mujeres de la muestra adquirieron, con referencia al cáncer cervicouterino y a la importancia de realizarse el estudio

Las pruebas de Chi cuadrada nos señalan una relación significativa entre las mujeres que tuvieron CPE y apoyo social de la madre y de la pareja.

Las mujeres que reportaron comportamiento preventivo efectivo reportaron confianza en que los materiales e instrumentos para el estudio son higiénicos $X^2(4)=8.73$ ($p=.068$). Y la atención que les brinda el personal es percibida como buena.

Un logro importante de este estudio es el aprendizaje de información que las mujeres de la muestra adquirieron, con referencia al cáncer cervicouterino y a la importancia de realizarse el estudio

Las pruebas de Chi cuadrada nos señalan una relación significativa entre las mujeres que tuvieron CPE y apoyo social de la madre y de la pareja.

Las mujeres que reportaron comportamiento preventivo efectivo reportaron confianza en que los materiales e instrumentos para el estudio son higiénicos $X^2(4)=8.73$ ($p=.068$). Y la atención que les brinda el personal es percibida como buena.

10.6 GUION DEL VÍDEO.

Escrito	Imagen
<p>Papanicolau</p> <p>ESCENA 1</p> <p>→ (Mamá). Oye m hija ¿Sabías que cada dos horas muere en México una mujer de cáncer cervicouterino?</p> <p>→ (Mamá). Lef en un folleto que es la primera causa de muerte en México... En mujeres de 35 a 60 años de edad, y Tu y yo estamos dentro de esa edad.....</p> <p>→ (Hija). A mí no me gusta ir al estudio ese del papanicolau, me inhibe y me quita tiempo.</p> <p>→ (Mamá). Eso dicen todas, pero la mayoría ignora que es una enfermedad silenciosa y que en México está muy difundida. A propósito Chihuahua ocupa el segundo lugar de incidencia de este tipo de cáncer.</p> <p>→ (Hija). Yo creo sque a nosotras no nos va a dar ya. En la familia no hay cáncer y yo creo que somos muy resistentes a enfermarnos.</p> <p>→ (Mamá). Quien sabe, yo creo que no. La mejor forma de prevenir este cáncer y tener una vida más tranquila es realizándose el estudio de papanicolau cuando menos una vez al año. Dicen que es gratuito en los centros de salud.</p> <p>→ (Mamá). Yo también aunque no lo necesito voy a ir, para que arriesgar, ya hace tiempo que no voy ni al doctor pero..... Que caray si el papanicolau nos puede evitar un cáncer fuerte.</p> <p>→ (Hija). Pues sí, aunque es molesto ir cuando uno está completamente sana, pero también dicen que detecta infecciones y otras anomalías en tejidos, a las que todas estamos expuestas.</p> <p>→ (Mamá). Tú sabes, que nunca de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para mantenernos sanas. Es importante que estemos conscientes que nuestro estado de salud se debe a nosotras mismas y debemos tener la decisión de realizarnos cuando menos una vez al año.</p> <p>→ (Hija). Pues su es así mamo sólo haciéndonos este estudio podríamos evitar molestias mayores y evitar gastos económicos fuertes, cuando se presente el cáncer mayor.</p> <p>→ (Mamá). También tiene la ventaja de no exponerte a un tratamiento horrible y además tenemos una mejor calidad de vida con nuestros hijos y nuestra pareja si la amenaza de este cáncer... Imagínate de por sí tenemos tantos trastornos las mujeres, para agregar un cáncer, si lo podemos evitar con un simple estudio.</p> <p>→ (Hija). A lo mejor tienes razón. Tambien las inyecciones son molestas pero sirven para curar. Pues sí., es como todo lo que hacemos. Y hay que estar conscientes que nuestro estado de salud se debe a ti misma. Y es importante detectar a tiempo alguna anomalía.</p> <p>→ (Voz externa de la mamá) las mujeres con vida sexual activa, pueden contraer cáncer cervicouterino debido a un virus llamado: papiloma humano (VHP) que se ha propagado en el mundo entero.</p>	<p>(Titulo). Programa de lucha contra el cáncer cervicouterino.</p> <p>→ Una mujer de más de 60 años platica con su hija que se encuentra en edad de riego. Ambas están de pic frente a una ventana saludándose y tomadas de las manos. Frente a una mesa se sientan a tomar café. La hija pequeña de la mujer joven está presente.</p>

<p>ESCENA 2.</p> <p>→ (Esposo). Oye mi amor ¿Cuánto hace que no vas al estudio del papanicolau?</p> <p>→ (Esposa). Pues ya ni sé, creo que desde que nació Dianita, hace como seis años...</p> <p>→ (Esposo). No se te hace que le estás arriesgando mucho, tu ya sabes que es cáncer ese del cuello de la matriz no avisa, y que puede darle a cualquier mujer de tu edad, ya ves a la esposa de José hasta que ya estaba desahuciada, le dijeron, y todo por no cuidarse a tiempo.</p> <p>→ (Esposo). Estuve el otro día con un amigo médico, y me dijo que es muy importante detectar a tiempo cualquier anomalía tanto en las mujeres como en los hombres ya que las costumbres sexuales cambiaron desde hace tiempo y que puede que en alguna etapa de la vida hayamos contraído alguna infección por este virus del papiloma humano. Aparte de que dicen que es muy común en todo el mundo. Para que arriesgarse... Si el papanicolau es gratuito y te puede prevenir de una enfermedad mortal.</p> <p>→ (Esposo). Es muy importante que te lo realices si quieres tener una vida prolongada y feliz con todos nosotros, tengo entendido que es muy sencillo el estudio y solo haciéndote el papanicolau puedes evitar una enfermedad mayor que afecte a nuestra familia.</p> <p>→ (Esposa). El realizarme el estudio me inhibe y además tengo temor a ser lastimada con los instrumentos. Por eso no voy.</p> <p>→ (Esposo). Tú siempre has sido capaz de buscar lo que te hace bien y evitar cosas que te dañen a ti o a nuestra familia, además es rápido y no creo que sea tan molesto, y es importante detectar a tiempo cualquier siempre.... A mí me daría mucha tranquilidad que tú cuidarás tu salud haciéndote el papanicolau.</p> <p>→ (Esposa). Ok . Voy a hablar para ver que necesito para hacérmelo.</p>	<p>→ Una pareja se encuentra conversando en el cuarto de televisión. El hombre de aproximadamente 45 años de edad y la mujer de 40.</p>
<p>ESCENA 3.</p> <p>→ (Mujer 1). ¿Ya fueron al estudio del papanicolau?</p> <p>→ (Mujer 2). No, no me gusta además yo estoy sana.</p> <p>→ (Mujer 3). No creas que no te va a dar, el cáncer no avisa yo conozco muchas amigas que creían que nunca les iba a dar y ahorita ya las operaron, no tienen matriz y han tenido muchos trastornos en su vida. Han perdido tiempo valiosos con su esposo y sus hijos aparte que sufren más por no realizarse el estudio a tiempo.</p> <p>→ (Mujer 1). Programar el estudio del papanicolau a la mejor nos resulta tedioso pero la prevención es lo único que nos puede salvar de molestias mayores.</p> <p>→ (Mujer 2). Es una ventaja que puedan detectar a tiempo cualquier anomalía e incluso infección que te impida una vida normal.</p>	<p>→ Aparecen teléfonos de información de las instituciones IMSS o Pensiones.</p> <p>→ Un grupo de tres mujeres en edad de riesgo platican en un café.</p>

ESCENA 4.

- (Doctora). No temas hacerte el papanicolau.
- (Doctora). Que bueno que veniste, es muy importante no dejar pasar tiempo!
- (Voz externa). Acude hoy mismo a hacerte el estudio del papanicolau.
Sin dolor.....!, sin molestia.....!,
Gratis.....!
Es por tu salud.

El cáncer es curable si se detecta a tiempo.

- Le dice una doctora a la mujer poniendo una mano sobre los hombros de la paciente. Se encuentran frente a una clínica.
- Prosigue la doctora mientras caminan. Aún la lleva abrazada.

Lo dice la doctora. Se encuentra sola.

10.7 FOLLETO

¿ Sabías que
cada **2 HORAS**
muere en México:

Una mujer de
**CÁNCER
CERVICO
UTERINO**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TU ESTADO DE SALUD SE DEBE A TI MISMA... ES IMPORTANTE DETECTAR A TIEMPO ALGUNA ANOMALÍA.

NO TEMAS HACERTE EL PAPANICOLAU

(LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA, PUEDEN CONTRAER CÁNCER CERVICO-UTERINO DEBIDO A UN VIRUS LLAMADO PAPILOMA HUMANO (VHP) QUE SE HA PROPAGADO EN EL MUNDO ENTERO.

EL ESTUDIO DEL **PAPANICOLAU** ES GRATUITO Y TE PUEDE PREVENIR DE UNA ENFERMEDAD MORTAL, COMO LO ES EL CÁNCER CERVICO-UTERINO

QUE BUENO QUE VENISTE, ES MUY IMPORTANTE NO DEJAR PASAR TIEMPO!

ACUDE **HOY MISMO** A HACERTE EL ESTUDIO DEL PAPANICOLAU

- SIN DOLOR...!
- SIN MOLESTIAS...!
- GRATUITO...!

ES POR **TI MISMO**

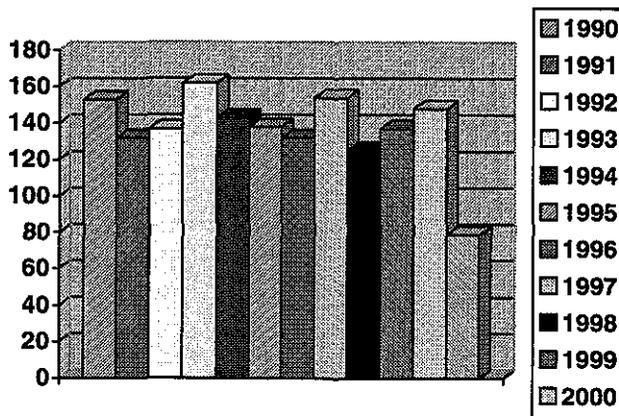
EL CÁNCER ES **COMUN** SI SE DETECTA A TIEMPO!

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA **CÁNCER CERVICO-UTERINO**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

II.0 ESTADISTICAS CANCER CERVICOUTERINO

Defunciones por Cáncer Cervicouterino Edo. Chihuahua 1990-2001



Defunciones por Cáncer por Institución. Edo. De Chihuahua

Institución	1999	2000
I.M.S.S	80	65
I.S.S.T.E.	3	4
FUERZA ARMADA	1	0
P.C.E.	0	1
P.C.Municipal	0	1
NINGUNA	25	25
SE IGNORA	15	18
OTRAS	6	2
TOTAL	130	116

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CCU
METAS Y LOGROS POR INSTITUCIÓN ENERO- JUNIO 2001
Edo. de Chihuahua**

Instutución	Meta Anual	Meta Sem.	Avance Sem.	%
I.M.S.S.	94,276	47,736	29,630	63.0
I.M.S.S. Solidaridad	22,695	11,346	15,520	136.7
Servicios de Salud Chih.	81,308	40,650	29,758	73.2
ICHISAD	12,551	6,126	7,020	114.5
I.S.S.S.T.E.	7,452	3,726	4,308	115.6
P.C.E.	17,200	8,598	6,447	74.9

Meta Semestral Interinstitucional	Avance Semestral	%
117,582	92,683	79.

CLASIFICACIÓN DE DISPLASIAS 2001

Displasia Severa	108
Cáncer in situ	91
Cáncer invasor	44

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER REALIZADA POR AÑO

1999	180,157
2000	149,451
2001	92,683

Fuente. CONSEJO ESTATAL DE POBLACION JUNIO 2001

INDICADORES DE ATENCIÓN AL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO,
1992-1998
En el ámbito NACIONAL

Años	Exámenes	Ingresos Nuevos	Casos en control	Total de casos atendidos	Número de casos atendidos Por 100 mil mujeres de 15 años y mas
1992	979 465	1 795	1 839	3 634	13
1993	1 155 295	2 366	1 865	4 231	15
1994	1 178 542	2 412	2 588	5 000	17
1995	1 286 613	2 450	3 256	5 706	19
1996	1 383 447	4 114	7 220	11 334	37
1997	1 460 727	6 815	11 503	18 318	58
1998	1 961 830	9 468	17 842	27 310	85

*Fuente INEGI "Mujeres y Hombres en México" 2001
Publicación anual Quinta edición*

12.0 REFERENCIAS.

- Acuña, L. (1997). Relación entre apoyo social, estrategias de afrontamiento, roles sexuales y salud en México. Memorias del Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América (p.50).
- Aldaz, V.E., y Pick, S. (1996). El Impacto del SIDA en las creencias y conductas sexuales de los varones adolescentes. La Psicología Social en México, 6, 520-524.
- Allport, G.W. (1954). The Nature of Prejudice. Reading, Addicester, Clark University Press. En Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social. Mc. Graw Hill. España. 292.
- American Health Organization. Women in health and development. Washington, DC. PAHO, Núm. 541, 1993.
- American Psychological Association.(1997). Publication Manual. Fourth edition: Washington D.C.
- Arillo, E., Lazcano, E., Peris, S., Martinez, E., Salmeron, J., Alonso de Ruiz, P. (2000). El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica. Salud Publica México. p.p 34-42
- Aronson, y Carlsmith en Gilbert, D.T.; Fiske, S.T.; Lindzey, G. The Handbook of Social Psychology. 4rd. Ed., Vol. I, McGraw-Hill, New York, 1998.
- Aronson, Wilson y Akert (1994) en Gilbert, D.T. Fiske, S.T.; Lindzey, G. The Hand-

- book of Social Psychology. 4rd.Ed., Vol.I, McGraw-Hill, New York, 1998.
- Avendaño, R., y Díaz-Guerrero, R. (1992). Redes cognitivas de la Abnegación. La Psicología Social en México, 4,328-333
- Baldwin, D. (1996) A model for describing low-income African American women´s participation in breast and cervical cancer early detection and screening. Advances in Nursing Science, 19, 27-42.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy:Toward a unifying theory a behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Bandura, A., Cioffi, Di. Taylor, C.B. y Brouillard, M.E. (1988). Perceived self efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. Journal of Personality and social Psychology, 55, 479-488.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS: In Ubfectuib, Ub Blumenthal, S.J. Eichler, A. & Weissman, G. (Eds) Women and AIDS. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health - promotion behavior. In Madden, J. IV, Mattysse, S. & Barchas, J.(Eds), Adaptation, learning, and affect. New York: Raven Press.
- Bandyopadhyay, S., Chattopadhyay, P.K., Ghosh, K.K., y Basu, A.K. (1988). Neuroticism and arousal correlates to plasma cortisol level in cancer of the cervix.

- Indian Psychologist, Vol. 5, 1-8.
- Barbosa, R.M., Do-Lago, T.Di., Giacomo., Kalckman,S., y Villela, W.V. (1996). «Sexuality and reproductive health care in Sao Paulo, Brazil» Healt-Care-For-Women International, 17, 413-421.
- Barling, N.R., y Moore, S.M. ((1996), Prediction of cervical cancer screening using the theory of reasoned action. Psychological-Reports, 79, 77-78.
- Bargh, J.A. y Gollwitzer, P.M. (1994). Envioremental Control of Goal - Directed Action. Automatic and Strategic Contingencies between situations and behavior. Nebraska Symposiumm and Motivation. 1994. 41. 71-124.
- Battista y Fletcher (1988). En Dimatteo, M.R. The Psychology of Healt and Medical Care an Individual Perspective. (1991), 61-64.
- Beatson Oncology Centre, (1997). Western Informary, Screening for cervical cancer: different problems in the developing and the developed world. Glasgow, UK.
- Goldman, D.A. Simpson, D.M. (1994) Survey of El Paso physicians' breast and cervical cancer screening attitudes and practices. Journal of Community Health the Publication for Health Promotion and Disease Prevention. Vol 19,75-85.
- Bernard, L.C., y Krupat, E. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers. USA.
- Borrás, J.M., y Iglesias X., (1994). Cribado del cáncer de cuello del útero. Med Clinic,994,102-108.

- Bostick, R.M., Sprafka, J.M., Virnig, B.A., y Potter, J.D. (1994). "Predictors of cancer prevention attitudes and participation in cancer screening examinations. Preventive Medicine An International-Journal Devoted to Practice and Theory. 23, 816-826.
- Bowels, C. (1986). Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. Nursing Research. 35,81-85.
- Bowlby, J. (1969). Attachment (Attachment and loys, Volume I). New York. Basic Books.
- Boyle, P. (1997) Global burden of cancer. Lancet.,349 suppl 11,23-26.
- Burak, L., y Meyer, M. (1997). Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. Health Care for Women International.,18, 251-262.
- Buss, A. (1980). Self conciousness and social anxiety. San Francisco. W.H. Freeman and Co.
- Campbell, D.T., y Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago. Rand McNally.
- Campbell, E.P., Peterkin, D., Abbott., y Rogers, J. (1997). Encouraging underscreened women to have cervical cancer screening: The effectiveness of a computer strategy. Preventive - Medicine,26, 801-807.
- Carver, C.S., y Scheler, M.F. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E. T., Higgins y R. M., Sorrentino (Eds.), Handbook of motivation and cog-

- nition. Foundations of social behavior, 2, 3-52. New York. Guilford Press.
- Castañeda, I.M.S., Toledo, C.R., y Aguilera, D.M. (1998). Factores de riesgo para cancer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública. Mex. 1998. 330-338.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, New Jersey. 258.
- Cohen, J. (1975). Psicología de los motivos personales. Temas de Psicología. Trillas.
- Consejo Estatal de Población, (2001) Estadísticas de Cáncer cervicouterino, en el Estado de Chihuahua. Tercer Informe de Gobierno. sep.2001.
- Consejo Nacional de Población. (1995). IV Conferencia Mundial Sobre La Mujer
- Coughlin, S.S., Nass, C.C., Pickle, L.W., Trock, B. y Bunnin, G. (1991). Regression methods for estimating attributable risk in population-based case-control studies: a comparison of additive and multiplicative models; American Journal of Epidemiology, 133,305-313. En Benochou, J. (1991). Methods of Adjustment for estimating the attributable risk in case-control studies: A Review. Statistics i Medicine Vol. 10. 1753-1773.
- Craun, y Deffenbacher. (1987). En Dimatteo, M.R., The Psychology of Healt and Medical Care an Individual Perspective, (1991), 63-64
- Croizer, W.R. (1979). The interaction of value and subjective probablilty in risky decision-making. British Journal of psychology, 70, 489-495,
- Crowe, E., y Higgins, E.T. (1997). Regulatory focus and strategic inclinations: Promo-

- tion and prevention in decision making. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 69, 117-132.
- Devessa, S.S., Pollack, E.S., y Young, J.L. (1984). Descriptive Epidemiology of the Uterine Cancer. Obstretgynecol, 63,605-612.
- Díaz, Loving R., Díaz Guerrero, R., Helmreich, R.L., y Spence, J.I. (1981). Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos de masculinidad (instrumentales) femeninos (expresivos). Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, I, 3-33.
- Díaz Guerrero, R. (1986). El ecosistema sociocultural y la calidad de vida. Trillas.16,32,62-65.
- Díaz Guerrero, R. (1976). La mujer y las Premisas Histórico-socioculturales de la Familia Mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 6-No.1.
- Díaz Guerrero, R. y Díaz Loving, R. (1996). Introducción a la Psicología. Un Enfoque Ecosistémico: Editorial Trillas. México.
- Díaz Guerrero, R., y Morales, M.L.(1976). La Paternidad Responsable y las Actitudes hacia la Procreación. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría (México). Vol. 17 No. 2.
- Díaz Guerrero, R., Szalay, B. Joran. (1993). El mundo subjetivo de Mexicanos y Norteamericanos. Trillas, 66,135.
- Díaz Guerrero, R., y Melgoza-Enriquez, E. (1994). Fuerza personal, medida breve de fibra emocional, Revista Altheia, 13, 21-24.

Díaz Guerrero, R. (1994). Psicología del Mexicano. Trillas. 280.

Díaz Loving, R., Ruiz, P., Cárdenas, R.M.T., Alvarado, H.V., y Reyes, B.D. (1994).

Masculinidad-feminidad y satisfacción marital: Correlatos e implicaciones. La Psicología Social en México. ,5, (1994).

Elwin., Todd. S., Fetters., y Michael, D. (1998) Cancer disclosure in Japan: Historical comparisons, current practices. Social-Science-and Medicine,46, 1151-1163.

Escandón, R.C., Benitez, M.G., Navarrete, E.J., Vazquez, M.J., Martínez, M.O., y

Escobedo, P.J. (1992). Epidemiología del cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México 1992.

Fazlo, R.H. (1986). How do attitudes guide behavior? In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.).

Fazlo, R.H. (1995). Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, consequences, and correlates of attitude accessibility. In Petty, R.E. & Krosnick, J.A. (Eds.), Attitude strength: Antecedents and consequences, 247-282. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Feather, N.T. (Ed.), Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology,53-95.

Feather, N.T., y Newton, J.W. (1982). Values, expectations, and the prediction of social action: An expectancy-value analysis. Motivation & Emotion, 6, 217-244.

Feather, N.T., y O'Brien, G.E. (1987). Looking for employment: An expectancy-value analysis of job-seeking behavior among young people. British Journal

of Psychology, 78,251-272.

Feather, N.T. (1988). Values, valences and course enrollment: Testing the role of personal values within an expectancy-value framework. Journal of educational Psychology, 80,381-391.

Feather, N.T. (1990). Bridging the gap between values and actions: Recent applications of the expectancy-value model. In Higgins, E.T., y Sorrentino, R.M. (Eds.), Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior. New York: Guilford Press. Vol. 2,151-192.

Fenigstein, A. Scheier, M.F. y Buss, A.H., (1975). Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 43, No. 4 522-527.

Ferraro, K. (1980). Self-Ratings of Health Among the Old and the Old-Old. Journal of Health and Social Behavior. 21,337-383. (1993) Are Black older Adults Health-Pessimistic? Journal of Health and Social behavior, 34,201-14.

Ferraro, K., y Farmer, M. (1996). Double Jeopardy to health Hypothesis for African Americans: Analysis and Critique. Journal of Health and Social behavior, 37,27-43.

Ferraro, K., y Farmer, M. (1997). Distress and Perceived Health: Mechanics of Health Decline: Purdue University, 298-300.

Ferraro, K., Farmer, M., y Wybraniec, J. (1997). Health Trajectories: Long-Term Dynamics Among Black and White Adults. Journal of Health and Social behav-

ior, 38,38-54.

- Filer, R.J. (1952). Frustration, satisfaction and other factors affecting the attractiveness of goal objects. Journal of abnormal and Social Psychology, 47,203-212.
- Fisbein, y Ajzen (1975). En Morales, J.F., Reboloso, E., Y Moya, M. (1994). Psicología Social. España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Fishbein, M. y Ajzen. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flores, G.M., Díaz Loving, R., Guzmán, P.L., Barcenas, M.G., y Godoy, P.G. (1992). Asertividad, Abnegación y Agresividad: Evaluación semántica. La Psicología Social en México,6,303-307.
- Flores, L., Zamora, S., Salazar, E., Lazcano E. (2000) análisis de supervivencia. Aplicación en una muestra de mujeres con cáncer cervical en México. Salud Pública de México. Vol. 42 No. 3, p.p 242-251.
- Fraumeni, J.F., Lloyd, J.W., Smith, E.M., y Wagoner, J.K. (1981) Cancer Mortality among Nons: Role of marital status in etiology of neoplastic disease in women. National Cancer Institute, 18, 42,455-468.
- Gerlach, K.K., Marino, C., y Hoffman-Goetz, L. (1997). Cancer coverage in women's magazines : what information are women receiveing ?. Division of cancer prevention and control, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland, USA.
- Gill, J.M., y Mc Clellan, S.A. (1998). Improving preventive care for women: impact of a performance improvement program in a family practice office. Department of

Family and Community Medicine, Christian Care Health Services,

Wilmington. De. USA.

Gilbert, D.T; Fiske, S.T ; Lindzey, G. The Handbook of Social Psychology. 4rd. Ed.,

Vol. I, McGraw-Hill, New York, 1998.

Givaudan, M., Pick, S., Aldaz, V.E., y Saldívar-Garduño, A. (1996). Creencias y

Normas que influyen en las conductas sexuales de las mujeres respecto de la
prevención del SIDA. La Psicología Social en México, 6,187-192.

Gollwitzer, P.M. , y Moskowitz, G. (1996). Goal effects on action and cognition. in

E.T. Higgins, & A.W. Kroganski (eds.) Social Psychology HandBook of Ba-
sic Principles. New York; Guilfor Press. 361-399

Goodkin, K., Antoni., Michael, H., Helder, L., y Sevin, B.U. (1996).

Psychoneuroimmunological aspects of disease progression among women
with human papillomavirus-associated cervical displasia and human immuno-
deficiency virus type 1 co-infection. International Journal of psychiatry in
medicine., 26, 247.

Grant, N., Marshall and Llang, E. (1990) "Optimism self- m and symptoms of depres-

sion in women professionals". Jurnal of personality and social psychology.

Vol59, Num. 1 p.p. 132-139

Grau., Abolo, J., Jimenez, Ch.P., Chacón, R.M., y Martín, C.M. (1996). ¿Qué puede

hacer la psicología en el tratamiento del dolor producido por el cancer?.

Psicología y Salud, 8, Julio - Diciembre, 63 -76.

- Grau., Abolo, J., Knapp, R.E., Pire, S.T., Villanueva, G.Z.T., y Rodríguez, F.H (1997) La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. Psicología y Salud., 5, enero-junio,73-89.
- Greenland, S., y Robins, J.M. (1990). Empirical-Bayes adjustments for multiple comparisons are sometimes useful. *Epidemiology*; 2,244-251. En Greenland, S. Methods for epidemiologic analyses of multiple exposures: A review and comparative study of maximum-likelihood, preliminary-testing, and empirical-bayes regression. Statistics Medicine Vol. 12, 717-736.
- Greenwald, A.G. (1968). Cognitive Learning, Cognitive Response to Persuasion and Attitude Change. En Greenwald, Brock, T.C. y Ostrom, T.M. (eds.), *Psychological Foundations of Attitudes*. Nueva York, Academic, 147-170. En Morales, F., Moya, M., Rebolloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social, Mc. Graw Hill. España. 527.
- Greimel, E.R., Gappmayer, E., Locker, E., Girardi, F.L., y Huber, H.P. (1997). Increasing women's knowledge and satisfaction with cervical cancer screening. Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital Graz, Austria.
- Grossarth, M.R., Eysenk, H.J., Pfeifer, A., Schmidt, P., y Koppel, G. (1997) The specific action of different personality risk factors on cancer of the breast, cervix, corpus uteri and others types of cancer. A prospective investigation. Personality and Individual Differences,23, 949-960.

- Grossarth-Maticek, H.J., Eysenk, H.J., Pfeifer, A., Schmidt, P., Koppel, G.,
Handbook motivation and cognition: Foundations of social behavior, 1, 204-243.
New York: Guilford Press.
- Hakama, M. (1994). Who should be screened for cervical cancer? En Screening of
Cervical Cancer For Whom, Why and How? Experts' Conference. Francia:
Monsonogo, 28.
- Harmon M.P., Castro, F.G., y Coe, K. (1996). Acculturation and cervical a cancer:
Knowledge, beliefs and behaviors of Hispanic women. Women and Health,
24, 37-58.
- Harris, R.W., Brinton, L.A., Lazcano, P., y Cawdel, R.H. et al. (1980). Characteristics
of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uterine. Can-
cer, 5, 42, 359-369.
- Hendryx, M.S. (1993). The impact of cancer screening promotion by rural hospitals
on cancer detection. Medical Care, 31, 488-497.
- Henning, P., y Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take
precautions against cervical cancer. Journal Of Applied Social Psychology,
20, 1612-1621.
- Herman, C.J., Tessaro, I.A., Shaw, J.E., y Giesse, E.A. (1996). Knowledge attitudes
and practices of public health nurses regarding breast and cervical cancer.
Family and Community Health, 19, 73-82.

- Hernández, R., Fernández, C., y Batista, P. (1998). Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill. México.
- Herrero, R., Brinton, L., Reeves, W., Brenes, M., y Tenorio, F.(1990). Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. Bol Oficina Sanit Panam,109,7-25.
- Herrero, R., Brinton, L., Reeves, W., Brenes, M., y Tenorio, F.(1990). Sexual behavior, venereal diseases, hygiene practices, and invasive cervical cancer in a high-risk population. Cancer, 65, 380-386.
- Hettig, J. (1982). The relationship between levels of information about uterine cancer and pap smear usage in a low - income Hispanic population (microform). Arizona Board of Regents.
- Hiatt, R.A., Pasick, R.J., Perez, S., Eliseo, J., McPhee, S.J., y Et-al. (1996). Health Education Quarterly, 23, (Suppl).10-27.
- Higgins, E.T. (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and tradeoffs. In Gumar, M.R., y Sroufe, L.A. (Eds.), The Minnesota Symposia on childpsychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Vol. 23,125-165.
- Higgins, E.T., Roney, C.J.R., Crowe, E., y Hymes, C. (1994). Ideal versus ought predictions for approach and avoidance: Distinct self-regulatory systems. Journal of personality and Social Psychology, 66, 276-286.
- Higgins, E.T. (1996a). Emotional experiences: The pains and pleasures of distinct regulatory systems. In R.D., Kavanaugh, B. Zimmerberg, y Fein, S. (Eds.), F-

- motion: Interdisciplinary perspectives. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 203-241.
- Higgins, E.T. (1996b). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In Higgins, E.T., Kruglanski, A.W. (Eds.), Social psychology. Handbook of basic principles. New York: Guilford Press. 133-168.
- Higgins, E.T. (1996c). The “self digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 1062-1083.
- Higgins, E.T., Shah, J., y Friedman, R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. Journal of personality and Social Psychology, 72, 515-525.
- Hoffrage U., Lindsey S., Hertwing R, Gigerenzer G. (2000) Science, la Recherche/ Mundo científico. Del buen uso de las estadísticas, No. 223 p.p 79-81
- Hosmer, D.W., y Lemeshow, S. A (1989). Applied Logistic Regression, Wiley, New York. En Miller, M.E., Hui, S.L. y Tierney, W.M. (1991). Validation techniques for logistic regression models. Statistics in Medicine, Vol. 10 1213-1226.
- Hovland, C.I. y Janis, I.L., (1959). Personality and Persuasibility, New Haven, Yale University Press. Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social, Mc. Graw Hill. España. 527.
- Janis, I.L., y Kelley, H.H., (1953). Communication and persuasion, New Haven, Yale University Press.
 - Lumsdaine, A.A., y Sheffield, F.D. (1949). Studies in Social Psychology

in World War II. Vol. 3 Experiments of mass communication, Princeton,
Princeton University Press.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990)

Estadísticas de Defunciones Hospitalarias Registradas en las
Instituciones del Sector Salud por las Diez Principales Causas de Muerte.
Fuentes: ISSSTE. Delegación en el Estado de Chihuahua. Oficina de
Estadística. Pensiones Civiles. Gobierno del Estado de Chihuahua;
Oficina de Información Estadística. SDN. Hospital Militar. Para SSA.
“Boletín de Información Estadística”, Recursos y Servicios. No. 10. 1990.
Sistema Nacional de Salud. ICHS, Gobierno del Estado. Dirección General;
Oficina de Información, de Planeación y Asesoría Médica. Int J Cancer,
1993,594-606.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2001). Mujeres y
hombres en México. ISBN 970-13-3359-4 , Aguascalientes, Mexico , Quinta
Edición.

Instituto Nacional del Cáncer. (1998). El pánico: un hábito saludable, para toda
la vida. Arizona Board of Regents.

Irwin, F.W. (1953). Stated expectations as functions of probability and desirability of
outcomes. Journal of personality, 21, 329-335.

Jaffe, E. (1985). Transition in health care: Critical planning for 1990's. Part Two,
The American Journal of Occupational Therapy 39(8) 499-503. In Mrazek, P.J.,

- y Haggerty R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders, Institute of Medicine National: Academy Press Washington
- Janis, I. (1984). Improving adherence to medical recommendations. Descriptive hypothesis derived from recent research in socialpsychology. En A. Baum, J.e. Singer y S.E Taylor (Eds.), Handbook of medical psychology (Vol.4) hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Judd, C.M., y McClelland, G.H. (1989). Data analysis: A model-comparisson approach. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. Econometrica, 47, 160-173.
- Karl, S.V. (1975). Issues In Patient Adherence To Healt Care Regimens. Journal of Human Stress. 1, 5-17.
- Kavanagh, K.H., y Kennedy, P.H. (1992). Promoting Cultural Diversity: Strategies for proposal and an agenda. American Journal of Community Psychology. In Mrazek, P.J., y Haggerty, R.J. (1994) educing Risks for Mental Disorders, Institute of Medicine: National Academy Press. Washington D.C.
- Kavanagh, A.M., Broom, D.H., y Dorothy, H. (1998). Embodied risk: My body, my self?, Social Science and Medicine, Vol 46, 437-444.
- Kjaer, S., De Villiers, E., Hangaard, B., Christensen, R., Y Teisen, C. (1989). Human papillomavirus, herpes simplex virus and cervical cancer incidence in Greenland and Denmark. A population-based cross sectional study. Int J

- Cancer, 41, 518-524.
- Kotler, P., Y Andreasen, Alan, R. (1987) Strategic Marketing for Nonprofit Organization, 3rd. Edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, recent edition, 1995.
- Kreitler, S., Levavi, H., Y Bornstein, G. (1996). Personality factors and cervical premalignancy. Personality and Individual Differences, 21, 883-890.
- Krueger, H.D. (1986). Focus Groups. Newbury Park: Sage.
- Kuhl, J. (1982). The expectancy-value approach within the theory of social motivation: Elaborations, extensions, critique. In Feather, N.T. (Ed.), Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 125-160.
- Kuhl, J. (1986). Motivation and information processing. A new look at decision making, dynamic change, and action control. In Sorrentino, R.M., Y Higgins, E.T. (Eds.), Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior. New York: Guilford Press. 404-434.
- Laming, D. (1995). Screening cervical smears. British Journal of Psychology. Psychological Reports, Vol 86, 507-506.
- Lamont, J. (1994). Psychology reactions of women to the diagnosis of conditions associated with pre-invasive cervical cancer. Canadian Journal of Human Sexuality, Vol. 3, 181-183.
- Langer, E.J., y Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A foeld experiment in an institutional Sehing.

- Journal of Personality and Social Psychology, 34,191-198.
- Lara, M.A. (1994). Investigación sobre Trabajo femenino y salud; avances y Propuestas. En Figueroa, J.G., y Salas, I. (EDS). Condición de la mujer reproducción de la salud materno infantil. Dirección general de Planificación familiar. (En prensa).
- Lara, M.A., y Acevedo, M. (1995). Proyecto de educación para la salud como estrategia de prevención de la depresión dirigida a mujeres. Psicología y Salud, no. 5, enero-junio, 37-44.
- Lazcano, P, Hernández, A., López, C., Alonso De Ruiz, P., Torres, L., y González, L., et al. (1975). Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. Rev. Invest. Clin, 47, 377-385.
- Lazcano, P, Rojas, R., López, A., López, C., y Hernández, M. (1993). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la Cd. de México. Salud Pública, Méx, 35, 65-73.
- Lazcano, P, Rascón, P, Lozano, A., y Velazco, M. (1996). Mortality from cervical carcinoma in México: Impact of screening, 1980-1990. Acta Cytol, 40:506-512.
- Lee, M., Lee, F, y Stewart, S. (1996). Pathways to early breast and cervical detection for Chinese American Women. Health Education Quarterly, Vol 23 (Suppl), S76-S88.
- Lemeshow, S. Hosmer, D. W. (1982). A Review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. American Journal of Epidemi-

- ology. Vol. 115. No. 1 USA.
- Locke, D.C. (1992). Increasing Multicultural Understanding: A comprehensive Model. Newbury Park, CA: Sage Publication. In Mrazek, P.J., y Haggerty, R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders, Institute of Medicine: National Academy Press, Washington D.C.
- Ludwick-Rosenhal, R y Neufeld, R.W.J. (1988). Stress management during noxious medical procedures : an evaluative review of outcome studies. Psychological Bulletin, 104, pp. 326-342
- Lynch, J.G., y Cohen, J.L. (1978). The use of subjective expected utility theory as an aid to understanding variables that influence helping behavior. Journal of personality and Social Psychology 36,1138-1151.
- Maslow, A. (1955). Deficiency motivation and growth motivation. In Jones, M. (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln: University of Nebraska Press, Vol. 3,1-30.
- Marcus, A.C., y Crane, L.A. (1998). A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. AMC Cancer Research Center, Denver, Colorado. USA.
- Matarazo, J.D. (1984). En Sarafino, (1990). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. USA: J. Willey & Sons.
- McConnell, C.R. (1984). Managing the health care professional, Rockville, Md, Aspen Systems.

- McGraw, H. (1992). Office of Educational Research, Baltimore Country Schools, Towson, MD. Published by the U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service and National Institutes of Health. NIH. April, publication 92-1493.
- Mcguire, W. (1981). Teoretical Foundations of Campaigns”, in Rice, R.E., y paisley, W.J. (Eds.) Public Communication Campaigns, Beverly Hills: Sage Publications, 41-70.
- Mechanic, D. (1978a). Effects of psychological distress on perceptions of physical health an use of medical psychiatric facilities. Journal of Human Stress, 4, 26-32
- Mechanic, D. (1978b). Medical sociology (2nd ed.) New York. Free Press.
- Michielutte, R., Sharp, P.C., Dignan, M.B., y Blinson, K. (1994). Cultural issues in the development of cancer control programs for American Indian populations. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, Vol. 5, 280-296.
- Miller, N.E. (1948). Studies of fear as an acquirable drive. I fear as motivation and fear-reduction as reinforcement in the learning of new responses. Journal of Experimental Psychology, 38,89-101. En Cohen,J. (1975). Psicología de los motivos personales. Temas de Psicología. Trillas.
- Miller, S.M., Mischel, W., O’Leary, A., y Mills, M. (1996). From human papilloma virus (HPV) to cervical cancer. Psychosocial processes in infection, detection and control. Annals of Behavioral Medicine, 18, 219-228.

Mitchell, T.R. (1974). Expectancy models of job satisfaction, occupational preference and effort: A theoretical, methodological, and empirical appraisal. Psychological Bulletin, 81,1053-1077.

Mitchell, T.R. (1982). Expectancy-value models in organizational psychology. In Feather, N.T. (Ed.), Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology. Hillsdale, NJ: Erlbaum,293-312.

Montiel, M., y Urquidi, L. (1998). Factores de Riesgo Asociados a cáncer cervicouterino y de mama, Facultad de Psicología, Universidad de sonora, (en Prensa 1998).

Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social, Mc. Graw Hill. España. 194,195.

Moscoso, S.M., y Oblitas, A.L. (1994). Hacia una Psicología de la Salud en el año 2000: Retos y Promesas. Revista de Psicología Contemporánea, El Manual Moderno.,1, No. 1, 7-16.

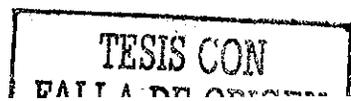
Mowrer, O.H. (1960). Learning Theory and Behavior. Nueva York: Wiley. En Cohen,J. (1975). Psicología de los motivos personales. Temas de Psicología. Trillas.

Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. Psychological Review, 49,553-565. En Cohen,J. (1975).

Psicología de los motivos personales. Temas de Psicología. Trillas.

Mowrer, O.H., y Vieck, P. (1948). An experimental analogue of fear from a sense of helplessness. Journal of Experimental and Social Psychology, 43,193-200. En

- Cohen, J. (1975). Psicología de los motivos personales. Temas de Psicología. Trillas.
- Murray, H. (1938). Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age. New York: Oxford University Press.
- O'Brien, S., y Lee, C. (1990). Effects of a videotape intervention on Pap smear knowledge, attitudes and behavior Special Issue. Behavioral research in cancer. Behavior change, 7, 143-150.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1987). Psicología: Mc. Graw Hill. México.
- Parazzini, F., La Vecchia, C., y Negri, E. (1989). Reproductive factors and the risk of invasive and intraepithelial cervical neoplasia. Br J Cancer, 59, 805-809.
- Parkin, D.M., Pisan, P., y Ferlay, J. (1997). Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in Person. Invid. Diff. Printed in Great Britain, 23, No6, 949-960.
- Paskett, De., Rushing, J., D'Agostino, R.Jr., Tatum, C., y Velez, R. (1997). Cancer screening behaviors of low - income women: the impact of race. Department of Public Health Services, Bowman Gray School of Medicine, Winston - Salem, USA.
- Paskett, E.D., McMahon, K., Tatum, C., Velez, R., Shelton, B., Case, L.D., Wofford, J., Moran, W., y Wymer, A. (1998). Clinic - based interventions to promote breast and cervical cancer screening. Department of Public Health Sciences, Bowman Gray School of Medicine, Winston Salem, North Carolina, USA,



27,157.

- Pérez, S., Eliseo, J., Otero., Sabogal, R., Sabogal, F., y Napoles, S.A. (1996) Pathways to early cancer detection for Latinas. Health Education Quarterly, 23, (Suppl), S41-S59.
- Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1981). Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches. Dubuque, Wm. C. Brown. En Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social. Mc. Graw Hill. España. 530.
- Pick, S., y Alvarez, I.M. (1996). Normas y valores que influyen en las conductas sexuales de varones adultos de la Cd de México. La Psicología Social en México, 6, 530-535.
- Pick, S., Saldívar., Garduño, A., y Givaudan, M. (1996). Normas y valores que influyen en las conductas sexuales de varones adultos de la Cd. de México. La Psicología Social en México, 6, 180-186.
- Pope, K.S. (1990). Identifying and implementing ethical standards for primary prevention. In Trickett, E.J., y Levin, F.B. eds. Ethical Issues of Primary Prevention. New Yor, NY: The Haworth Press. In Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders, Institute of Medicine: National Academy Press. Washington D.C.
- Pregibon, D. (1981). Logistic regression diagnostics; Annal of Statistic, 9,705-724. En Miller, M.E., Hui, S.L. y Tierney, W.M. (1991). Validation techniques for logis-

- tic regression models, Statistics in Medicine, Vol. 10 1213-1226.
- Price, J.H., Easton, A.N., Telljohann, S.K., y Wallace, P.B. (1996). Perceptions of cervical cancer and pap smear screening behavior by womens sexual orientation. Journal of Community Health the Publication for Health Promotion and Disease Prevention, 21, 89-105.
- Prochaska, J.O., y Di Clemente, (1983). Stages and processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinic psychology, 51,390-395.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D., Y Rossi, S.R. (1994). Stages Of Change And Decisional Balance For 12 Problem Behaviors. Health Psychology, 13,1, 39-46.
- Register, A.C. , Beckham, J.C., May, J.G. y Gustafsonn, D.F. (1991). Stress inoculation biliotherapy inn the treatment of test anxiety. Journal of counseling psychology, 38, pp. 115-119.
- Restrepo, H.E., (1998). Cancer epidemiology and control in women in Latin America and the Caribbean. Ed. Pan.
- Rodríguez, O.G., y Rojas, R.M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología UNAM, Miguel Angel Porrúa Editores.
- Rogers, E.M. (1983). Diffusion of Innovations, New York: Free Press, (recent edition: 1995).

Domínguez T. B. Sugerencias para la elaboración de una Tesis sobre investigación Clínica en psicología. (apuntes) Facultad de Psicología UNAM, Clínica del Dolor Hospital General de México, S.S.

Roney, C.J.R., Higgins, E.T., y Shah, J.Y. (1995). Goals and framing: How outcome focus influences motivation and emotion. Personality and Social Psychology Bulletin, 21, 1151-1160.

Rosenthal, R. (1978). Combining the results of independent studies. Psychological Bulletin, 85, 185-193.

Rosentstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2, 328-335.

Rosentstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2, 354-386.

Rosenstock, I.M. (1988). Enhancing patient compliance with health recommendations. Journal of Pediatric Health Care, 2, 67-72.

Salud pública de México(1998). / vol. 40, no. 4, julio - agosto.

sánchez- Sosa, J.J., y Hernández, G. (1995). El Análisis Factorial como fuente de validez funcional de las Intervenciones Preventivas en Psicología de la Salud. Revista de Psicología Contemporánea. Vol. 2. No. 1 44-51

Sánchez, S.J.J (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir, la interfaz, intervención - investigación. En Rodríguez, O.G., y Rojas, R.M. (Ed). La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología UNAM,

México: Miguel Angel Porrúa Editores.

Santos, O.M.C (1998). Salud Pública, Promoción de la Salud y Educación para la salud, 133,147. En Rodríguez, O.G., y Rojas, R.M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología UNAM. Miguel Angel

Porrúa Editores.

Schiffman, M. (1995). New epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. J.Natl Cancer Inst. 87, 136-139.

Schlesselman, J.J.(1995). Net effect of oral contraceptiva use on the risk of cancer in woman in the United States. Obstret Gynecol. 85, 793-801.

Schneider, W. (1988). Micro Experimental Laboratory: An integrated system for 13M PC compatibles. Behavioral Research Methods, Instruments, and Computers. 20,206-217.

Secretaría de Salud. (1993). Compendio de información sobre morbilidad por cáncer cervicouterino 1972-1992. México, D.F. Dirección General de Epidemiología.

Secretaría de Salud. (1994). Cáncer: un encuentro con el futuro epidemiológico. Los retos de la transición. México D.F, SSA, Cuadernos de Salud. 36-42.

Secretaría de Salud. (1994). Cáncer. Retos de la transición. Un encuentro con el futuro epidemiológico. México, D.F, SSA, 27-28.

Secretaría de Salud. (1994). Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino en México. México, D.F. SSA, 4-5.

Secretaría de Salud. (1997). Principales resultados de la estadística sobre mortalidad

- en México, 1996. Salud Pública, Méx. 39, 486-490.
- Secretaría de Salud. (1993). Tumores. México, D.F. SSA, Series Monográficas, Perfiles Estadísticos, núm.7.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helpene's: On depresion, development, and death. San Francisco: Freeman.
- Shah, J., y Higgins, T. (1997). Expectancy x Value Effects Regulatory Focus as Determinat of Magnitude. Journal of Personality and Social Psychology. Departament of Psychology, Columbia University.
- Shah, J.Y. (1996). Regulatory-focus in self regulation? Guide strength as a personal-ity valuable. Un published doctoral dissertation Columbia University.
- Shah, J.Y., y Higgins, E.T. (1996). The expectancy and value of ideals and oughts. Unpublished raw data.
- Shah, J.Y., Higgins, E.T., y Friedman, R. (1996). In press Journal ofpersonality and Social Psychology. En Teevan, R.C., Burdick, H., y Stoddard, N. (1976). Relationship between incentivos and expectations of success. Psychological Reports, 39, 411-419.
- Shaw, J.E., Tessaro, I.A., Herman, C.J., y Giese, E.A. (1997). Predictors of the performance of breast an cervical cancer early detection by public health nurses. American journal of preventive medicine, 13, 199-204.
- Skaer, Tracy, L., Robinson, L.M., Sclar, D.A., y Harding, G.H. (1996). Cancer screening determinants among Hispanic women using migrant health clinics. Jour-

- nal of Health Care for the Poor and Underserved, 7, 338-354.
- Strauz, K.I. (1998). Los Síntomas de la Mujer: Javier Vergara Editores, Argentina
Primera edición.
- Strecher, V.J., DeVellis, B.M., Becker, M.H., y Rosenstock, M. (1986). The role of self efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13, 73-92.
- Suarez, L., Roche, R.A., Nichols, D., y Simpson, D.M. (1997). Knowledge, behavior, and fears concerning breast and cervical cancer among older low income Mexican American Women. American Journal of Preventive Medicine, 13, 137-142.
- Tamayo, L., Echaniz, A., y Cruz, V.(1993). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal. Ginecol Obstet, Méx, 61,27-33.
- Taylor, E., y Shelley. (1991). Health Psychology. (Second edition).Mc Graw Hill.
- Triplette, P. (1997). Womans support systems and reported frequency of Papanicolaou smears. Arizona Board of Regents.
- Trebhol, M.S. (1989). Persuasion and Social Influence. Englewood Cliffs, Prentice Hall. En Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Páez, D., y Pérez, J. (1995). Psicología Social, Mc. Graw Hill. España. 530.
- Tuomilehto, J., y Puska, P. (1987). The changing role and legitimate boundaries of

- epidemiology: community based prevention programmes. Social Sciences and Medicine, 25,89-598.
- Valderrama, I.P., Carbellido, V.S., y Dominguez, T.B. (1995). The Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 27,73-86.
- Valdes, C.R., Amparán S. G. (2000). Comportamiento Preventivo en el Cáncer Cervicouterino. La Psicología Social en México, Vol. VIII, 697-703.
- Valdés, C.R., Barrera, V.P., y Méndez, R. (1997). Factores Psicosociales que influyen en el Comportamiento Preventivo del Cáncer en Mujeres. Memorias del Congreso Regional de Psicología para profesionales en América, 456-462.
- Valdés, C.R., Barrera, V.P., y Méndez, R. (1998). Factores Psicosociales que influyen en el Comportamiento Preventivo del Cáncer en Mujeres. psicología Social en México, AMEPSO, 8, 346-351.
- Valdés C.R. (1999) "Factores que influyen en la prevención psicológica del cáncer cervicouterino en mujeres", Revista "Psicología y Salud", Vol 14,1999,50-58.
- Vega, W.A. (1992). Theoretical and pragmatic implicaciones of cultural diversity for community research. Americal Journal of Community Psychology, 20, 375-391. In Mrazek, P.J., y Haggerty, R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders, Institute of Medicine: National Academy Press, Washington, D.C.
- Villagrán, V.G, y Díaz Loving, R. (1996). El impacto de la información sobre los valores y la intención de usar el condón. La Psicología Social en México, 6,

174-180.

Ware Jhon E. (1976). Scales Measuring General Health Perceptions Southern Illinois University Carbondale. IL.. 1976. 396-415

Walster, Aronson y Abrahams (1966) en Gilbert, D.T.; Lindzey, G. The Handbook of Social Psychology. 4rd. Ed., Vol.I, McGraw-Hill, New York, 1998.

Wardle, J., Pernet, A., y Stephens, D. (1995). Psychological consequences of positivity result in cervical cancer screening. Psychology and health, 10, 185-194.

Webber, P.A., Fox, P., Zhang, X., y Pond, M. (1996). An examination of differential follow up rates in breast cancer screening. Journal of Community Health The Publication for Health Promotion and Disease Prevention, 21, 123-132.

Weiss, S.M. (1982). Health Psychology: Time is now. Health Psychology, 1, 81-91.

Wiener, B. (1985). Human motivation. New York: Springer Verlag.

Wilcox, V.L., Kasl, S.V., y Berkman, L.F. (1994). En Becoña, E., Vázquez, f., y Oblitas, L. (1996). Estado Actual y Perspectivas de la Psicología de la Salud. Revista de Psicología Contemporánea, 2. No. 1, 100-111.

Wilson, P.D., y Meinert, C.L. (1984). Linear Regression Analysis of Binary Response Data with Mixed Covariates- A Simulation Study. Clinical Trials. New York.

Wilson, J.R., y Fazey, J.A. (1995). Self-esteem, compliance, and cervical screening. Psychological Reports, 77, 891-898.

Women's Cancer Network (1999). Gynecologic Cancer Fundation Role of Communi-

cation in Disease Prevention & Health Promotion.

Yi, J.K. (1996). Factors affecting cervical cancer screening behavior among Cambodian women in Houston, Tex. Family and Community Health, 18, 49-57.

13.0 APENDICE I a

ITEMS PROPUESTOS PARA MEDIR CADA VARIABLE DEL MODELO HIPÓTETICO**PARTE 1 ESTILO AUTOMODIFICADOR**

Es mejor ser precavida que arriesgada
Generalmente siento que necesito de la aprobación de los demás
Los problemas de uno se deben más a la mala suerte que a que uno se los busca.
Cuando hay un problema es mejor ignorarlo que enfrentarlo
El mundo es como es y es muy poco lo que podemos hacer para cambiarlo
Creo que nunca se debe dudar de la palabra de una madre.
Uno debería de ir de acuerdo con la opinión de la mayoría que actuar de acuerdo a la opinión de uno mismo.

PARTE 2 ESTILO MODIFICADOR ACTIVO

No necesariamente una hija debe siempre obedecer a su madre.
Prefiero utilizar mis propias ideas que las ideas de otras personas.
Cuando me va bien en un trabajo es porque me preparo bien más que porque es fácil.
Cuando hay un problema es mejor hacer algo inmediatamente en lugar de esperar para ver que sucede
Podemos cambiar el mundo para satisfacer nuestras propias necesidades.
Creo que la vida es para gozarla más que para sobrellevarla
Si uno piensa que las ordenes de la madre no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda.
Es mejor, resolver uno sus propios problemas sin buscar la ayuda de los demás que buscar la ayuda de los demás para resolverlos

PARTE 3.RESISTENCIA A LA ENFERMEDAD (ESTOICISMO)

Me considero muy resistente para enfermarme
Considero que tengo muy buenas defensas ante la enfermedad
Considero que casi nunca me enfermo
Pienso que cuándo me enfermo me curo rápido

PARTE 4 CONCIENCIA PUBLICA

Me preocupa mi forma de hacer las cosas.
Me fijo mucho sobre la manera como me presento ante los demás.
Soy muy consciente de la forma como me veo ante los demás.
Usualmente me preocupa causar una buena impresión.
Una de las últimas cosas que hago antes de salir de casa es verme en el espejo.
Me preocupa lo que la otra gente piensa sobre mí.
Usualmente me fijo en mi apariencia.

PARTE 5 AUTOEFICACIA

Me siento con decisión para realizarme chequeos medico cuándo menos una vez al año.
Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad no dudo en consultar al medico.
Me creo capaz de realizar lo que sea necesario para mantenerme sana
Yo misma programo los exámenes médicos que sé que necesito o que me son prescritos

Mi salud se debe a que soy capaz de hacer lo que me hace bien y evitar lo que me daña
 Mi estado de salud se debe a mi misma
 Creo que una de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para
 mantenernos sanos.

PARTE 8 APOYO SOCIAL

Me siento apoyada por mi pareja para practicar el estudio de papanicolaou
 Me siento apoyada por mi madre para practicar el estudio de papanicolaou
 Me siento apoyada por mis hijos para practicar el estudio de papanicolaou
 Me siento apoyada por mis amigas para practicar el estudio de papanicolaou

PARTE 6 DESVENTAJAS

Pudor o vergüenza
 Desinterés de ser revisadas después del último parto
 Hacerse el estudio cuándo una se siente bien
 Lo inadecuado del lugar donde se toma
 No poder acudir por no tener para el transporte
 Temor a ser lastimada
 Por la incomodidad de la postura para tomar la muestra.
 Porque quita tiempo
 Gran temor al procedimiento del estudio.
 Temor a que el resultado sea positivo.
 Incomodidad por ser soltera
 Porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer
 Malestares después del estudio
 El gasto que implica el estudio
 Porque me resultan largas las salas de los médicos
 El miedo a lo desconocido
 El exponerse a que la toque un hombre (médico)
 Falta de posibilidades económicas para enfrentar los problemas en caso dado.
 Dejar de atender a la familia y los quehaceres del hogar por acudir al estudio.
 Sentirse vulnerada
 Desconfianza por malas experiencias de acoso sexual.
 Inhibición ante el estudio
 Temor a que las infecten con los instrumentos
 El dolor que se siente

PARTE 7 VENTAJAS

Detectar a tiempo cualquier anomalía.
 Conocer el estado actual de mi salud.
 Darle mantenimiento a mi cuerpo.
 Prevenir enfermedades infecto-contagiosas.
 Prevenir males mayores como fibromas en el útero
 El animar a las amigas e hijas para que se lo hagan
 Prevenir a tiempo el cáncer
 Mantener la salud.
 Cumplir con las indicaciones del médico
 Sentirse tranquila por consultar al médico.
 Prevenir gastos económicos más fuertes
 Tener una vida más prolongada.

Tener una vida más tranquila
 Tener una vida sin molestias
 No tener que exponerse a ir a tratamiento horrible
 No tener que hospitalizarse
 Por salud mental
 Ser sumamente económico y prevenir una enfermedad costosa.
 Lograr tener la seguridad de que no tenemos cáncer.
 Llegar a la vejez con calidad en la vida

PARTE 9 INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido hijos después de los 35 años

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que se han sometido a tratamientos hormonales (píldoras anticonceptivas, para aumentar la fertilidad, etc.)

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres de piel blanca (anglosajonas).

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido varias parejas sexuales.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres con antecedentes genéticos en la familia (cáncer en madre y/o hermanas)

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han contraído el virus del Papiloma humano.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido sólo hijas mujeres.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres menos número de hijos.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres de clase media.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en mujeres profesionistas.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en mujeres que no han tenido hijos.

El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres con mucha carga de trabajo.

PARTE 10 POSIBILIDAD DE COSTEAR EL ESTUDIO

Puedo costear el estudio de papanicolaou	Si ()	No ()
No tengo problemas para pagar el estudio de papanicolaou	Si ()	No ()
En cualquier momento puedo cubrir el costo del estudio de papanicolaou	Si ()	No ()

PARTE 11 PRACTICA PREVENTIVA

Se ha practicado en alguna ocasión el estudio del papanicolaou? Si () No ()

En caso de que su respuesta sea SI, díganos por favor:

¿Cuánto hace que se practicó el último estudio

- () 1 año o menos
- () 2 a 3 años
- () 4 a 5 años
- () 6 años o más

¿Por qué razón se practicó el estudio?

- () a) Para prevenir el cáncer
- () b) Por que tuve molestias (Dolor, sangrado, irregularidad en la menstruación, etc.)
- () c) Por prescripción médica
- () d) Para constatar si estoy sana
- () e) Indique si tuvo otra razón:

PARTE 12 DATOS GENERALES}

Estado civil : Soltera () Casada () otro

Número de hijos : _____

Edad de hijo menor : _____

Ha tenido enfermedades graves : No () Si () cuales : _____

Que servicio medico utiliza : IMSS () ISSSTE () Pensiones () Otro

14.0 APENDICE 1b.

1 CUESTIONARIO SOBRE OPINIONES SOBRE SALUD EN MUJERES.

ELPAC/ UPN/ SWT/ IMSS
CONACYT-SIVILLA No. 960318

No. 1

Valdés C.R., et al.

EL PROPOSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES CONOCER LAS OPINIONES QUE TIENE LA GENTE SOBRE CUESTIONES DE SALUD. ESTA NO ES UNA PRUEBA CON RESPUESTA CORRECTAS E INCORRECTAS. LOS DATOS SERAN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE Y DE MANERA ESTADISTICA POR LO QUE NO ES NECESARIO QUE ESCRIBA SU NOMBRE.

PARTE I

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor léalas e indique si está totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), le es indistinto (I), de acuerdo (A) o totalmente de acuerdo (TA) con cada una de ellas. Escriba un "X" en el espacio que corresponda a su opinión.

	TD	D	I	A	TA
1 Es mejor ser precavida que arriesgada					
2 No necesariamente una hija debe siempre obedecer a su madre					
3 Me considero muy resistente para enfermarme					
4 Me preocupa mi forma de hacer las cosas.					
5 Me siento con decisión para realizarme chequeos medico cuándo menos una vez al año					
6 Me siento apoyada por mi pareja para practicarle el estudio de Papanicolau					
7 Generalmente siento que necesito de la aprobación de los demás					
8 Prefiero utilizar mis propias ideas que las ideas de otras personas.					
9 Considero que tengo muy buenas defensas ante la enfermedad.					
10 Me fijo mucho sobre la manera como me presento ante los demás.					
11 Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad no dudo en consultar al médico.					
12 Me siento apoyada por mi madre para practicarle el estudio de Papanicolau					
13 Los problemas de uno se deben más a la mala suerte que a que uno se los busca					
14 Cuando me va bien en un trabajo es porque me preparo bien más que porque es fácil.					
15 Considero que casi nunca me enfermo.					
16 Soy muy consciente de la forma como me veo ante los demás.					
17 Me creo capaz de realizar lo que sea necesario para mantenerme sana					
18 Me siento apoyada por mis hijos para practicarle el estudio de Papanicolau					
19 Cuando hay un problema es mejor ignorarlo que enfrentarlo					
20 Cuando hay un problema es mejor hacer algo inmediatamente en lugar de esperar para ver que sucede.					
21 Pienso que cuándo me enfermo me curo rápido					
22 Usualmente me preocupa causar una buena impresión					
23 Yo misma programo los exámenes médicos que se que necesito o que me son prescritos					
24 Me siento apoyada por mis amigas para practicarle el estudio de Papanicolau					
25 El mundo es como es y es muy poco lo que podemos hacer para cambiarlo					

26	Podemos cambiar el mundo para satisfacer nuestras propias necesidades.					
27	Una de las últimas cosas que hago antes de salir de casa es verme en el espejo.					
28	Mi salud se debe a que soy capaz de hacer lo que me hace bien y evitar lo que me daña.					
29	Creo que nunca se debe dudar de la palabra de una madre					
30	Creo que la vida es para gozarla más que para sobrellevarla					
31	Me preocupa lo que la otra gente piensa de mí.					
32	Mi estado de salud se debe a mí misma.					
33	Uno debería de ir de acuerdo con la opinión de la mayoría que actuar de acuerdo a la opinión de uno mismo.					
34	Si uno piensa que las ordenes de la madre no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda.					
35	Usualmente me fijo en mi apariencia.					
36	Creo que una de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para mantenernos sanos					
37	Es mejor, resolver uno sus propios problemas sin buscar la ayuda de los demás que buscar la ayuda de los demás para resolverlos.					

PARTE II

Enseguida se presentan una serie de enunciados sobre el estudio del PAPANICOLAU, por favor señale los que considere son desventajas que le trae o podría traer a Usted hacerse dicho estudio. Si no lo considera una desventaja para Usted misma, no lo marque.

Para mí el realizarme el examen de Papanicolau tiene las siguientes desventajas:

	TD	D	Y	A	TA
38	Pudor o vergüenza				
39	Desinterés de ser revisadas después del último parto				
40	Hacerse el estudio cuándo una se siente bien				
41	Lo inadecuado del lugar donde se toma				
42	No poder acudir por no tener para el transporte				
43	Temor a ser lastimada				
44	Por la incomodidad de la postura para tomar la muestra				
45	Porque quita tiempo				
46	Gran temor al procedimiento del estudio				
47	Temor a que el resultado sea positivo				
48	Incomodidad por ser soltera				
49	Porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer				
50	Malstaros después del estudio				
51	El gasto que implica el estudio				
52	Porque me resultan largas las consultas de los médicos				
53	El miedo a lo desconocido				
54	El exponerse a que la toque un hombre (Médico)				
55	Falta de posibilidades económicas para enfrentar el problema en caso dado.				
56	Dejar de atender a la familia y los quehaceres del hogar por acudir al estudio.				
57	Sentirse vulnerada				
58	Desconfianza por malas experiencias de acoso sexual				
59	Inhibición ante el estudio				
60	Temor a que las infecten con los instrumentos				
61	El dolor que se siente.				

Otra(s)

PARTE III

Enseguida se presentan otra serie de enunciados sobre el estudio del PAPANICOLAU, por favor señale los que considere son ventajas o beneficios que le trae o podría traer a Usted hacerse dicho estudio. Si no lo considera una ventaja para Usted misma, no lo marque.

Para mí el realizarme el examen de papanicolau tiene las siguientes ventajas:

	TD	D	Y	A	TA
62 Una de las últimas cosas que hago antes de salir de casa es verme en el espejo					
63 Darle mantenimiento a mi cuerpo					
64 Prevenir enfermedades infecto-contagiosas					
65 Prevenir males mayores como fibromas en el útero					
66 El animar a las amigas e hijas para que se lo hagan					
67 Prevenir a tiempo el cáncer					
68 Mantener la salud					
69 Cumplir con las indicaciones del médico					
70 Sentirse tranquila por consultar al medico					
71 Prevenir gastos económicos más fuertes					
72 Tener una vida más prolongada					
73 Tener una vida más tranquila					
74 Tener una vida sin molestias					
75 No tener que exponerse a ir a tratamiento horrible					
76 No tener que hospitalizarse					
77 Por su salud mental					
78 Ser sumamente económico y prevenir una enfermedad costosa					
79 Lograr tener la seguridad de que no tenemos cáncer					
80 Llegar a la vejez con calidad en la vida.					
81					

Otra(s)

PARTE IV

Por favor responda a las siguientes preguntas señalando Si o No de acuerdo a su opinión.

PARTE V

99. Se ha practicado en alguna ocasión el estudio del papanicolaou? Si () No ()

En caso de que su respuesta sea SI, díganos por favor:

100. ¿Cuánto hace que se practicó el último estudio

- () 1 año o menos
 () 2 a 3 años
 () 4 a 5 años
 () 6 años o más

102. ¿Por qué razón se practicó el estudio?

- () a) Para prevenir el cáncer
 () b) Por que tuve molestias (Dolor, sangrado, irregularidad en la menstruación, etc.)
 () c) Por prescripción médica
 () d) Para constatar si estoy sana
 () e) Indique si tuvo otra razón: _____

PARTE VI

103. Estado civil : Soltera () Casada () otro

104. Edad : _____

105. Número de hijos : _____

106. Edad de hijo menor : _____

107. Ha tenido enfermedades graves : No () Si () cuales :

108. Que servicio medico utiliza : IMSS () ISSSTE () Pensiones ()
 Otro _____

15.0 APENDICE 2

CUESTIONARIO SOBRE OPINIONES SOBRE SALUD EN MUJERES.

ELPAC/ UPN/ SWT/ IMSS

CONACYT-SIVILLA No. 960319

No. 2

Valdés C.R.et al.

EL PROPOSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES CONOCER LAS OPINIONES QUE TIENE LA GENTE SOBRE CUESTIONES DE SALUD. ESTA NO ES UNA PRUEBA CON RESPUESTA CORRECTAS E INCORRECTAS. LOS DATOS SERAN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE Y DE MANERA ESTADISTICA POR LO QUE NO ES NECESARIO QUE ESCRIBA SU NOMBRE.

PARTE I

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor léalas e indique si está totalmente en desacuerdo (TD), en desacuerdo (D), le es indistinto (I), de acuerdo (A) o totalmente de acuerdo (TA) con cada una de ellas. Escriba un "X" en el espacio que corresponda a su opinión.

		TD	D	I	A	TA
1	Los problemas de uno se deben más a la mala suerte que a que uno se los busca					
2	No necesariamente una hija debe siempre obedecer a su madre					
3	Me considero muy resistente para enfermarme					
4	Usualmente me preocupa causar una buena impresión					
5	Creo que una de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para mantenernos sanos					
6	Me siento apoyada por mi madre para practicarle el estudio de papanicolau					
7	Generalmente siento que necesito de la aprobación de los demás					
8	Cuando me va bien en un trabajo es porque me preparo bien más que porque es fácil.					
9	Considero que tengo muy buenas defensas ante la enfermedad					
10	Usualmente me fijo en mi apariencia					
11	Mi estado de salud se debe a mi misma					
12	Me siento apoyado por mis hijos para practicarle el estudio de papanicolau					
13	Uno debería de ir de acuerdo con la opinión de la mayoría que actuar de acuerdo a la opinión de uno mismo.					
14	Si uno piensa que las ordenes de la madre no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda					
15	Considero que casi nunca me enfermo					
16	Me preocupa lo que la otra gente piensa de mí					
17	Yo misma programo los exámenes médicos que se que necesito o que me son prescritos					
18	Me siento apoyada por mi pareja para practicarle el estudio de papanicolau					
19	Creo que nunca se debe dudar de la palabra de una madre					
20	Cuando hay un problema es mejor hacer algo inmediatamente en lugar de esperar para ver que sucede					
21	Pienso que cuándo me enfermo me curo rápido					
22	Una de las últimas cosas que hago antes de salir de casa es verme en el espejo.					
23	Me siento con decision para realizarme chequeos medicos cuándo menos una vez al año.					
24	Me siento apoyada por mis amigas para practicarle el estudio de papanicolau					
25	Creo que la vida es para gozarla más que para sobrellevarla					
26	Me creo capaz de realizar lo que sea necesario para mantenerme sana.					
27	Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad no dudo en consultar al médico					
28	Mi salud se debe a que soy capaz de hacer lo que me hace bien y evitar lo que me daña					

PARTE II

En seguida se presentan una serie de enunciados sobre el estudio del PAPANICOLAU, por favor señale con una cruz los que considere son desventajas que le trae o podría traer a Usted hacerse dicho estudio. Si no lo considera una desventaja para Usted misma, no lo marque.

29	Para mi es una desventaja es sentir pudor o vergüenza durante el estudio	
30	Tengo desinterés de ser revisada después del último parto	
31	Para mi es una desventaja hacerme el estudio cuándo me siento bien	
32	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se toma	
33	Yo no puedo acudir por no tener dinero para el transporte	
34	Tengo temor a ser lastimada cuándo me practican el estudio	
35	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se toma la muestra	
36	No voy porque me quita tiempo	
37	Yo siento gran temor al procedimiento del estudio	
38	Me da temor a que el resultado sea positivo	
39	Una de las desventajas es la incomodidad de ser soltera	
40	Lo considero una desventaja porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer	
41	Siento malestares después del estudio	
42	Una de las desventajas es el gasto que implica el estudio	
43	Yo considero largas las salas de los médicos para hacerme el estudio	
44	Me da miedo a lo desconocido	
45	Para mi es una desventaja exponerme a que me toque un hombre (médico)	
46	Considero una desventaja dejar de atender a mi familia para acudir a realizarme el estudio	
47	Para mi es una desventaja que resultara positivo y tener que enfrentar gastos mayores	
48	El sentirme vulnerada para mi es una desventaja	
49	Me siento desconfianza hacia el estudio por malas experiencias en relacion de acoso sexual.	
50	El realizarme el estudio me inhibe	
51	Siento temor a que me infecten con los instrumentos	
52	Tengo temor por el dolor que se siente	

Otra(s)

PARTE III

En seguida se presentan otra serie de enunciados sobre el estudio del PAPANICOLAU, por favor señale los que considere son ventajas o beneficios que le trae o podría traer a Usted hacerse dicho estudio. Si no lo considera una ventaja para Usted misma, no lo marque.

53	Es una desventaja el que me detecten a tiempo cualquier anomalía	
54	Considero una ventaja de estudio el conocer el estado actual de mi salud	
55	Considero una ventaja darle mantenimiento a mi cuerpo	
56	Considero una ventaja el prevenir enfermedades infecto-contagiosas	
57	Considero una de las ventajas prevenir males mayores como fibromas en el útero	
58	Considero una ventaja del estudio el animar a mis amigas e hijas para que se lo hagan	

59	Una de las ventajas es prevenir a tiempo el cáncer	
60	Considero una ventaja el mantener mi salud en buenas condiciones	
61	Una de las ventajas es cumplir con las indicaciones del médico	
62	Es ventaja sentirme tranquila por consultar al médico	
63	Considero una ventaja el poder evitar gastos económicos más fuertes	
64	Es una ventaja mi vida más prolongada	
65	Considero una ventaja el tener mi vida más tranquila	
66	Considero una ventaja el tener una vida sin molestias	
67	Es una ventaja el no tener que exponerme a ir a tratamiento horrible	
68	Considero una ventaja no tener que hospitalizarme	
69	Es una ventaja hacerme el estudio por mi salud mental	
70	Una de las ventajas es el ser sumamente económico y prevenir una enfermedad costosa.	
71	Considero una ventaja lograr tener seguridad de que no tengo cáncer	
72	Una de las ventajas es llegar a mi vejez con calidad en la vida	

Otra(s)

PARTE IV

Por favor indique a cada afirmación señalando con una " x " si es falso o verdadero.

	FALSO	VERDADERO
73	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres de clase media	
74	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido hijos después de los 35 años	
75	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido sólo hijas mujeres	
76	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en mujeres que no han tenido hijos.	
77	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que se han sometido a tratamientos hormonales (píldoras anticonceptivas, para aumentar la fertilidad, etc.)	
78	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres de piel blanca (anglosajonas)	
79	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en mujeres profesionistas	
80	No tengo problemas para pagar el estudio de papanicolaou	
81	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han tenido varias parejas sexuales.	
82	Puedo costear el estudio de papanicolaou	
83	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que fuman	
84	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres con más de cuatro embarazos	
85	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres con antecedentes genéticos en la familia (cáncer en madres o hermanas)	
86	En cualquier momento puedo cubrir el costo del estudio de papanicolaou	
87	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las parejas con poca higiene genital	
88	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han contraído el virus del Papiloma humano.	
89	El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en mujeres con mucha carga de trabajo	

PARTE V

90. Se ha practicado en alguna ocasión el estudio del papanicolaou? Si () No ()

En caso de que su respuesta sea SI, díganos por favor:

91. ¿Cuánto hace que se practicó el último estudio

- () 1 año o menos
 () 2 a 3 años
 () 4 a 5 años
 () 6 años o más

92. ¿Por qué razón se practicó el estudio?

- () a) Para prevenir el cáncer
 () b) Por que tuve molestias (Dolor, sangrado, irregularidad en la menstruación, etc.)
 () c) Por prescripción médica
 () d) Para constatar si estoy sana
 () e)Indique si tuvo otra razón: _____

PARTE VI

93. Estado civil: Soltera () Casada () otro _____

94. Edad : _____

95. Número de hijos : _____

96. Edad de hijo menor : _____

97. Ha tenido enfermedades graves : No () Si () cuales : _____

98. Que servicio medico utiliza : IMSS () ISSSTE () Pensiones ()

Otro _____

16.0 APENDICE 2a

ITEMS CON MAYOR PESO FACTORIAL

ESTILO AUTOMODIFICADOR
(EAM)

-
- | | |
|-----------|--|
| 13 | Los problemas de uno se deben mas a la mala suerte que a que uno se los busca. |
| 07 | Generalmente siento que necesito de la aprobación de los demás. |
| 33 | Uno debería de ir de acuerdo con la opinión de la mayoría que actuar de acuerdo a la opinión de uno mismo. |
| 29 | Creo que nunca se debe dudar de la palabra de la madre. |
-

ESTILO MODIFICADOR ACTIVO
(MEA)

-
- | | |
|-----------|--|
| 02 | No necesariamente una hija debe siempre obedecer a su madre. |
| 14 | Cuando me va bien en un trabajo es porque me preparo bien mas que porque es fácil. |
| 34 | Si uno piensa que las ordenes de la madre no son razonables, debería sentirse en libertad de ponerlas en duda. |
| 20 | Cuando hay un problema es mejor hacer algo inmediatamente en lugar de esperar para ver que sucede. |
| 30 | Creo que nunca se debe dudar de la palabra de una madre. |
-

RESISTENCIA A LA ENFERMEDAD
(RE)

-
- | | |
|-----------|---|
| 03 | Me considero muy resistente para enfermarme. |
| 09 | Considero que tengo muy buenas defensas ante la enfermedad. |
| 15 | Considero que casi nunca me enfermo. |
| 21 | Pienso que cuándo me enfermo me curo rápido. |
-

CONCIENCIA PUBLICA
(CP)

-
- | | |
|-----------|---|
| 22 | Usualmente me preocupa causar una buena impresión. |
| 35 | Usualmente me fijo en mi apariencia. |
| 31 | Me preocupa lo que la otra gente piensa sobre mi. |
| 27 | Una de las ultimas cosas que hago antes de salir de casa es verme en el espejo. |
-

AUTOEFICACIA
(AE)

-
- | | |
|-----------|--|
| f1 | |
| 36 | Creo que una de las principales razones por las que nos enfermamos es porque no hacemos algo para mantenernos sanos. |
| 32 | Mi estado de salud se debe a mi misma. |
| 23 | Yo misma programo los exámenes médicos que se que necesito o que me son prescritos. |
| 05 | Me siento con decisión para realizarme chequeos médicos cuándo menos una vez al año. |
-

f2

- 17 Me creo capaz de realizar lo que sea necesario para mantenerme sana.
 11 Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad no dudo en consultar al médico.
 28 Mi salud se debe a que soy capaz de hacer lo que me hace bien y evitar lo que me daña.

APOYO SOCIAL

(IS)

- 12 Me siento apoyada por mi madre para practicar el estudio de pánico.
 18 Me siento apoyada por mis hijos para practicar el estudio de pánico.
 06 Me siento apoyada por mi pareja para practicar el estudio de pánico.
 24 Me siento apoyada por mis amigas para practicar el estudio de pánico.

DESVENTAJAS

(DESV)

- 59 Inhibición ante el estudio.
 60 Temor a que las infecten con los instrumentos.
 57 Sentirse vulnerada.
 58 Desconfianza por malas experiencias de acoso sexual.
 43 Temor a ser lastimada.
 54 El exponerse a que la toque un hombre (médico).
 51 El gasto que implica el estudio.

VENTAJAS

(VENT)

- 76 No tener que exponerse a ir a tratamiento horrible.
 75 Tener una vida sin molestias.
 74 Tener una vida más tranquila.
 72 Prevenir gastos económicos más fuertes.
 63 Conocer el estado actual de mi salud.
 64 Darle mantenimiento a mi cuerpo.
 62 Detectar a tiempo cualquier anomalía.

POSIBILIDAD DE COSTEAR EL ESTUDIO

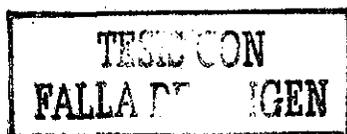
(PCE)

- 89 No tengo problemas para pagar el estudio de pánico.
 91 Puedo costear el estudio de pánico.
 94 En cualquier momento puedo cubrir el costo del estudio de pánico.

PRACTICA PREVENTIVA EFECTIVA

(PPE)

- 99 Se ha practicado en alguna ocasión el estudio de pánico.
 101 Cuanto hace que se practico el estudio.



17.0 APENDICE

CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES DE LA MUJER.

¿Cuánto tiempo tiene esperando para la consulta?

() menos de una hora () una hora () mas de una hora

¿Cuánto hace que se realizó el estudio del cáncer cervicouterino?

() menos de un año () más de un año () más de 3 años.

¿Le gustaría participar en un programa de prevención de enfermedades en la mujer?

() si () no

¿Dónde podríamos localizarla?

Tel.: _____

Dirección _____

No. De afiliación: _____

Nombre: _____

18.0 APENDICE

SOLICITUD DE TELEGRAMA

PARA USO EXCLUSIVO DE TELECOMM							
CANAL	NUMERO DE ROL	NOMO GRAMA	HORA DE TRANSMISIÓN			NUMERO DE TELEGRAMA	TARIFA
CLAVE DEL DESTINO		BUP	COP	HOF	NSP	NUMERO DE PALA BRAS	HORA DE DEPÓSITO
		PRIORITYAD					SEGUNDO PRECIO

MARQUE CON UNA 'X' LA CLASE DE SERVICIO DESEADO:

ORDINARIO X URGENTE CONTESTACION PARADA ACUSE DE RECIBO

PROCEDENCIA _____ A _____ DE _____ 2001.

DESTINATARIO _____ TELÉFONO _____

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

DOMICILIO _____

CALLE, NÚMERO, COLONIA, DELEGACIÓN O MUNICIPIO

DESTINO _____

TEXTO TE RECORDAMOS ASISTIR A LA REUNIÓN DE LA MUJER, EL 23 DE ENERO A LAS 11:00 A.M. EN EL AUDIO VISUAL DE LA CLINICA 44

NO FALTÉS

REMITENTE M.C. ROSARIO VALDÉS CARAVEO

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

DOMICILIO CALLE 18 -2400, COL. PACÍFICO, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

CALLE, NÚMERO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO.

TELEFONO 4163979 Y 4102366 FIRMA _____

PARTE VI

23. Estado civil: Soltera () Casada () otro _____

24. Edad : _____

25. Número de hijos : _____

26. Edad de hijo menor : _____

27. Ha tenido enfermedades graves : No () Si () cuales : _____

28. Que servicio médico utiliza : IMSS () ISSSTE () Pensiones () Otro _____

29. Número de afiliación: _____

30. Tengo estudios terminados hasta: Primaria () Secundaria () Preparatoria ()

Profesional () Comercio () Curso secretarial ()

Otros _____

31. Me voy a realizar el estudio del papanicolaou para que no se me olvide: En mi cumpleaños () Dos días antes de mi cumpleaños () dos días antes de mi aniversario de bodas () En el cumpleaños de mi primer hijo (a) () otro () : _____

19.2 APENDICE

ANÁLISIS DEL ESTUDIO II

N=400

ANÁLISIS BIVARIADO INCLUYENDO RIESGO ASOCIADO AL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO EFECTIVO.

tiempo

N	validos	361
	perdidos	39

tiempo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Validos	un año	250	62.5	69.3	69.3
	2 a 3 años	70	17.5	19.4	88.6
	4 a 5 años	19	4.8	5.3	93.9
	6 años	21	5.3	5.8	99.7
	6	1	.3	.3	100.0
	Total	361	90.3	100.0	
perdidos		39	9.8		
Total		400	100.0		

V5, me siento con decisión de realizarme chequeos médicos cuando menos una vez al año

	Casos					
	Validos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
V5 * CPE	357	89.3%	43	10.8%	400	100.0%

V5 * CPE Tabla cruzada

Count		CPE		Total
		2 a 6 años	si previene	
V5	0	39	35	74
	1	72	211	283
Total		111	246	357

Riesgo Estimado

	Valores	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de momios V5 (0 / 1)	3.265	1.924	5.542
Por cohorte CPE = 2 a 6 años	2.072	1.544	2.779
Por cohorte CPE=si previene	.634	.494	.815
N de casos validos	357		

Existe dos veces más riesgo de no hacerse el PAP, en aquellas mujeres que no tienen la intención de realizarse chequeos médicos cuando menos una vez al año.

Tabla Cruzada

V6 me siento apoyada por mi pareja para realizarme la prueba del PAP.

	Casos					
	Validos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
V6 * CPE	350	87.5%	50	12.5%	400	100.0%

V6 * CPE Tabla Cruzada

Count

	Count	CPE		Total
		2 a 6 años	si previene	
V6	0	25	34	59
	1	80	211	291
Total		105	245	350

RIESGO ESTIMADO

	Valores	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de momios V6 (0 / 1)	1.939	1.089	3.453
Por cohorte CPE = CPE = 2 a 6 años	1.541	1.085	2.190
Por cohorte CPE = CPE = si previene	.795	.631	1.000
N de casos validos	350		

Existe 1.5 más riesgo de no hacerse el PAP, si la pareja no apoya a la mujer para realizárselo.

Tabla Cruzada**V89 No tengo problemas para pagar el estudio del PAP.**

	Casos					
	Validos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
V89 * CPE	361	90.3%	39	9.8%	400	100.0%

V89 * CPE Tabla Cruzada

Count

		CPE		Total
		2 a 6 años	si previene	
V89	0	49	87	136
	1	62	163	225
Total		111	250	361

RIESGO ESTIMADO

	Valores	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de momios V89 (0 / 1)	1.481	.938	2.337
Por cohorte CPE = 2 a 6 años	1.308	.961	1.780
Por cohorte CPE = si previene	.883	.760	1.026
N de Casos Validos	361		

Existe 1.3 más de riesgo de no realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que no tienen problemas para pagar el estudio del PAP.

19.3 APENDICE

ANÁLISIS DEL ESTUDIO III
N= 100

ANÁLISIS BIVARIADO INCLUYENDO RIESGO ASOCIADO AL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO EFECTIVO.

V6. Me siento apoyada por mi madre para practicar el estudio del PAP.

Tabulación cruzada

Count		V6		Total
		.00	1.00	
V91	.00	14	42	56
	1.00	12	32	44
Total		26	74	100

Test Chi cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.066 ^a	1	.797		
Continuity Correction ^b	.001	1	.978		
Likelihood Ratio	.066	1	.797		
Fisher's Exact Test				.822	.487
Linear-by-Linear Association	.065	1	.798		
N of Valid Cases	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.44.

Riesgo estimado

	Valores	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de momios V91 (.00 / 1.00)	.889	.362	2.181
Por cohorte V6= .00	.917	.473	1.778
Por cohorte V6 = 1.00	1.031	.815	1.305
N de Casos Validos	100		

Existe 1.03 más probabilidades de realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que sienten apoyadas por su madre para realizarse el estudio.

V11 Mi estado de salud se debe a mi misma.

Tabulación Cruzada

Count		V11		Total
		.00	1.00	
V91	.00	12	44	56
	1.00	7	37	44
Total		19	81	100

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	1.442	.515	4.036
Por cohorte V11 = .00	1.347	.579	3.134
Por cohorte V11 = 1.00	.934	.774	1.127
N de casos Validos	100		

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	.488 ^b	1	.485		
Continuity Correction ^a	.195	1	.659		
Likelihood Ratio	.494	1	.482		
Fisher's Exact Test				.610	.332
Linear-by-Linear Association	.483	1	.487		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.36.

Existe 1.34 más de riesgo de no realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que su estado de salud se debe a sí mismas.

V15 considero que casi nunca me enfermo.

Tabla cruzada

Count

		V17		Total
		.00	1.00	
V91	.00	10	46	56
	1.00	3	41	44
Total		13	87	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	3.568 ^b	1	.059		
Continuity Correction ^a	2.847	1	.092		
Likelihood Ratio	3.598	1	.058		
Fisher's Exact Test				.071	.045
Linear-by-Linear Association	3.533	1	.060		
N de Casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.68.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.170	.966	4.874
Por cohorte V15 = .00	1.522	.965	2.402
Por cohorte V15 = 1.00	.702	.486	1.013
N de Casos Validos	100		

Existe 1.52 más de riesgo de no realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que consideran que casi nunca se enferman.

V17 Yo misma programo los exámenes médicos que necesito o que me son prescritos.

Tabla Cruzada

Count

		V17		Total
		.00	1.00	
V91	.00	10	46	56
	1.00	3	41	44
Total		13	87	100

Tests Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi cuadrada	2.655 ^b	1	.103		
Continuity Correction ^a	1.768	1	.184		
Likelihood Ratio	2.821	1	.093		
Fisher's Exact Test				.138	.090
Linear-by-Linear Association	2.628	1	.105		
N de Casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.72.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.971	.765	11.543
Por cohorte V17 = .00	2.619	.767	8.945
Por cohorte V17 = 1.00	.882	.762	1.020
N de Casos Validos	100		

Existe 2.6 más de riesgo de no realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que programan los exámenes médicos que necesitan o que le son prescritos.

V29 Para mi es una desventaja sentir pudor o vergüenza durante el estudio.

Tabla Cruzada

Count		V29		Total
		.00	1.00	
V91	.00	22	34	56
	1.00	11	33	44
Total		33	67	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	2.274 ^b	1	.132		
Continuity Correction ^a	1.674	1	.196		
Likelihood Ratio	2.309	1	.129		
Fisher's Exact Test				.142	.097
Linear-by-Linear Association	2.252	1	.133		
N de Casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.52.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	1.941	.815	4.624
Por cohorte V29 = .00	1.571	.857	2.882
Por cohorte V29 = 1.00	.810	.617	1.062
N de Casos Validos	100		

Existe 1.57 más de riesgo de no realizarse el PAP en aquellas mujeres que declaran que es una desventaja sentir pudor o vergüenza durante el estudio.

V41 siento malestares después del estudio.

Tabla Cruzada

Count

		V41		Total
		.00	1.00	
V91	.00	44	12	56
	1.00	37	7	44
Total		81	19	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi Cuadrada	.488 ^b	1	.485		
Continuity Correction ^a	.195	1	.659		
Likelihood Ratio	.494	1	.482		
Fisher's Exact Test				.610	.332
Linear-by-Linear Association	.483	1	.487		
N de Casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.36.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	.694	.248	1.942
Por cohorte V41 = .00	.934	.774	1.127
Por cohorte V41 = 1.00	1.347	.579	3.134
N. de casos validos	100		

El 1.34 de las mujeres que se realizaron el PAP declararon que sienten malestares después del estudio.

V50 el realizarme el estudio me inhibe.

Tabla Cruzada

Count		V50		Total
		.00	1.00	
V91	.00	45	11	56
	1.00	40	4	44
Total		85	15	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	2.152 ^b	1	.142		
Continuity Correction ^a	1.404	1	.236		
Likelihood Ratio	2.248	1	.134		
Fisher's Exact Test				.168	.117
Linear-by-Linear Association	2.130	1	.144		
N. de casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.60.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	.409	.121	1.387
Por Cohorte V50 = .00	.884	.753	1.037
Por cohorte V50 = 1.00	2.161	.738	6.325
N de casos validos	100		

El 2.1 de las mujeres que se realizaron el PAP declaran que el realizarse el estudio las inhibe.

V52 tengo temor por el dolor que se siente

Tabla Cruzada

Count		V52		Total
		.00	1.00	
V91	.00	42	14	56
	1.00	37	7	44
Total		79	21	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	1.227 ^b	1	.268		
Continuity Correction ^a	.741	1	.389		
Likelihood Ratio	1.252	1	.263		
Fisher's Exact Test				.327	.195
Linear-by-Linear Association	1.215	1	.270		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.24.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	.568	.207	1.557
Por cohorte V52 = .00	.892	.731	1.088
Por cohorte V52 = 1.00	1.571	.694	3.557
N de casos validos	100		

El 1.57 de las mujeres que se realizaron el PAP declaran que tienen temor por el dolor que se siente al realizarse el estudio.

V59 una de las ventajas es prevenir a tiempo el cáncer.

Tabla Cruzada

Count		V59		Total
		.00	1.00	
V91	.00	44	12	56
	1.00	40	4	44
Total		84	16	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	2.791 ^b	1	.095		
Continuity Corrector ^a	1.948	1	.163		
Likelihood Ratio	2.933	1	.087		
Fisher's Exact Test				.108	.080
Linear-by-Linear Association	2.763	1	.096		
N. de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.04.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	.367	.109	1.229
For cohort V59 = .00	.864	.732	1.020
For cohort V59 = 1.00	2.357	.816	6.807
N de casos validos	100		

El 2.3 de las mujeres que se realizaron el PAP declaran que una de las ventajas es prevenir a tiempo el cáncer.

V63 Considero una ventaja poder evitar gastos económicos más fuertes.

Tabla Cruzada

Count

		V63		Total
		.00	1.00	
V91	.00	17	39	56
	1.00	7	37	44
Total		24	76	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	2.820 ^b	1	.093		
Continuity Correction ^a	2.083	1	.149		
Likelihood Ratio	2.906	1	.088		
Fisher's Exact Test				.105	.073
Linear-by-Linear Association	2.792	1	.095		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.56.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.304	.857	6.191
Por cohorte V63 = .00	1.908	.869	4.190
Por cohorte V63 = 1.00	.828	.668	1.027
N de casos validos	100		

El 1.9 de las mujeres que no se realizaron el PAP declaran que consideran una ventaja poder evitar gastos económicos más fuertes.

V66 Considero una ventaja tener una vida sin molestias

Tabla Cruzada

Count		V66		Total
		.00	1.00	
V91	.00	20	36	56
	1.00	9	35	44
Total		29	71	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	2.787 ^b	1	.095		
Continuity Corrector ^a	2.095	1	.148		
Likelihood Ratio	2.849	1	.091		
Fisher's Exact Test				.122	.073
Linear-by-Linear Association	2.759	1	.097		
N de Casos Validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.76.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.160	.866	5.389
Por cohorte V66 = .00	1.746	.884	3.448
Por cohorte V66 = 1.00	.808	.632	1.034
N de Casos Validos	100		

El 1.9 de las mujeres que no se realizaron el PAP declaran que consideran una ventaja tener una vida sin molestias

V73 El riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en las mujeres de clase media.

Tabla Cruzada

Count

		V73		Total
		.00	1.00	
V91	.00	22	34	56
	1.00	9	35	44
Total		31	69	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	4.085 ^b	1	.043		
Continuity Corrector ^a	3.252	1	.071		
Likelihood Ratio	4.195	1	.041		
Fisher's Exact Test				.052	.035
Linear-by-Linear Association	4.044	1	.044		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.64.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.516	1.015	6.238
Por cohorte V73 = .00	1.921	.985	3.744
Por cohorte V73 = 1.00	.763	.589	.988
N de casos validos	100		

El 1.9 de las mujeres que no se realizaron el PAP, creen que el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es menor en las mujeres de clase media.

V78 el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres de piel blanca. (anglosajonas)

Tabla Cruzada

		V78		Total
		.00	1.00	
V91	.00	30	26	56
	1.00	15	29	44
Total		45	55	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	3.778 ^b	1	.052		
Continuity Correction ^a	3.032	1	.082		
Likelihood Ratio	3.817	1	.051		
Fisher's Exact Test				.069	.040
Linear-by-Linear Association	3.740	1	.053		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.80.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.231	.987	5.040
Por cohorte V78 = .00	1.571	.975	2.534
por cohorte V78 = 1.00	.704	.495	1.002
N de casos validos	100		

El 1.5 de las mujeres que no se realizaron el PAP, creen que el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres de piel blanca. (anglosajonas)

V82 puedo costear el estudio del PAP.

Tabla Cruzada

Count		V82		Total
		.00	1.00	
V91	.00	27	29	56
	1.00	13	31	44
Total		40	60	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	3.578 ^b	1	.059		
Continuity Correction ^a	2.843	1	.092		
Likelihood Ratio	3.628	1	.057		
Fisher's Exact Test				.067	.045
Linear-by-Linear Association	3.542	1	.060		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.60.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.220	.965	5.108
por cohorte V82 = .00	1.632	.960	2.775
por cohorte V82 = 1.00	.735	.535	1.009
N de casos validos	100		

El 1.6 de las mujeres que no se realizaron el PAP, creen que pueden costear el estudio del PAP.

V86 el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las parejas con poca higiene genital.

Tabla Cruzada

Count		V86		Total
		.00	1.00	
V91	.00	43	13	56
	1.00	28	16	44
Total		71	29	100

Test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-cuadrada	2.069 ^b	1	.150		
Continuity Correction ^a	1.480	1	.224		
Likelihood Ratio	2.060	1	.151		
Fisher's Exact Test				.185	.112
Linear-by-Linear Association	2.048	1	.152		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.76.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	1.890	.789	4.525
por cohorte V86 = .00	1.207	.925	1.574
por cohorte V86 = 1.00	.638	.345	1.182
N de casos validos	100		

El 1.2 de las mujeres que no se realizaron el PAP, creen que el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las parejas con poca higiene genital.

V88 el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han contraído el virus del papiloma humano.

Tabla Cruzada

Count

		V88		Total
		.00	1.00	
V91	.00	27	29	56
	1.00	11	33	44
Total		38	62	100

test Chi Cuadrada

	Valor	G.L.	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Cuadrada	5.636 ^b	1	.018		
Continuity Correction ^a	4.694	1	.030		
Likelihood Ratio	5.766	1	.016		
Fisher's Exact Test				.023	.015
Linear-by-Linear Association	5.580	1	.018		
N de casos validos	100				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.72.

Riesgo Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confianza	
		Menor	Mayor
Razon de Momios V91 (.00 / 1.00)	2.793	1.181	6.604
por cohorte V88 = .00	1.929	1.081	3.442
por cohorte V88 = 1.00	.690	.509	.937
N. de casos validos	100		

El 1.9 de las mujeres que no se realizaron el PAP, creen que el riesgo de contraer cáncer cervicouterino es mayor en las mujeres que han contraído el virus del papiloma humano.

19.4 APENDICE

EVALUACIÓN DEL FOLLETO.
ANÁLISIS DE FRECUENCIAS N=70

GRUPOS EVALUADOS.
IMSS

Tipos de grupo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid apoyo y folleto	14	20.0	20.0	20.0
no apoyo y folleto	14	20.0	20.0	40.0
teléfono	14	20.0	20.0	60.0
solo encuesta	14	20.0	20.0	80.0
externo	14	20.0	20.0	100.0
Total	70	100.0	100.0	

PENSIONES

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS N=60

Grupos

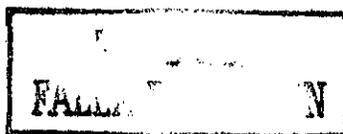
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Teléfono	10	16.7	18.2	18.2
Apoyo y folleto	15	25.0	27.3	45.5
No apoyo y folleto	15	25.0	27.3	72.7
Solo encuesta	15	25.0	27.3	100.0
Total	55	91.7	100.0	
Missing System	5	8.3		
Total	60	100.0		

1.¿ Sabía usted de esta información?

IMSS

Conocimiento de la información

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de Validez	Porcentaje acumulado
Validos si	61	87.1	87.1	87.1
no	9	12.9	12.9	100.0
Total	70	100.0	100.0	



PENSIONES**conocimiento de la información**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Validos	si	53	88.3	96.4	96.4
	no	2	3.3	3.6	100.0
	Total	55	91.7	100.0	
Perdidos		5	8.3		
Total		60	100.0		

2.¿Ha visto la información por otro medio? ¿Dónde? ¿Cómo?**IMSS****Medios de información**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de validez	Porcentaje acumulado
Validos	televisión	35	50.0	50.0	50.0
	periódico	3	4.3	4.3	54.3
	revistas	1	1.4	1.4	55.7
	en la calle	3	4.3	4.3	60.0
	conferencias	12	17.1	17.1	77.1
	grupo de amigas	2	2.9	2.9	80.0
	no he visto la información	14	20.0	20.0	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

PENSIONES**medios de comunicación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de Validez	Porcentaje acumulado
Validos	Televisión	34	56.7	61.8	61.8
	Conferencias	9	15.0	16.4	78.2
	Revistas	6	10.0	10.9	89.1
	En la calle	3	5.0	5.5	94.5
	No he visto la información	2	3.3	3.6	98.2
	Grupos de amigas	1	1.7	1.8	100.0
	Total	55	91.7	100.0	
Perdidos		5	8.3		
Total		60	100.0		

4. ¿Se haría el estudio del Papanicolaou? ¿Por qué?

9. ¿Usted se haría el Papanicolaou? Sí, No ¿Por qué?

IMSS

Razones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de validez	Porcentaje acumulado
Validos por orden médico	13	18.6	18.6	18.6
por decisión personal	54	77.1	77.1	95.7
no me lo haría	3	4.3	4.3	100.0
Total	70	100.0	100.0	

PENSIONES

Razones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de Validez	Porcentaje acumulado
Validos Por decisión personal	44	73.3	80.0	80.0
Por orden médico	10	16.7	18.2	98.2
No me lo haría	1	1.7	1.8	100.0
Total	55	91.7	100.0	
Perdidos	5	8.3		
Total	60	100.0		

6. ¿En que lugar se ha practicado el estudio del Papanicolaou?

IMSS

Lugares donde se practican el estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de Validez	Porcentaje acumulado
Validos IMSS	47	67.1	67.1	67.1
ISSSTE	3	4.3	4.3	71.4
PENSIONES	3	4.3	4.3	75.7
PARTICULAR	9	12.9	12.9	88.6
OTROS	8	11.4	11.4	100.0
Total	70	100.0	100.0	

PENSIONES**Lugares**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de Validez	Porcentaje acumulado
Validez	Pensiones	52	86.7	94.5	94.5
	IMSS	2	3.3	3.6	98.2
	ISSSTE	1	1.7	1.8	100.0
	Total	55	91.7	100.0	
Perdidos		5	8.3		
Total		60	100.0		

8. ¿Qué cambio le haría al folleto?**IMSS****Cambios al folleto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de validez	Porcentaje acumulado
Validos	agregar información	8	11.4	11.4	11.4
	ninguno	31	44.3	44.3	55.7
	no se	17	24.3	24.3	80.0
	no lo contestó	14	20.0	20.0	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

PENSIONES**Cambios al folleto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje de validez	Porcentaje acumulado
Validos	No contestó	25	41.7	45.5	45.5
	Ninguno	24	40.0	43.6	89.1
	Agregar información	4	6.7	7.3	96.4
	No sé	2	3.3	3.6	100.0
	Total	55	91.7	100.0	
Perdidos		5	8.3		
Total		60	100.0		